



Ecole des infirmiers anesthésistes hôpital de la salpêtrière

Mémoire professionnel

Diplôme d'état d'infirmier anesthésiste



Le
Département d'Anesthésie :
une
organisation apprenante ?

Organisation apprenante ;

MYRIAM LEY

SAMIR BOUZEKRI

Promotion 2012-2014



ABSTRACT

Introduction : The « learning organization » is a modern concept of management used by some big firms in order to be more competitive, in a context of economic crisis. It describes a self-improving system, where people continuously learn together in a permanent exchange atmosphere. This type of system educates its members with up-to-date knowledge and skills to produce creative competent and safe personnel to promote quality. Some authors tried to apply this concept for healthcare services, but no article deals with the Department of Anesthesia. The expected outcome of this project is to understand to what extent the Department of Anesthesia can be related to a « learning organization ».

Material/Method : The methodology adopted to examine this point is based on a prospective qualitative multi-centre survey involving anaesthesia teams, conducted in a group of 37 Hospital University Center divided into 12 hospital groups (GH). 8 Department of Anesthesia have been selected from those 12 GH. The investigation tools are semi-structured interviews for 8 heads of service because they have a large vision of the structure, and 143 questionnaires for anaesthetists, nurse-managers and nurse anaesthetists to compile as many varied views as possible. The tools are constructed on 6 criteria which sum up the main characteristics of the « learning organisation » : continuous learning, teamwork skills, flexibility and adaptability, learning from mistake, collective memory and global vision.

Outcomes : -Concerning continuous learning, 84,5% of respondents think the Department of Anesthesia allows them to update their knowledge.- Regarding team working, 6 out of 8 heads of service think it requires a collaborative climate. For 5 out of 8, empowerment is encouraged. Team spirit is effective for 82% while 68% say that they can share their point of view. Nevertheless, 88% of nurses don't attend the staff meetings.- Flexibility, adaptability and reactions are effective : accurate and accessible information exists for 67,5%. 79% say they are versatile, 61% are involved in research and 70% feel listened to by their hierarchy.- Learning from mistake is key in anaesthesia for heads of service even though 63% of personnel doesn't take part in reviews of morbidity and mortality.- Collective memory is fragile : heads of service say that it is shaped by the history of the service and seniority of staff, but it is affected by personnel leave. Regarding written documents, 70% confirm the existence of protocols regularly updated.- The last criteria is organisation focused on individual. 79% say that they are happy at work, even though there are different opinions among the sites interviewed (69% in large structures versus 85% in small ones).

Discussion : The results show that the Department of Anesthesia tends to be a learning organization. Despite the current context of resources rationalization.

Key words : Learning organization, Department of Anesthesia, Management, continuous learning, team working

Introduction : L'organisation apprenante est un concept moderne utilisé en management par certaines entreprises pour améliorer leur compétitivité. C'est un système d'auto amélioration et d'apprentissage continu du personnel. Certains auteurs ont essayé d'appliquer ce concept à l'organisation hospitalière, mais aucun article ne concerne le département d'anesthésie. L'objectif de cette étude est de voir si le fonctionnement du département d'anesthésie peut être apparenté à celle d'une organisation apprenante.

Matériel/Méthode : Il s'agit d'une étude prospective multicentrique qualitative, réalisée dans un regroupement de 37 Centres Hospitaliers Universitaires répartis en 12 groupes hospitaliers (GH). 8 départements d'anesthésie représentatifs de ces 12 GH ont été choisis. Les outils d'enquête, construits à partir de 6 critères définissant l'organisation apprenante, sont des entretiens semi-directifs pour les 8 chefs des départements d'anesthésie, car ils ont une vision globale de la structure. 143 questionnaires ont été recueillis auprès des cadres, infirmiers anesthésistes, anesthésistes et internes pour rassembler le plus grand nombre d'avis.

Résultats : Les principaux résultats observés sont :- Pour l'apprentissage permanent au travail, 84,5% des personnes interrogées pensent que le département d'anesthésie leur permet de mettre à jour leurs connaissances. - Pour la notion d'équipe, 6 des 8 chefs de service pensent que cela passe par un travail collectif. Chacun est impliqué, pour 5 des 8 chefs. L'esprit d'équipe est effectif pour 82% du personnel et 68% disent pouvoir s'exprimer et donner leur avis alors que 88% des iades sont absents au staff.- La flexibilité, l'adaptabilité, la réactivité sont effectives : l'information circule en temps réel pour 67,5% du personnel, 79% se disent polyvalents, 61% participent à de la recherche, 70% se sentent écoutés par leur hiérarchie.- L'apprentissage par l'erreur est essentiel en anesthésie pour les chefs de service même si 63% du personnel ne participent pas aux réunions morbi-mortalité. - La mémoire collective est fragile : les chefs interrogés disent qu'elle passe par l'histoire du service et l'ancienneté du personnel, mise à mal par les départs à la retraite. Pour les écrits, 70% des personnes interrogées confirment l'existence de protocoles remis à jour régulièrement. - Le dernier critère est l'organisation centrée sur l'individu, 79% se disent épanouis au travail même si des différences existent entre les sites enquêtés (69% dans les grands blocs versus 85% dans les petits blocs).

Discussion : Les résultats montrent que le département d'anesthésie tend à être une organisation apprenante malgré le contexte actuel de rationalisation des moyens.

Mots clés : organisation apprenante, département d'anesthésie, management, apprentissage permanent, travail en équipe

Le Mémoire Professionnel des étudiants de l'école des infirmiers anesthésistes de l'AP-HP, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière est un travail réalisé au cours de la formation-Université Paris Diderot.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Le mémoire professionnel ne peut faire l'objet d'une publication, en tout ou en partie, sans l'accord de ses auteurs et de l'école des infirmiers anesthésistes.

REMERCIEMENTS

A Sophie Canevet et à David Naudin

Pour nous avoir accompagnés tout au long de ce mémoire, de sa naissance jusqu'à sa probable publication.

A l'équipe d'encadrants et à la direction de l'école d'infirmier anesthésiste.

Pour sa gentillesse et son soutien pendant ces 2 années de formation.

Et pour s'être toujours inquiétés du bien-être du binôme improbable...

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction	1
II.	Cadre conceptuel	5
A.	L'organisation apprenante	5
1.	L'apprentissage permanent au travail.....	6
2.	Du savoir à la compétence : voyage sur les chemins de l'apprentissage au sein des organisations	7
a)	Le savoir	7
b)	La compétence	8
c)	L'apprentissage	10
3.	L'organisation apprenante : un lieu où l'esprit d'équipe et la cognition collective sont prépondérants	21
4.	L'organisation apprenante, une organisation en adéquation avec son environnement : flexible, réactive, communicante.....	22
a)	La polyvalence du personnel	23
b)	La capacité à communiquer.....	24
c)	Une hiérarchie horizontalisée.....	25
d)	Un travail par projets.....	28
e)	La place laissée à la créativité, l'esprit d'innovation	28
5.	L'organisation apprenante : une organisation qui apprend de ses erreurs... et de ses succès.....	29
6.	L'organisation apprenante : une organisation qui se souvient.	30
7.	L'organisation apprenante : une organisation centrée sur l'individu.....	31

8. L'organisation apprenante : une organisation évoluée (comparatif des modèles d'organisations).....	34
9. Synthèse des caractéristiques de l'organisation apprenante	35
B. Le Département d'Anesthésie	38
1. Un peu d'histoire.....	38
2. Activités du département d'anesthésie	40
a) L'anesthésie, une spécialité... au service des autres !	40
b) L'activité de formation	41
c) L'activité d'analyse de pratique	42
d) L'activité de recherche et publication	45
3. Radiographie du département d'anesthésie	46
a) Le département d'anesthésie : une organisation.....	46
b) Le département d'anesthésie : une organisation dans des organisations... ou le jeu des poupées russes	48
c) Le département d'anesthésie : dans l'ombre de la chirurgie ?	50
d) Les professionnels du département d'anesthésie	51
III. Matériels et méthodes	57
A. Type d'enquête	57
B. L'enquête	57
C. Le type de structure choisie pour l'enquête	58
D. La population.....	58
1. Critères d'inclusion.....	58
2. Critères d'exclusion.....	59
3. Les outils d'enquête	61
a) Le questionnaire	61
b) Les entretiens	65

IV. Résultats	66
A. 1. Caractéristiques des sites enquêtés	66
B. Résultats des questionnaires.....	67
1. Population interrogée par questionnaire.....	68
2. Le service permet de développer les compétences (question n°4).....	71
3. Le service permet d'actualiser les connaissances (question n°5)	73
4. Le service favorise les apprentissages (question n°6).....	75
5. Les étudiants ont la possibilité de dispenser des cours dans le service (question n°7)	77
6. L'expérience est prise en compte (question 8)	78
7. Sentiment d'esprit d'équipe, de cohésion et de collaboration (question n°9).....	80
8. Le service vise l'épanouissement de chacun (question n°10).....	82
9. Dans le service, les professionnels changent régulièrement de secteur (question 11)	84
10. L'information circule facilement et en temps réel dans le service (question n°12) 86	
11. Le service n'est pas « cloisonné », il échange et partage des informations avec les autres (question n°13)	89
12. Le projet de soins est connu de tous dans le service (question 14).....	90
13. Il est possible de s'exprimer dans le service et les avis sont pris en compte (question n°15)	93
14. La hiérarchie accompagne les agents dans leur projet professionnel et dans son évolution (question n°16).....	95
15. Participation des personnels aux RMM (réunions morbi-mortalité) (question n°17)	97
16. Dans le service, il est courant d'évaluer les pratiques professionnelles (question n°18)	99

17. Le staff est un moment d'apprentissage, d'information et d'échanges (question n°19)	102
18. Le service est très favorable au changement ou aux idées nouvelles (question n°20)	105
19. Il existe des protocoles et ceux-ci sont régulièrement remis à jour (question n°21)	107
20. Personnels encouragés à faire de la recherche et à publier (question n°22)	109
21. Toutes les réunions font l'objet d'un compte-rendu accessible et diffusé à tous (question n°23)	111
22. Sentiment de s'épanouir au travail (question n°24)	113
23. Autres réponses (question n°25).....	115
C. Résultats des entretiens avec les chefs de service : tableau comparatif.....	115
V. ANALYSE des résultats.....	137
A. L'apprentissage permanent au travail.....	138
1. Analyse des réponses tous sites confondus, tous personnels confondus..	138
2. L'apprentissage au travail pour les médecins et pour les IADES.....	143
3. Analyse des réponses selon le type de structure	148
4. Synthèse sur l'apprentissage permanent au travail dans le département d'anesthésie	150
B. La notion d'équipe et cognition collective	151
1. Analyse des réponses tous sites confondus, tous personnels confondus..	152
2. La notion d'équipe et de cognition collective vue par les médecins et les iades.....	154
3. Analyse des réponses selon le type de structure	157
4. Synthèse	158
C. La flexibilité, l'adaptabilité, la réactivité de l'organisation	159

1.	La polyvalence des personnels (question 11).....	159
a)	Analyse des réponses tous sites confondus, tous personnels confondus 159	
b)	La polyvalence dans le département d'anesthésie, vue selon les médecins et les iades	161
c)	Analyse des réponses selon le type de structure	162
2.	La capacité de l'organisation à communiquer (question 12)	165
a)	La communication interne	165
b)	La communication externe (question 13)	173
3.	La hiérarchie (questions 8, 15, 16)	177
a)	Analyse des réponses tous sites confondus, tous personnels confondus 177	
b)	L'horizontalité des rapports hiérarchiques dans le département d'anesthésie : comparaison des réponses des médecins et des iades	183
c)	Analyse des réponses selon le type de structure	185
4.	Le travail par projet (question 14)	187
a)	Analyse des réponses tous personnels confondus, tous sites confondus 187	
b)	Analyse des réponses des médecins et des iades	189
c)	La géographie et la taille de la structure ont-elles une influence sur la connaissance du projet de soins du service et le fait que les personnes interrogées y participent ou pas ?	191
5.	Créativité et innovation (questions 20 et 22).....	192
a)	Analyse des réponses tous sites confondus, tous personnels confondus 192	
b)	Analyse des réponses des médecins et des iades	194
c)	Rôle de la structure (géographie et taille) sur l'ouverture à la créativité .	196

6. Synthèse sur la flexibilité, l'adaptabilité et la réactivité des départements d'anesthésie	197
D. l'apprentissage par l'erreur (questions 17 et 18).....	197
1. Analyse des réponses tous personnels confondus, toutes structures confondues.....	198
2. Analyse des réponses des médecins et des iades	202
3. Analyse des réponses selon la structure	206
4. Synthèse sur l'apprentissage par l'erreur	206
E. la mémoire collective (question 21 et 23)	207
1. Analyse des réponses tous personnels et tous sites confondus	207
2. Analyse des réponses des médecins et des iades	210
3. Analyse des réponses selon le type de structure	211
4. Synthèse sur la capacité du département d'anesthésie à se souvenir.....	212
F. l'organisation centrée sur l'individu	212
1. Analyse des réponses tous personnels et tous sites confondus	212
2. Analyse des réponses des médecins et des iades	215
3. Analyse des réponses selon le type de structure	215
4. Synthèse des réponses sur l'épanouissement au travail	217
VI. Discussion	218
A. Synthèse de l'analyse	218
1. L'apprentissage permanent au travail.....	218
2. La notion d'équipe et de cognition collective	219
3. L'adaptabilité, la flexibilité, la réactivité.....	219
4. L'apprentissage par l'erreur.....	221
5. La mémoire collective	221
6. L'organisation centrée sur l'individu	222

B. Limites de l'étude	223
1. Limites des outils d'enquête	223
a) - Pour ce qui est des questionnaires :.....	223
b) - Pour ce qui est des entretiens semi-directifs :.....	223
2. Limites de l'enquête	224
a) La population concernée.....	224
b) La méthodologie d'enquête.....	225
c) Les données recueillies	225
3. Points forts de l'étude.....	225
VII. Conclusion	227
Bibliographie.....	229
ANNEXES	236
.....Grille d'entretien semi-directif	237
.....Questionnaire médecin, interne, iade	240
.....Questionnaire cadre d'anesthésie	248

Figures et tableaux

<i>Figure 1: compétence professionnelle (dans didactique professionnelle de H.Boudreault 2003)</i>	7
<i>Figure 2: Agir avec compétence ('après Guy Le Boterf)</i>	8
<i>Figure 3 : 4 facettes essentielles de la motivation (d'après carré, "l'apprence", 2005)</i>	9
<i>Figure 4 : Le behaviorisme («théorie d'apprentissage » du Docteur N.Elayech , université monastir)</i>	11
<i>Figure 5 : Socio-constructivisme (de Didier Miller " le blog note, mathématique du coyote")</i>	12
<i>Figure 6:Développement des connaissances et des compétences (source 70/20/10 learning concept : Mc Call,Eichinger et Lombardo ,. université Princeton)</i>	13
<i>Figure 7: matrice de la compétence (de François Muller d'après Guy Le Boterf)</i>	16
<i>Figure 8: la vision partagée de Peter Senge dans « la 5ème discipline, l'art et la manière des organisations qui apprennent »,)</i>	22
<i>Figure 9 : circulation de l'information (source : tension.net)</i>	24
<i>Figure 10: Roue de DEMING (source : matbook.fr)</i>	30
<i>Figure 11: Pyramide de MASLOW (1954) et de la hiérarchisation des besoins fondamentaux de l'homme</i>	32
<i>Figure 12: appareil de Dufau (1929)</i>	38
<i>Figure 13: organisation selon Mintzberg (réalisé par Yannick Prime)</i>	48
<i>Figure 14:sortir des schémas hérités des modes de pensées Tayloriens</i>	49
<i>Figure 15: complexité de l'organisation hospitalière (démultiplication de l'organisation de Mintzberg)</i>	50
<i>Figure 16:shéma récapitulatif de la population visée par l'enquête</i>	60
<i>Figure 17:l'état de connaissance finale (les 3 modèles de l'apprentissage, Source: Arsac, G., Germain, G. & Mante, M. (1988)°</i>	228
 <i>Tableau 1 : De l'apprentissage individuel à l'apprentissage organisationnel : les sources de blocage (38)</i>	20

<i>Tableau 2: synthèse des caractéristiques de l'organisation apprenante</i>	35
<i>Tableau 3: 11 caractéristiques de l'organisation apprenante ("the Learning-company", 1997 selon Pedler et Boydell)</i>	36
<i>Tableau 4: 5 points cruciaux pour être une organisation apprenante (selon Peter Senge)</i>	37

Abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
APHP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DAR	Département d'Anesthésie-Réanimation
DPC	Développement Professionnel Continu
DU	Diplôme Universitaire
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
HSPT	Hôpital Santé Patients Territoire
GH	Groupement Hospitalier
HAS	Haute Autorité de Santé
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
MAR	Médecin Anesthésiste-Réanimateur
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
RMM	Revue de Morbidité et de Mortalité

I. Introduction

Le concept d' « organisation apprenante » trouve son origine dans les pays anglo-saxons vers les années 1990. Une « organisation apprenante » désigne un système en phase avec son environnement, qui s'auto-améliore, apprend de ses erreurs et favorise le développement des compétences de chacun de ses membres dans un contexte d'échange permanent ».

Fruit de la réflexion de grands auteurs américains tels Senge¹, le concept d' « *organisation apprenante* » se présente comme une solution permettant aux grandes entreprises de rester compétitives et efficientes, ceci malgré la crise économique qu'elles subissent. Cependant ceci implique pour ces dernières de repenser entièrement leur fonctionnement.

De nombreux auteurs anglo-saxons ont repris ce concept pour l'appliquer au système hospitalier, y voyant un moyen d'améliorer la qualité et la sécurité des soins donnés au patient.

L'enjeu que représentent la qualité et la sécurité des soins n'a pas de frontières.

Chaque professionnel de la santé est concerné. En effet, les progrès médicaux actuels sont tels qu'ils induisent une évolution et une obsolescence rapide des connaissances. Avec l'apparition de nouvelles techniques de soins ou matériels, se former est indispensable pour s'adapter au changement et travailler de façon sûre.

Les départements d'anesthésie sont particulièrement concernés par la question. En effet, l'anesthésie représente, avec la chirurgie et la réanimation, l'une des trois spécialités médicales les plus à risque. Souvent comparée à l'aéronautique, l'anesthésie doit être pratiquée par des personnels performants. Cette culture de la performance passe par le développement des compétences individuelles et

¹ Senge est l'auteur qui a le plus écrit sur l'*organisation apprenante*. Il est directeur du Center for Organizational Learning du MIT Sloan School of Management et professeur à la New England Complex Systems Institute.

collectives via la transmission des savoirs, le partage d'expériences et une démarche globale d'apprentissage.

Tout l'enjeu, pour une organisation, est de créer un contexte favorable aux apprentissages quelle que soit leur forme, pour perdurer et s'améliorer ensemble, autrement dit pour devenir une organisation apprenante.

Dans le contexte actuel de rationalisation des moyens, cela représente un défi pour les départements d'anesthésie.

En France, beaucoup d'écrits traitent de l' « *organisation apprenante* » au sein des entreprises. Cependant il existe peu d'études formalisées concernant ce concept au sein de l'organisation hospitalière. En effet au cours de notre recension des écrits nous avons pu retrouver quelques études souhaitant mettre en évidence l'hôpital « *organisation apprenante* ». C'est-à-dire une organisation permettant réellement l'apprentissage individuel comme collectif ainsi que le développement des compétences de chacun. Mais rien n'a été écrit sur le département d'anesthésie. Ce sujet apparaît pourtant particulièrement pertinent au vu de la démarche actuelle globale de qualité et d'efficience menée par les hôpitaux et les départements d'anesthésie.

L'objet de notre étude est donc de savoir si les départements d'anesthésie sont organisés de telle sorte qu'ils puissent être considérés comme des systèmes apprenants à part entière.

Partant donc sur la problématique qui consiste à évaluer dans quelle mesure le département d'anesthésie d'un centre hospitalo-universitaire (CHU) fonctionne comme une organisation apprenante, nous avons abouti à la problématique suivante : « dans quelle mesure le département d'anesthésie d'un centre hospitalo-universitaire (CHU) fonctionne-t-il comme une organisation apprenante ? ».

Nous formulons l'hypothèse que le département d'anesthésie, dans un centre hospitalier universitaire, est une organisation apprenante.

Pour infirmer ou confirmer cette hypothèse,

Dans un premier temps, nous définirons grâce à la littérature les notions clés soulevées par le concept d'organisation apprenante et étudierons celles qui sont utiles pour comprendre l'organisation du département d'anesthésie.

Dans un deuxième temps, nous définirons la méthodologie retenue pour l'enquête : choix de la population cible et des outils d'enquête.

Dans un troisième temps, nous présenterons les résultats de l'enquête puis les analyserons à la lumière du cadre conceptuel.

Pour finir, nous discuterons des limites de l'enquête.

Pour conclure, nous résumerons le travail effectué et infirmerons ou confirmerons notre hypothèse de départ : le département d'anesthésie d'un centre hospitalo-universitaire est une organisation apprenante.

*« Je me transforme moi-même pour transformer mon organisation ».*²

² organisation Dell publishing group First Editions

II. Cadre conceptuel

A. L'organisation apprenante

Le concept d'organisation apprenante a été décrit par Senge, scientifique américain né en 1947, directeur du Center for Organizational Learning (Centre pour les organisations apprenantes).

Le concept « organisation apprenante » est un concept moderne, utilisé en management par de grandes entreprises telles IBM, Général Motors ou encore EDF dans les années 1990. L'objectif poursuivi est de leur permettre de rester compétitives malgré le contexte de crise économique qu'elles subissent.

Depuis Senge, beaucoup d'auteurs ont écrit sur le sujet, qu'ils soient anglo-saxons ou francophones, rendant la littérature actuelle très riche et nuancée.

Une organisation apprenante présente 6 caractéristiques majeures :

- permettre les apprentissages sous toutes ses formes pour amener chacun à augmenter ses compétences,
- favoriser le travail en équipe dans le but de développer un niveau de cognition collective élevé,
- être capable de flexibilité, d'adaptabilité, de réactivité face à son environnement,
- apprendre de ses erreurs,
- se souvenir par une mémoire formelle comme informelle
- et placer l'individu au centre de son fonctionnement.

1.L'apprentissage permanent au travail

Selon Senge, l'organisation apprenante est « *une organisation où les gens apprennent en permanence...comment apprendre ensemble* ».³ (1)

L'organisation apprenante permet, par la multiplication de situations dites « apprenantes », de développer les compétences de chacun de ses membres et d'augmenter leur niveau d'expertise. A ce titre, Swieringa et Wierdsma soulignent le fait que l'organisation apprenante permet l'apprentissage dans le cadre et au décours du travail : « *une organisation apprenante est une organisation dans laquelle les gens apprennent, en travaillant ensemble, et travaillent ensemble pour apprendre* ». (2)

Les situations professionnelles sont exploitées de façon à produire de l'apprentissage par une pratique réflexive individuelle comme collective poussée. Louise Marchand, professeur titulaire, département de psychopédagogie et andragogie, Université de Montréal, déclare que « *travailler signifie de plus en plus apprendre, transmettre du savoir, produire de nouvelles connaissances. Le travail est de plus en plus basé sur le traitement et l'interprétation de l'information d'où l'importance du transfert des connaissances.* » (3)

Les savoirs sont partagés et leur acquisition comme leur capitalisation sont au cœur de la démarche d'apprenance que préconise l'organisation apprenante.

Lorsque nous nous intéressons à la définition de l'apprenance, un auteur nous paraît essentiel. Il s'agit de Philippe Carré qui la définit comme « *Un ensemble stable de dispositions affectives, cognitives et conatives, favorables à l'acte d'apprendre, dans toutes les situations formelles ou informelles, de façon expérientielle ou didactique, autodirigée ou non, intentionnelle ou fortuite* » (4)

Mais quels sont les concepts liés à « l'acte d'apprendre » au sein d'une organisation ? Nous allons les aborder maintenant.

³ The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization, 1991, SENGE et Gauthier, p17-18

2.Du savoir à la compétence : voyage sur les chemins de l'apprentissage au sein des organisations

a) Le savoir

- **Un savoir** est défini comme un ensemble de connaissances ou d'aptitudes reproductibles, acquises par l'étude (savoirs *codifiés*, qui expliquent le *quoi* et le *pourquoi*) ou l'expérience (savoirs *tacites*). (5)

François Beaujolin distingue différentes catégories de savoirs :

- **le savoir théorique** : apporte les éléments permettant de comprendre le réel.
- **le savoir-faire** : c'est le savoir lié à l'action. Il demande un savoir *procédural* (connaissance de la manière de faire) et *pratique* (mise en application de cette manière de faire, en lien avec l'expérience)
- **le savoir-être** : ensemble d'attitudes adaptées à la situation. Le savoir-être inclut un savoir-être *méthodologique* qui permet la résolution de problèmes nouveaux et un savoir- être *organisationnel* qui fait appel à la connaissance de l'organisation.

Ces trois facettes du savoir sont regroupées sous ce que G. Malglaive, Docteur en Sciences de l'Education, nomme « **le savoir en usage** ».

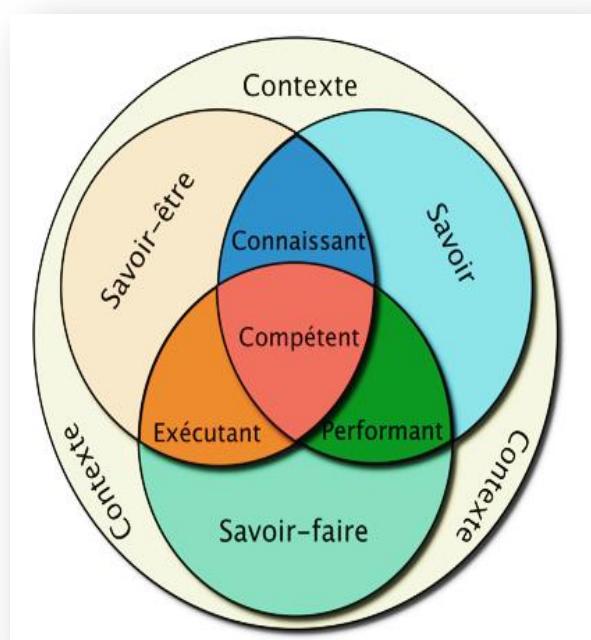


Figure 1: compétence professionnelle (dans didactique professionnelle de H.Boudreault 2003)

b) La compétence

C'est ce « savoir en usage » qui définit la compétence (6). Selon G. Malglaive (7) « *savoir en usage et formalisation sont les deux aspects complémentaires de la compétence qui, au terme de notre analyse, se présente donc comme une structure dynamique dont le moteur n'est autre que l'activité* ».

Mais qu'est-ce qu'être compétent ? Selon Guy Le Bortef (8), pour répondre à cette question il importe de prendre en compte l'environnement dans lequel évolue l'individu c'est-à-dire l'*organisation* dans laquelle il travaille.

Si l'organisation est plutôt taylorienne la tête, ou sommet stratégique, pense et le corps, ou centre opérationnel, fait, ceci selon Mintzberg (9). Dès lors l'exigence en matière de compétences ne concerne que l'exécution de tâches prescrites par une hiérarchie pensante : être *compétent* se limite à savoir exécuter. Si l'organisation répond à un modèle plus ouvert, la compétence prend alors une autre dimension : il ne s'agit plus d'exécuter une tâche selon une prescription venant d'autorités supérieures pensantes, mais de savoir agir et interagir de façon réflexive dans des situations parfois complexes, inattendues, au sein d'une organisation axée sur la prise d'initiative, l'innovation et la coopération de chacun, où le pouvoir suit une répartition plus horizontale que verticale.

Ces deux approches de la compétence en situation de travail semblent antinomiques. Pourtant, elles peuvent coexister, voire être complémentaires, au sein

d'une même institution ; l'hôpital n'en est-il pas un bel exemple ?

Finalement, pour Guy Le Bortef, « être *compétent* peut être considéré comme la résultante de 3 trois facteurs : **le savoir agir** qui suppose de savoir combiner et mobiliser des ressources appropriées (connaissances, savoir-faire, réseaux...) et de savoir mettre en œuvre des pratiques professionnelles

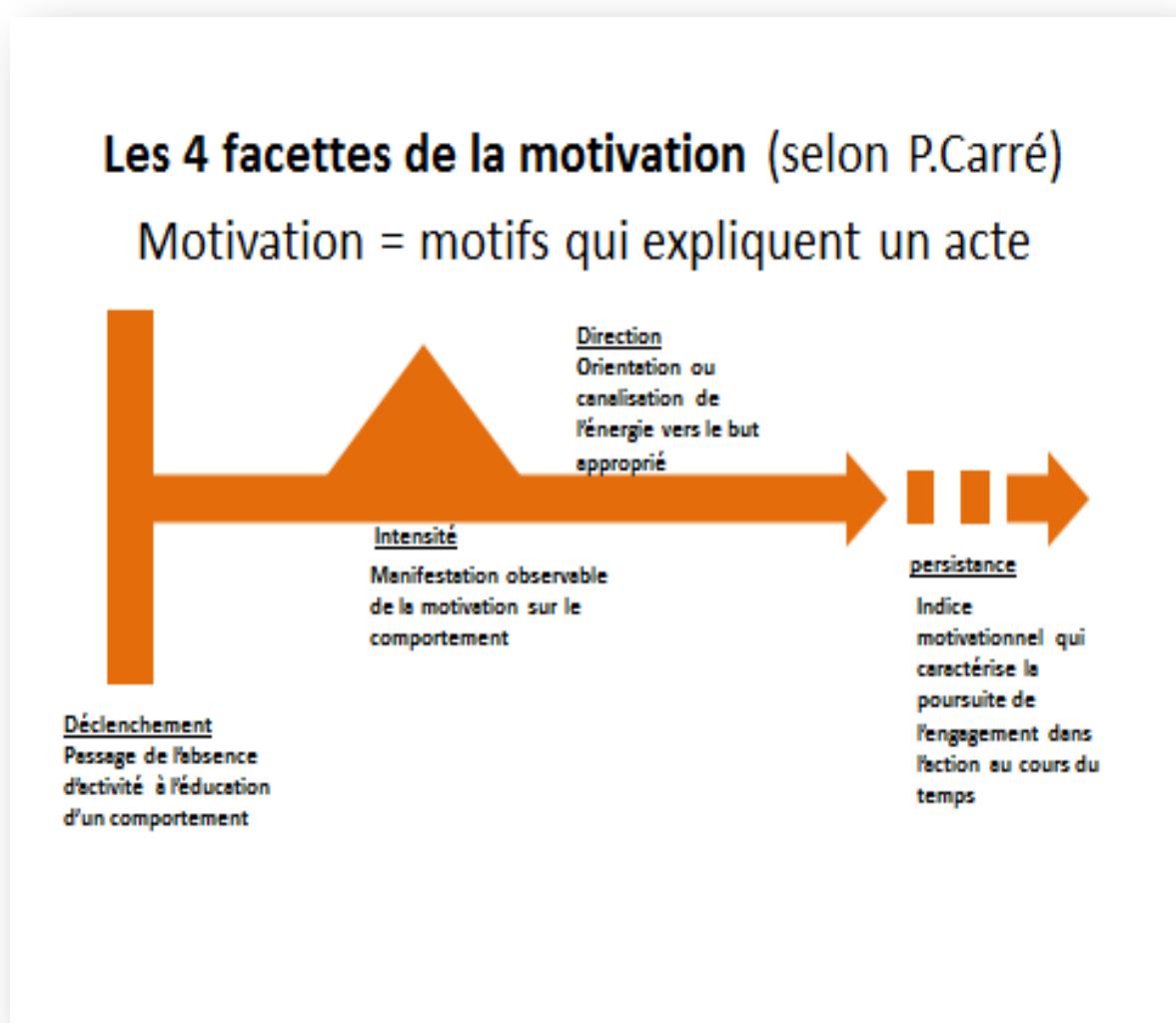


Figure 2: Agir avec compétence ('après Guy Le Bortef)

pertinentes ; **le vouloir agir** qui se réfère à la motivation personnelle de l'individu et au contexte plus ou moins incitatif dans lequel il intervient ; **le pouvoir agir** qui renvoie à l'existence d'un contexte, d'une organisation du travail, de choix de management, de conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilité et la prise de risque de l'individu. » (8).

Par ailleurs, au-delà de ces différents concepts, P.Carré rappelle que la motivation est sous-jacente à tout acte d'apprendre (10). En effet, cet auteur a mis en évidence le rôle essentiel de la motivation dans l'apprentissage. L'apprenant étant au cœur de sa démarche d'apprentissage, dès lors sa motivation devient un élément incontournable.

Figure 3 : 4 facettes essentielles de la motivation (d'après Carré, "l'apprence", 2005)



En terme d'apprentissage, Myriam et Caffarella décrivent ce qui motive les individus à se former ou à ne pas se former⁴ (4) :

Les motifs amenant un individu à se former sont : *les relations sociales, l'amélioration de la communication, la préparation académique, la progression professionnelle, les questions familiales, l'échappement/distraction, l'intérêt cognitif.*

Les motifs n'amenant pas à se former sont : *le manque de confiance en soi, l'inadaptation des formations proposées, les contraintes de temps, le caractère « non prioritaire » de la formation, le coût, les « problèmes personnels ».*

L'individu est donc responsable de sa formation, mais ne peut pas tout. En effet, si développer des compétences relève d'abord d'une démarche personnelle –*le self directed learning* - où l'implication individuelle joue un rôle clé, il ne faut pas oublier que l'organisation dans laquelle travaille l'individu peut faciliter ou gêner ce processus et qu'il incombe à celle-ci, pour développer les compétences individuelles et collectives, de créer un environnement favorable aux apprentissages (11).

Ceci nous amène à définir la notion d'apprentissage.

c) L'apprentissage

c.1 Définition

La littérature définit l'apprentissage comme : « l'acquisition d'un savoir en usage, autrement dit le processus par lequel on acquiert des savoir-faire, des connaissances savoir-théorique, des attitudes ou des valeurs culturelles savoir-être, par l'observation, l'imitation, l'essai, la répétition, la présentation (12). Finalement, l'apprentissage désigne le processus d'acquisition de compétences (13) (5).

La définition donnée par le petit Robert reprend ces idées : « *fait d'apprendre un métier manuel ou technique ; ensemble des activités de l'apprenti* ».

⁴ Myriam et Caffarella, *Facteurs à l'origine du processus de formation*, 1999

c.2 Théories de l'apprentissage

Trois grands mouvements de pensée se démarquent au sujet des théories de l'apprentissage (14)

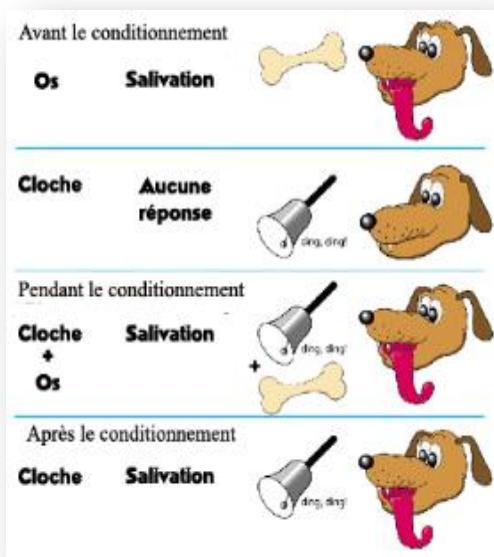


Figure 4 : Le behaviorisme («théorie d'apprentissage » du Docteur N.Elayech , université monastir)

- *le behaviorisme* : l'un des grands théoriciens de ce courant de pensée est Skinner, psychologue et penseur américain ; sa théorie (15) est basée sur le changement observable de comportement, théorie reprise par Pavlov pour mener ses expériences de conditionnement. Le behaviorisme aborde l'apprentissage comme un processus d'acquisition d'automatismes, autrement dit des comportements observables, mesurables, obtenus en réponse à un stimulus extérieur. Le stimulus provoque toujours la même réponse, réponse

associée à une récompense. Cette réponse obtenue est inconditionnelle et invariable et, par conséquent, mesurable. Il n'y a pas de processus réflexif : c'est dans ce sens que la pensée est appréhendée comme « une boîte noire » vide qui se remplit peu à peu grâce aux apprentissages. L'apprenant s'approprie une connaissance uniquement dans le but de la répliquer.

- *le cognitivisme* : ce terme vient du latin « cognito » qui signifie « connaissance » ; cette connaissance est basée sur les processus de pensée ou stratégies mentales qui engendrent les comportements. Ce sont ces comportements qui permettent d'élucider les processus de pensée de l'apprenant. L'esprit humain est ainsi comparé à un système de traitement de l'information. Ausubel (psychologue américain) défend bien cet aspect (16). Le cognitivisme voit l'apprentissage comme un processus continu de recherche d'équilibre entre le sujet et son milieu ;

l'assimilation d'un nouvel élément implique une accommodation : transformation nécessaire permettant l'assimilation du nouvel élément. Ce courant de pensée comporte une limite importante : il étudie les aspects affectifs : motivation, intérêts, objectifs visés, corrélés à tout apprentissage et qui sont essentiels selon Robert Mills Gagné, autre psychologue américain. Pour Gagné, l'acte d'apprendre comporte huit phases : la motivation, l'appréhension, l'acquisition, la rétention, le rappel, la généralisation, la performance, la rétroaction (feed-back) (17).

- *le constructivisme et socio-constructivisme* : Jean Piaget, psychologue suisse spécialisé dans la psychologie de l'enfant, explique que les expériences permettent l'apprentissage ; l'apprentissage, par la perception de ces expériences, est un processus actif, par étapes, qui permet de construire notre vision et interprétation personnelles du monde, autrement dit la réalité telle que nous l'envisageons (18). Finalement, apprendre, c'est, selon Bruner, psychologue américain, construire du sens (19). Ce courant de pensée insiste sur la dimension relationnelle de l'apprentissage. Ainsi, selon cet auteur, la confrontation aux représentations d'autrui permettrait de construire ses propres connaissances.

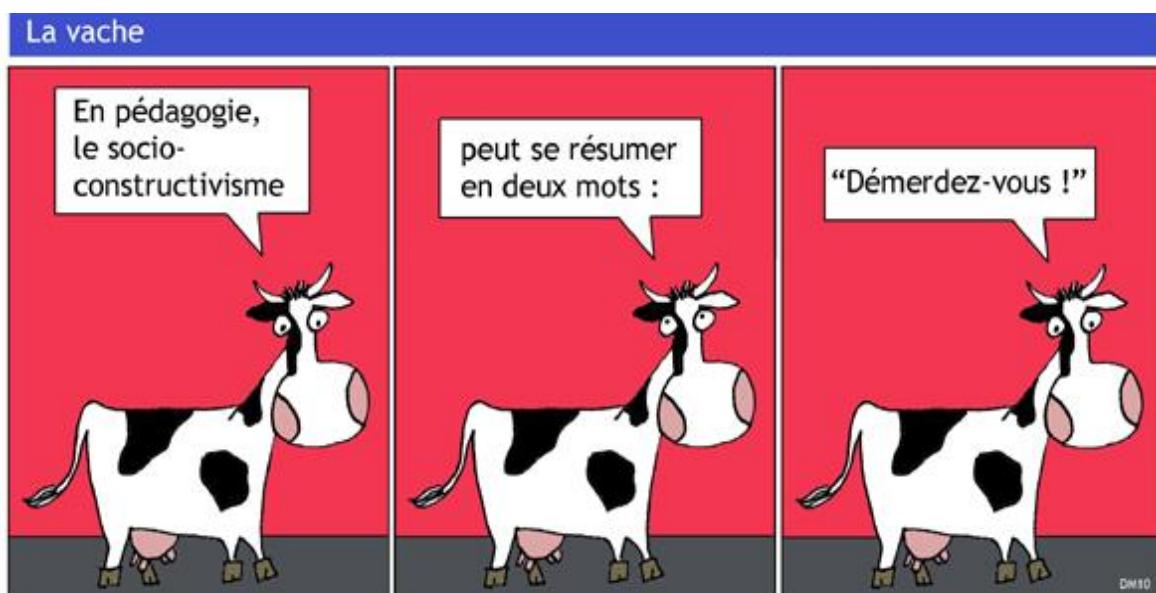


Figure 5 : Socio-constructivisme (de Didier Miller " le blog note, mathématique du coyote")

Apprendre, nous l'avons vu, c'est acquérir un ensemble de savoirs. Cependant, les apprentissages peuvent se dérouler de plusieurs manières, c'est cette dimension que nous allons étudier maintenant.

c.3 Les apprentissages formels et informels

Figure 6:Développement des connaissances et des compétences (source 70/20/10 learning concept : Mc Call,Eichinger et Lombardo , université Princeton)



Les apprentissages peuvent se faire de plusieurs manières dans l'organisation. Lors de temps spécialement dédiés à cela, c'est-à-dire de façon formelle, ou encore de façon impromptue, aléatoire, non planifiée, c'est-à-dire de façon informelle (20).

Les apprentissages formels répondent à un programme d'apprentissage, selon des objectifs définis. Ils requièrent du temps, un soutien logistique et donnent lieu à une évaluation certificative ou un diplôme. Ils peuvent prendre la forme d'animations proposées par les services de formation. Mais la limite des apprentissages formels est qu'ils sont rapidement déficients et ne répondent que partiellement aux besoins des travailleurs d'où la nécessité d'aller vers une autre forme d'apprentissage.

Cette autre forme d'apprentissage, qui permet un apprentissage quasi-permanent, est **l'apprentissage informel** : non planifié, stochastique, prenant place dans le milieu du travail, au sein d'une équipe, naissant à l'occasion de situations, de partages entre pairs, d'expériences, d'échanges, intimement lié à l'action, il permet l'apprentissage autodirigé- *le self directed learning*- où l'apprenant s'approprie des connaissances en utilisant les ressources de son milieu. Les ressources peuvent être humaines : collègues, ... ou bien matérielles : internet, ...

Selon le Centre du savoir sur l'apprentissage et le milieu de travail (Canada), 80% de l'apprentissage en milieu de travail se fait ainsi de façon informelle.

Certains temps sont particulièrement propices à cela. Ils sont souvent corrélés à un partage non formalisé d'informations, d'expériences (21), comme lors de la pause-café. L'importance de la pause-café, dans le domaine de l'anesthésie, a d'ailleurs été démontrée en 2001 lors d'une étude (22) : les sujets de conversation abordés sont certes d'ordre social mais aussi largement d'ordre professionnel. Ils concernent alors l'organisation du travail, les problèmes de matériel, la prise en charge anesthésique d'un patient ou l'explication des nouveaux textes réglementaires. La pause-café, moment de convivialité informel où la parole est libre, permet ainsi d'aborder un certain nombre de problèmes du quotidien et s'avère aussi efficace pour certains que les réunions formalisées. Finalement, la pause-café, selon cette étude, permet le partage d'informations et la formation continue, ce qu'ont bien intégré les représentants médicaux. En effet, ces derniers choisissent ce créneau pour effectuer leurs présentations de nouveaux produits, lors de moments dits « conviviaux » au milieu des croissants. Une autre étude (23), plus récente, insiste sur l'impact bénéfique de la pause-café, à l'hôpital, sur la motivation au travail des personnels et l'esprit d'équipe.

Les apprentissages informels sont donc incontournables dans le monde du travail, notamment dans le milieu hospitalier et de l'anesthésie. Il semble primordial de les développer pour améliorer les compétences de chacun. Cela représente un défi pour le management comme l'organisation. Guillaume Launay-Vacher, ingénieur pédagogique, directeur de l'Européenne de formation pour les pharmaciens, fait le lien entre ce type d'apprentissage et l'organisation apprenante : « *l'individu apprend*

au travail, en travaillant. A partir de là, il faut s'interroger sur la manière de renforcer le potentiel formateur des situations de travail ou de développer des pratiques managériales censées contribuer à la montée en compétences des individus. L'ensemble de ces actions sur l'environnement du travail et les contenus du travail participerait alors à l'émergence d'organisations particulières, pouvant apprendre et aider à apprendre. » (11). A ce sujet, Jay Cross, conférencier américain, constate que « (...) peu d'organisations (...) ont réellement tiré parti de ces apprentissages informels. La plupart ont juste essayé d'y adapter leur management, en pensant qu'il suffisait de fournir une formation sous forme d'un apprentissage informel plus qu'en donnant des ressources pédagogiques » (24).

c.4 Processus d'apprentissage prépondérants dans le milieu du travail

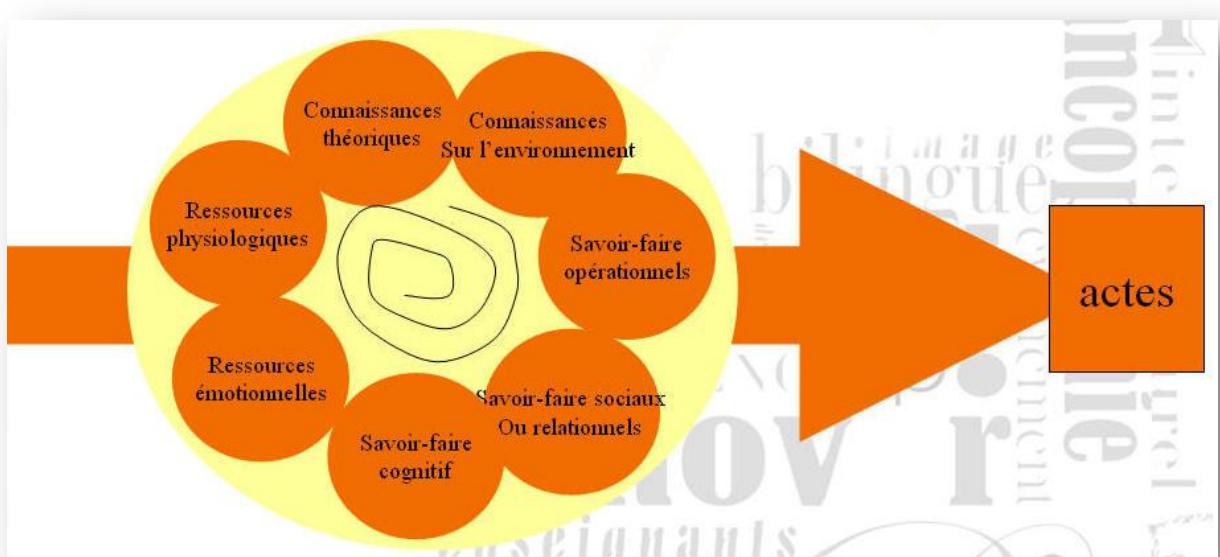
- Au cours de nos recherches, nous avons pu mettre en évidence l'importance dans la littérature de **l'apprentissage par accumulation d'expérience ou expérimentation** (25) . En effet, selon différents auteurs, l'individu apprend par séquences d'essai-et-erreur et utilise ces apprentissages comme autant d'outils pour appréhender et résoudre les situations nouvelles (26). Zarifian, lui, parle du « *learning by doing* » (1988) : c'est l'apprentissage par l'expérimentation, idée développée auparavant par Leonard-Barton qui, de façon élargie, assimile l'ensemble de l'organisation apprenante à un « *laboratoire d'expériences* » (27).
- **Les références professionnelles collectives jouent également un rôle dans l'apprentissage au travail.** (8)

D'une part, ces normes ou règles du métier sont les produits des apprentissages du groupe. Fruits d'une réflexion collégiale née de l'expérience accumulée collectivement, elles les capitalisent notamment sous forme de référentiels. Pour dénommer ces normes ou règles du métier, certains auteurs parlent de « communautés de pratiques »(28) (29).

D'autre part, l'individu, en se confrontant à ces normes, se construit professionnellement, comme le rappelle Le Bortef : « *l'analyse des situations de*

travail fait apparaître la nécessité pour un professionnel de pouvoir se référer aux normes et règles de son milieu professionnel d'appartenance pour construire avec sécurité et pertinence sa propre « façon de s'y prendre », sa propre « façon d'agir ». (8)

Figure 7: matrice de la compétence (de François Muller d'après Guy Le Boterf)



- L'apprentissage, au travail, naît également des situations d'enseignement. Former, c'est transmettre un savoir, mais l'acte de former est aussi l'occasion d'apprendre pour soi-même : « *la mise en situation d'enseigner est propice à une réinitialisation de son propre savoir et par là à sa remise en cause au moins partielle* » (30). Le fait d'enseigner nécessite pour l'enseignant de réactualiser ses savoirs, d'être capable, parce qu'il les a bien intégrés, de les rendre intelligibles et d'accepter –pour mieux y faire face- leur remise en question par des apprenants critiques. Enseigner permet donc d'apprendre mais pas seulement : cela donne également du sens au travail.

Enseigner, on l'a vu, permet de transmettre (31) un contenu d'un individu à un autre, mais représente surtout et avant tout un acte de partage intergénérationnel, selon le psychanalyste et historien du droit Pierre Legendre (32).

Dans le monde du travail, la transmission du savoir repose sur les pairs selon Mr Malicot, Président des Compagnons du Tour de France (33). Cette transmission peut

être soit informelle soit plus formalisée. Le compagnonnage en est l'une des versions. Il correspond à l'accompagnement par des pairs expérimentés des professionnels débutants (34). Une autre déclinaison en est le tutorat, qui désigne l'encadrement par des professionnels enseignants, des étudiants ou élèves stagiaires (6).

c.5 Les niveaux d'apprentissages dans le monde du travail

L'apprentissage au travail s'étage sur trois niveaux (11) :

- *individuel* (l'individu l'effectue seul)
- *collectif* (par groupe de travail, souvent à l'occasion d'activités réalisées en équipe de manière coopérative ou collaborative)
- *organisationnel* (par mémorisation des résultats des expériences et des acquis des activités des salariés, capitalisés et rendus disponibles)

Ces niveaux permettent de comprendre l'impact que peut avoir le processus d'apprentissage, dès lors qu'on dépasse le cadre individuel, sur l'institution toute entière.

c.6 L'apprentissage organisationnel

- **Apprentissage organisationnel : définition** (35)

L'apprentissage organisationnel s'apparente à la notion de cognition collective. G. Koenig le définit comme un « *phénomène collectif d'acquisition et d'élaboration de compétences qui, plus ou moins profondément, plus ou moins durablement, modifie la gestion des situations et les situations elles-mêmes* ».

Cela suppose une diffusion et la circulation des idées et informations.

La notion d'apprentissage organisationnel – organizational learning- est née vers le début des années 1950, avec H.Simon, économiste et sociologue. Selon lui, l'apprentissage organisationnel conditionne la **capacité des organisations à survivre et à se développer**.(36)

Pour comprendre ce qu'est l'apprentissage organisationnel, il faut définir le terme **de théorie d'usage organisationnel** « *theories in use* » : ce qui est réellement fait, par opposition aux discours de l'organisation « **espoused theories** ». Autrement dit : réel versus prescrit ou affiché.

Les individus introduisent dans le système d'apprentissage de l'organisation leurs propres théories d'usage, ce qui d'une part génère et entretien l'apprentissage organisationnel, d'autre part amène à la structuration et au renforcement des théories d'usage individuelles (26). Il existe donc une interaction et une interdépendance étroite entre l'individu et l'organisation.

L'apprentissage organisationnel **nait de situations problématiques ou d'erreurs**. Il existe un **écart** entre les résultats visés et ceux qui sont obtenus, à l'origine d'un processus réflexif -« *l'investigation organisationnelle* »- à la suite duquel il y a réajustement de la théorie d'usage organisationnel. Ce réajustement, désigné par le terme de « *produits d'apprentissage* » induit une modification des pratiques. L'apprentissage organisationnel fait donc appel à la gestion de l'expérience accumulée (opérations) et à l'intelligence de l'expérimentation (projets) (26).

- **Apprentissage organisationnel : problématique des buts poursuivis**

Comment apprendre sans but ? Déterminer les buts de l'apprentissage organisationnel est essentiel. L'apprentissage organisationnel doit avant tout être productif. Il convient de rappeler qu'un changement ne correspond pas forcément à un apprentissage. Les apprentissages organisationnels, pour être de bonne qualité, doivent être approfondis : on parle ainsi de niveaux d'apprentissage pour les classifier.

- **Niveaux d'apprentissage organisationnel**

Selon la théorie des boucles d'apprentissage dans les organisations (5), on distingue trois niveaux d'apprentissage organisationnel.

- **Apprentissage en simple boucle** : fondé sur la routine, la situation est simple, tout comme la résolution de problème qui en découle, celle-ci se faisant

en conciliation avec les normes et valeurs de l'organisation : apprentissage par *adaptation*.

- **Apprentissage en double boucle**: fondé sur des processus cognitifs, situation complexe de crise qui oblige une remise en question des normes et valeurs de l'organisation et amène à un changement dont l'enjeu est le succès. Apprentissage par *exploration*.

- **Apprentissage permanent**: permet l'augmentation et la transformation des bases de connaissances et de valeurs de l'organisation. Le but est d'améliorer la capacité de l'organisation d'« apprendre à apprendre ».

c.7 Récapitulatif et limites

Ce sont tous ces types d'apprentissage, notamment les formes les plus évoluées, que prône l'organisation apprenante. A ce titre, Belet rappelle qu' « *on ne peut qualifier d'entreprise apprenante une entreprise qui possède (seulement) une politique de formation* » (37).

Mais même si l'organisation favorise l'apprentissage sous toutes ses formes, il ne faut pas oublier que certains blocages, aussi bien individuels qu'organisationnels, empêchent ou nuisent au processus d'apprentissage.

Amaury Grimand, maître de conférences en gestion et chercheur à Euristik, a identifié plusieurs sources de blocage. Ceux-ci sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau 1 : De l'apprentissage individuel à l'apprentissage organisationnel : les sources de blocage (38)

Nature de la faille	Définition
Blocages inhérents au statut des acteurs	Les nouvelles connaissances acquises par un acteur ne modifient pas le cours de ses actions, du fait des contraintes inhérentes à son statut, effectif ou perçu, ou celui qu'il accorde aux autres acteurs.
Retombées ambiguës ou incertaines des actions	L'acteur ne parvient à former qu'une représentation ambiguë et partielle des retombées de son action sur l'organisation et la dynamique de ses relations avec d'autres acteurs. Le lien lâche entre les actions entreprises et les résultats obtenus inhibe la création et l'amplification de nouveaux savoirs.
Renouvellement insuffisant des schémas d'action	Les acteurs, immergés dans la gestion courante de leur activité, privilégient un apprentissage « en simple boucle » par assimilation des expériences dans leurs schémas de pensée.
Formalisation insuffisante des retours d'expérience	La multiplication des apprentissages en situation, dans le cours de l'action, en l'absence de codification ultérieure et de confrontation avec les autres acteurs internes de l'organisation circonscrit les apprentissages individuels dans l'espace et dans le temps. Les nouvelles connaissances acquises ne sont pas mobilisables ultérieurement.
Absence de diffusion des connaissances	Les apprentissages des acteurs individuels restent cloisonnés. L'apprentissage collectif en devient fragmentaire par manque de coordination et d'organisation des relations ou du fait de stratégies d'acteurs trop marquées.

L'apprentissage individuel et organisationnel nécessite, pour être optimal, une cognition collective qui passe par le travail en équipe.

3.L'organisation apprenante : un lieu où l'esprit d'équipe et la cognition collective sont prépondérants

L'organisation apprenante est une « *organisation où les gens (...) apprennent en permanence comment apprendre ensemble* » pour Senge (1). L'apprentissage a lieu grâce à l'interaction existant entre l'individu et l'équipe au sein de laquelle il évolue. A ce sujet, Senge estime que « *L'intelligence collective se construit dans l'action partagée* ».⁵

Le groupe est donc fondamental dans l'organisation apprenante.

Des chercheurs du M.I.T (Massachusetts Institute of Technology) ont démontré, suite à l'étude de petits groupes, que l'intelligence collective-ou cognition collective-était supérieure à la somme des intelligences individuelles (39). On peut parler de véritable synergie entre le groupe et les individus qui le composent. Cela explique que le résultat obtenu est meilleur quand il est le fruit de l'action de tous les éléments d'un groupe, plutôt que le fait d'un seul individu. Il s'agit d'un cercle vertueux où l'esprit de partage et d'altruisme mènent à la cognition collective et vice-versa, dépassant ainsi le cadre limité de la pensée individuelle (40) : la littérature parle de « pensée ou réflexion collective », en anglais le « *thinking together* » de Senge (41).

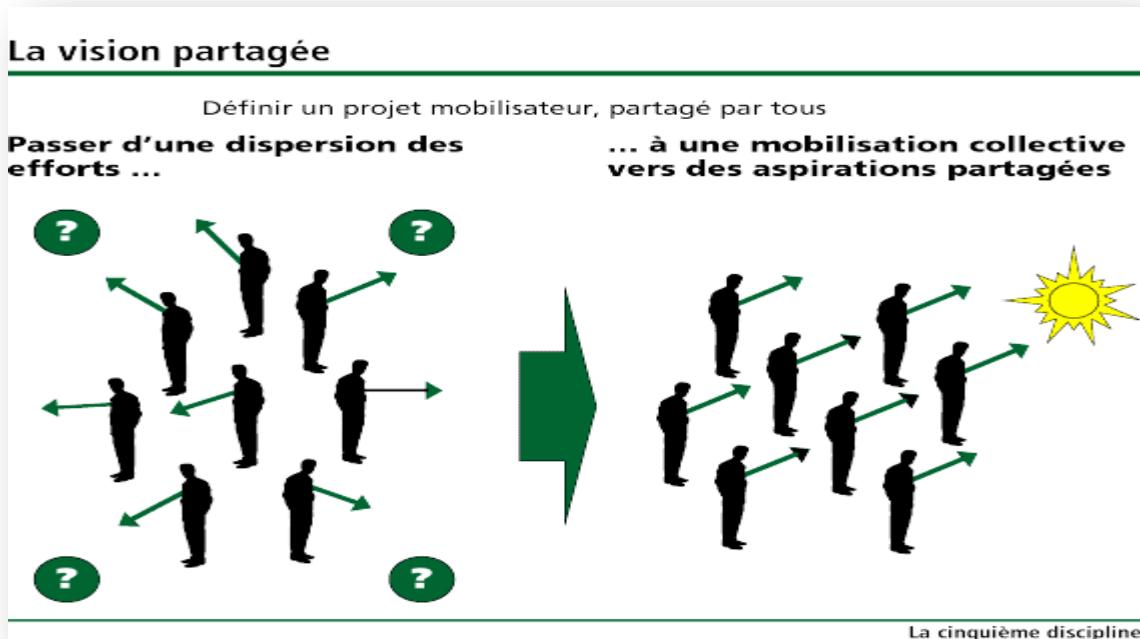
Chacun est impliqué, responsabilisé et partage les mêmes objectifs. Senge parle de « *shared visions* » ou visions communes. L'excellence est une valeur haute portée par tous. Cela implique que chaque membre de l'équipe s'engage personnellement – on parle de *personal mastery* - dans un processus d'apprentissage permanent –*le life-long learning*. (42)

Cependant, certains auteurs émettent des réserves quant à l'esprit d'équipe et la cognition collective portés par l'organisation apprenante. Chaque acteur économique rechercherait plus son propre intérêt que celui de la collectivité. La confiance serait alors une notion bien relative qui relèverait plus du calcul que de préoccupations

⁵ Senge dans « Enjeux les Echos » (interview réalisée par Pascale Marie Deschamps le 2 avril 2014.)

humanistes. La collaboration des acteurs pourrait masquer des stratégies de prise de pouvoir informel intégrant les contraintes structurelles de l'organisation (43).

Figure 8: la vision partagée de Peter Senge dans « la 5ème discipline, l'art et la manière des organisations qui apprennent »,)



Si le groupe est primordial dans l'organisation apprenante, c'est parce que chacun, par son implication, permet à l'organisation d'être en adéquation avec son environnement

4. L'organisation apprenante, une organisation en adéquation avec son environnement : flexible, réactive, communicante.

Plus récemment, la littérature évoque les notions de *flexibilité, d'adaptabilité et de réactivité* à un environnement instable, inhérentes à toute organisation apprenante.

Pascal Barreau, cadre de santé, psychologue et coach, reprend ces différents points : « une organisation apprenante est une **organisation flexible et capable de répondre à des évènements imprévus**. Le fonctionnement fondé sur des unités

multifonctionnelles autonomes autorise une très grande réactivité par la mobilisation spontanée des compétences (...) et l'interchangeabilité des compétences. (...) Les frontières entre les services sont perméables et les informations circulent en temps réel. (...) Les managers sont plus leaders que chefs.» (44). D. Belet résume le tout : « une organisation apprenante est une organisation qui facilite l'apprentissage de tous ces membres et qui se transforme continuellement » (37).

a) La polyvalence du personnel

La polyvalence se définit comme « la capacité à exercer plusieurs activités différentes ». (Petit Robert).

En terme d'exercice professionnel, « être polyvalent, (c'est être) intégrateur de savoirs et entrepreneur. Pour devenir polyvalent, il faut maîtriser plusieurs spécialités. Parce que quand on connaît bien une spécialité, il n'est pas très difficile d'en acquérir une autre et d'être ainsi adaptable. Nous demandons donc à nos élèves de travailler en profondeur plusieurs disciplines plutôt que de faire un peu de tout ».⁶

L'organisation apprenante a un fonctionnement basé sur la polyvalence du personnel. La polyvalence de tous est favorisée par la mobilité des postes ou « job rotation ».

Tout d'abord, cela permet l'apprentissage et l'augmentation des compétences de chacun dans des domaines variés. La polyvalence représente une alternative à l'organisation de type taylorienne basée sur l'exécution simple de tâches en réponse à l'injonction de « têtes pensantes », modèle à l'opposé de l'organisation apprenante. En effet, la polyvalence prônée par l'organisation apprenante implique une cognition élargie des différentes tâches à effectuer.

Ensuite, la polyvalence, au niveau individuel, permet de développer une meilleure confiance en soi.

⁶ Arnaud Poitou, directeur de l'Ecole centrale de Nantes dans Le Monde blogs, interview faite par Olivier Rollot le 03/07/13.

Au niveau collectif, elle permet une meilleure collaboration et compréhension mutuelle des différents acteurs.

Enfin, la polyvalence des personnels facilite la gestion des ressources humaines – principe du management par les compétences ou *knowledge management*-(45) . L'organisation fonctionne ainsi de façon flexible. « *La polyvalence permet l'occupation des postes vacants en cas d'absence ou de congé des autres employés* » (46). Il faut cependant distinguer « la polyvalence intégrée permanente » (intra-secteur, intra-unité, intra-équipe), plus poussée, de « la polyvalence épisodique ou mobilité externe » (à l'occasion d'un remplacement ponctuel lié à une absence), de moins bonne qualité. (47)

Avant tout, l'organisation apprenante mise sur la polyvalence en tant que capacité de l'homme à s'adapter. (47)

b)La capacité à communiquer

Elle englobe la communication interne et la communication avec l'extérieur. L'organisation apprenante favorise les échanges permanents entre ses membres et est ouverte vers l'extérieur (48).

La capacité de l'organisation apprenante à communiquer est basée sur une circulation de l'information à la fois verticale et horizontale. Cela permet à tous d'échanger de façon constante et illimitée, souvent de façon informelle. (27)

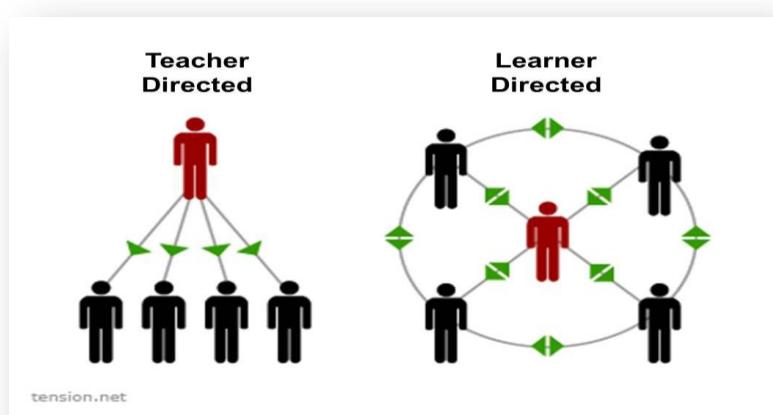


Figure 9 : circulation de l'information (source : tension.net)

A ce sujet, notons l'apport considérable des NTIC (Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication) (49).

Thomas Friedman, journaliste américain, évoque de façon humoristique ce qu'a changé le numérique dans notre façon de communiquer : « *Five years ago, email was predominately sent from a computer, the iPhone was a brand-new product, « Twitter » was a sound, the ‘cloud’ was in the sky (and) ‘4G’ was the name of a parking space.* »

Les NTIC mutualisent les échanges et facilitent la mise en relation des acteurs, à la fois dans l'organisation et avec l'environnement extérieur. Par ailleurs, elles amplifient les processus d'apprentissage collectif par le partage et l'accès facilité à l'information. A titre d'exemple, les tablettes numériques et plateformes interactives commencent à remplacer certains manuels scolaires, certains cours sont faits exclusivement en ligne, les professeurs diffusent leur présentation via des podcasts. On parle aujourd'hui d'écoles virtuelles, d'e-learning et de social-learning (e-learning interactif).

Les NTIC permettent également le travail collaboratif en réseau (50).

L'importance des NTIC est telle qu'aujourd'hui, il n'est plus question d'organisation apprenante mais **d'organisation apprenante 2.0**, forme d'organisation apprenante ultra-moderne combinant la notion d'organisation apprenante et celle d'entreprise 2.0. L'entreprise 2.0 est, selon Andrew McAfee, professeur à la Harvard Business School, « *the use of emergent social software platforms within companies, or between companies and their partners or customers* » (51). L'entreprise 2.0 utilise les blogs, les forums, les wikis (pages web que les utilisateurs peuvent modifier directement), les réseaux sociaux et les podcasts (52).

c) Une hiérarchie horizontalisée

Pour rappel, selon Kurt Lewin, psychologue américain du début du 20^{ème} siècle , on distingue trois styles de leadership (53) :

- « **le leadership permissif** » : c'est le commandement par le « laisser-faire », l'autorité est diffuse, elle n'appartient pas à un acteur en particulier.
- « **le leadership autoritaire** » : un dirigeant prend les décisions seul mais n'exécute pas les tâches. il répartit le travail entre les différents acteurs. Face à ce genre de chef, deux réactions sont possibles de la part du personnel : agressivité ou passivité.
- « **le leadership démocratique** » : chaque membre du groupe émet un avis, pris en compte par le chef pour les décisions.

Mc Gregor (1960), lui, oppose deux types de management (54) :

- Soit on considère que l'Homme, selon la « **théorie X** », est par nature paresseux et n'aime pas travailler ni avoir des responsabilités. De ce fait, il préfère être dirigé, cherchant la sécurité car il déteste le changement. La hiérarchie se doit donc d'être, dans ce modèle, sévère et très directive, ce qui conduit à la passivité au travail, la peur de prendre des initiatives, et renforce au final la théorie X à savoir : l'homme est paresseux et passif.

- Soit on considère que l'Homme est un être responsable, objectif, créatif, qui prend des initiatives, et aime travailler. C'est la « **théorie Y** ». La hiérarchie est alors plus permissive, laisse une place à l'initiative et responsabilise chaque acteur. En résultent une plus grande application au travail, un sentiment de liberté qui augmente la motivation à travailler. Cela renforce au final la théorie Y, à savoir : l'Homme est un être responsable, créatif, qui aime travailler.

Dans l'organisation apprenante, les rapports hiérarchiques sont *plus horizontaux que verticaux* (55). En fait, l'organisation apprenante reprend les principes du *leadership démocratique* et de la *théorie Y*.

Certains auteurs évoquent même, à propos de l'organisation apprenante, un organigramme plat (Senge 1990, Pedler 1991, Watkins et Marsick 1993), d'autres parlent d'attribuer du pouvoir aux salariés, c'est l' « *empowerment* » de Garavan . L'*empowerment* ou responsabilisation des salariés est bénéfique à l'organisation. En effet, des salariés responsabilisés, directement détenteurs et bénéficiaires de

l'information, sont plus à même de prendre de bonnes décisions pour l'organisation que des managers mal informés (56).

De façon plus nuancée, les salariés sont considérés comme de véritables collaborateurs. Ikujiro Nonaka et Hirotaka Takeuchi (57) proposent ainsi un nouveau modèle de management qu'ils appellent «*management milieu-haut-bas*». En fait, le savoir viendrait de la base de l'entreprise –le centre opérationnel constitué des salariés-, et circulerait de façon horizontale, puis verticale –vers le sommet hiérarchique-, avant de revenir à la base –le centre opérationnel, réalisant une boucle qui permet à l'ensemble de l'organisation d'apprendre, d'après L.Welschbillig, ARS Ile-de-France. Dovey, dans la même lignée, décrit l'abandon d'une gestion autoritaire au profit d'un management «*démocratique* » et «*participatif* », fondé sur un contrat social explicitant les droits et devoirs des parties (58). Pour F. Beaujolin, la stratification verticale hiérarchique représente plus des niveaux temporels de décisions (immédiate, à long terme...) qu'un contrôle descendant (5).

Finalement, la hiérarchie a plus un rôle de *coaching*, de guidage ou *leadership*, de gestion des compétences et des savoirs (59) - «*knowledge management* » (60)- et d'accompagnement en matière de formation, que de contrôle des équipes. Nonaka, auteur cité précédemment, compare les managers à des «*ingénieurs de la connaissance* ».

Mais cette vision du management peut se heurter à certaines réalités.

Les travailleurs pourraient en effet soupçonner leur hiérarchie de chercher à les manipuler ou, plus simplement, se montrer septiques envers elle si une approche apprenante est tentée dans l'organisation (61). Au lieu d'un climat de coopération et de cohésion, il serait alors plus question d'hypocrisie, de mise en doute, de frilosité et de jeux tactiques de la part des acteurs, bien loin des valeurs de l'organisation apprenante (62).

d) Un travail par projets

Dans l'organisation apprenante, le travail est réparti par groupe-projet (5).

Le projet (63) déterminé par une équipe et un commanditaire, répond à des objectifs précis définis collectivement. Il présente une certaine souplesse et fait appel à la créativité des acteurs de l'organisation. Il requiert la participation de tous, permettant ainsi de décloisonner les différentes unités de l'organisation par un travail collaboratif. La créativité est nécessaire car le projet permet d'adapter en permanence l'activité de l'organisation à un environnement changeant. Le projet vise avant tout des résultats. Son aboutissement donne lieu à une évaluation faite avec tous les acteurs qui y ont participé. Soit le projet aboutit et les raisons de son succès sont finement étudiées, soit il n'aboutit pas et les raisons de son échec sont passées en revue collectivement. Le but est d'apprendre de ses réussites comme de ses échecs pour entrer dans le cercle vertueux de la réussite. L'organisation doit pour cela rendre compte des résultats du projet à chacun des protagonistes engagés dans la démarche afin que tous progressent, individuellement et collectivement. (64)

e) La place laissée à la créativité, l'esprit d'innovation

Les personnels disposent d'une certaine liberté d'action et de pensée, évoquée par la littérature sous le terme de « *créativité* » (Garvin, Harvard Business Revue juin-juillet 1993). L'organisation apprenante est comparée à « *un laboratoire d'expériences* », laissant une place à l'innovation et à la créativité des acteurs. (65) (27)

Mais il ne s'agit pas ici d'une créativité nourrissant des envies de fantaisie individuelle : cette créativité doit servir les intérêts de l'organisation, c'est-à-dire lui permettre de s'adapter à l'instabilité et aux mutations de l'environnement (37)

5.L'organisation apprenante : une organisation qui apprend de ses erreurs... et de ses succès.

L'organisation apprenante se distingue des organisations plus classiques par le fait qu'elle apprend beaucoup grâce à l'expérimentation, notion évoquée précédemment.

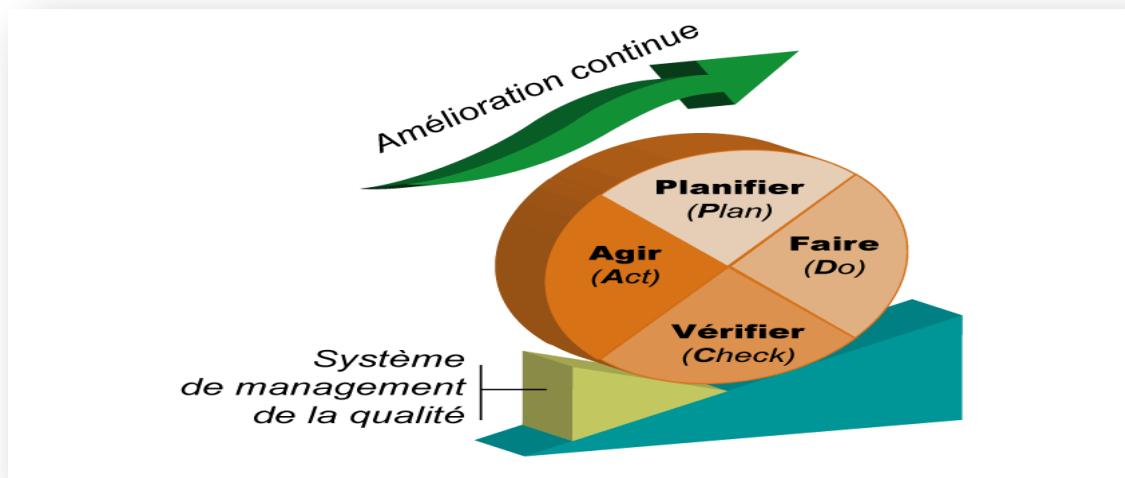
Si l'expérimentation inclut une recherche systématique de nouveaux savoirs (70), elle ne peut réellement induire de l'apprentissage que si elle est corrélée à une démarche de gestion de l'erreur et d'amélioration continue de la qualité et des risques au niveau de l'organisation, le but final recherché étant la performance et la sécurité. C'est l'idée que défend J-P Legault, directeur général du CSSS « Baie des Chaleurs » au Québec lors d'un colloque sur le développement organisationnel (66).

La notion de **travail prescrit et de travail réel** est capitale car tout l'enjeu d'une organisation apprenante est d'évaluer et de réduire l'écart entre **le prescrit** –ce qui est demandé ou recommandé- et **le réel** -ce qui est réellement fait-. (26) . Par ce processus d'évaluation, d'identification, d'analyse et de résolution des *écart*s –ou problèmes-, l'organisation peut prévenir l'erreur –**démarche à priori**-, ou encore la gérer –**démarche à posteriori**, comme le rappelle lHAS. L'erreur donne lieu à une analyse anonyme et multifactorielle de ses causes. Des actions correctrices sont ensuite mises en place et suivies dans le temps afin que l'erreur ne se reproduise pas. L'erreur est toujours gérée de façon constructive dans l'organisation apprenante ; on ne cherche jamais de coupable (67).

Ce concept de gestion de l'erreur et de démarche qualité a été développé par Deming (68) et utilisé par les entreprises japonaises, précurseurs en la matière, dans les années 1950. (69). L'efficacité du management par la qualité fut telle que ce type de management a été repris par la suite, au niveau international, par de nombreuses firmes dans des domaines aussi variés que l'industrie ou la santé et la gestion hospitalière, par exemple.

Les principes de management de la qualité se résument par « **la roue de Deming** ». Les points essentiels sont : PLAN-DO-CHECK-ACT.

Figure 10: Roue de DEMING (source : matbook.fr)



Les préoccupations quant à la qualité amènent à la culture du retour d'expérience, des cercles qualité et de l'évaluation plébiscitée par l'organisation apprenante. (26) (70)

Apprendre de ses erreurs sous-entend cependant qu'il faut savoir **désapprendre**. Le désapprentissage nécessite de passer outre les systèmes de défense catégoriels. Ces systèmes de défenses naissent notamment du conflit entre les théories d'usages affichés et les théories d'usage réelles : quand les différences sont trop grandes entre ces théories, cela conduit à la méfiance des acteurs et induit des résistances au changement. L'organisation préfère aussi parfois ne pas entrer dans une logique de changement qui pourrait l'anéantir ou la déstabiliser de manière irréversible. (5)

6. L'organisation apprenante : une organisation qui se souvient.

La capitalisation collective des connaissances de l'organisation sous forme d'écrits et bases de données est indispensable pour lutter contre les aléas liés à la simple transmission des expériences individuelles (71). En effet, les connaissances de l'organisation sont souvent tacites, immatérielles alors même qu'elles permettent

l'efficience de l'organisation. La mémoire collective fait donc appel à l'écrit, comme le dit si bien la très populaire maxime « *si les paroles s'envolent, seuls les écrits restent* ». Car si elle n'est portée que par un individu, qu'en est-il quand celui-ci quitte l'entreprise ? Tout le bénéfice des apprentissages est perdu pour l'organisation (35).

La mémoire collective joue également un rôle majeur dans la démarche d'amélioration continue. Pour tirer des enseignements de l'histoire et ne pas répéter les mêmes erreurs, parfois coûteuses, que par le passé, encore faut-il se souvenir de celles-ci. Les apprentissages organisationnels doivent être consignés.

Les écrits permettant de préserver la mémoire collective sont variés : citons les archives, les dossiers, les bases de données, les protocoles et procédures, les journaux internes, les rapports, les comptes rendus, les publications (26) (71).

Cependant, ces supports ont leurs limites, il est parfois impossible de tout notifier, et l'accès à certaines données peut être compliqué (72).

7. L'organisation apprenante : une organisation centrée sur l'individu

L'organisation apprenante place l'individu au cœur du système. (71) (73)

La vision holistique de l'organisation apprenante est directement en lien avec les besoins fondamentaux de l'homme décrits par Maslow (1954).

Les besoins sont hiérarchisés. Chaque individu agit de façon à satisfaire ses besoins. Dès qu'un besoin fondamental est satisfait (base de la pyramide), des besoins de niveau supérieur apparaissent et l'individu peut alors s'épanouir.

Pour s'épanouir au travail, l'individu doit d'abord évoluer dans un climat de confiance mutuelle. Cela répond à son besoin de sécurité.

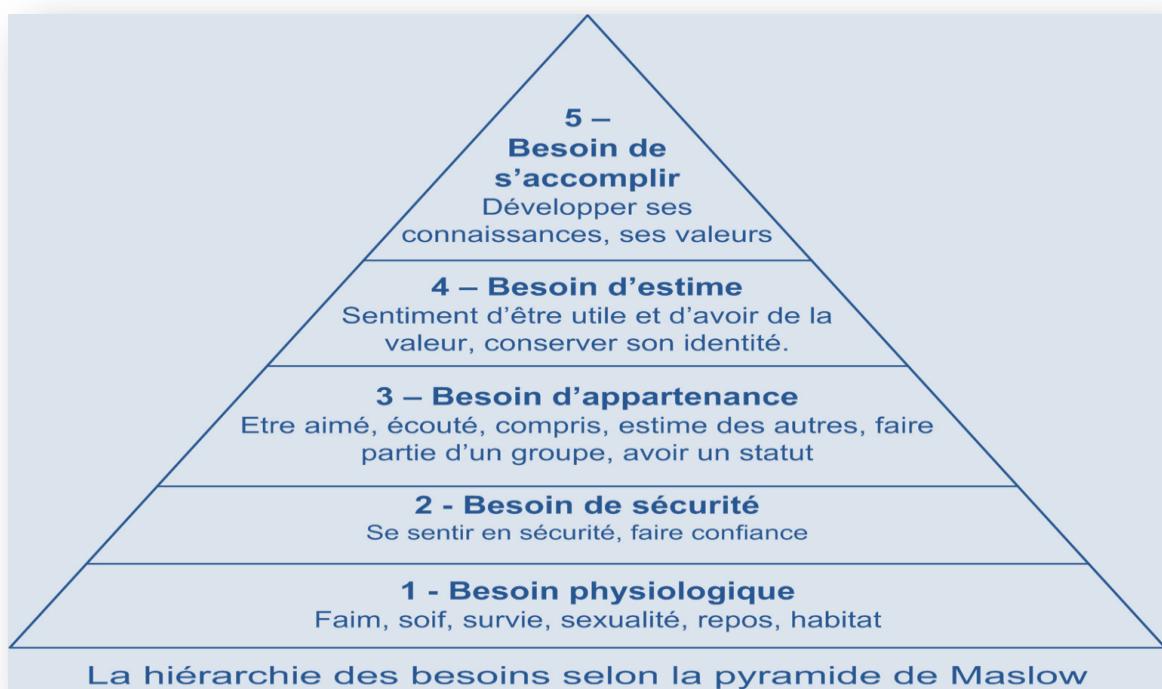
C'est à cette seule condition qu'il peut véritablement s'intégrer à un groupe et développer ses compétences. Par la suite, ses compétences, reconnues par le

groupe, amènent au sentiment d'appartenance. Partagé par l'ensemble des membres du groupe, ce sentiment permet l'efficience du groupe.

Par ailleurs, un individu qui se sent valorisé dans le groupe s'épanouira davantage et aura donc tendance à augmenter son degré d'implication et d'engagement personnel au travail, satisfaisant ainsi son besoin d'estime et d'utilité. C. Louche, professeur de psychologie sociale du travail à l'université, explique le lien existant entre l'implication au travail et l'estime de soi : « *l'implication au travail désigne la mesure dans laquelle la personne s'identifie avec son travail et dans laquelle ses performances au travail affectent son estime personnelle* » (74).

Le but ultime de l'organisation apprenante, dans sa vision holistique, est d'atteindre le sommet de la pyramide de Maslow, à savoir l'accomplissement personnel de chaque individu.

Figure 11: Pyramide de MASLOW (1954) et de la hiérarchisation des besoins fondamentaux de l'homme



Mais cette vision élevée peut être mise à mal par les réalités du terrain, ou, à l'inverse, permettre à l'organisation de gagner en compétitivité et efficience par l'engagement et le travail de ses membres.

Citons deux études qui illustrent cela :

- le Rapport national édité en 2004 (75) sur « *la santé, la satisfaction au travail et l'abandon du métier de soignant* » stipule que, malgré la fierté liée à la profession exercée (87% des réponses), les conditions de travail (manque de travail en équipe, soucis sur la qualité des soins, horaires, pénurie de personnel, pénibilité des tâches, salaire) et le sentiment de non-reconnaissance de l'implication des soignants envers leur métier ont une influence directe négative sur leur sentiment de bien-être et sur leur motivation au travail, ce qui se traduit par un désengagement vis-à-vis de l'institution (score d'implication des soignants de 60 % envers leur institution).
- le rapport IFOP 2008 intitulé « *baromètre du bien-être psychologique au travail* » (76) montre que le bien-être psychologique au travail permet notamment d'améliorer les relations internes et d'augmenter la compétitivité et la productivité de l'entreprise.

Selon certains auteurs, la notion de récompense -ou *commitment*- de l'implication au travail passe par des primes salariales (65) des bonus, quel que soit le niveau hiérarchique des acteurs. Ces primes constituent un système incitatif encourageant les prises de risques : “*Successful ongoing programs also require an incentive system that favor risk taking. Employees must feel that the benefits of experimentation exceeds the costs, otherwise, they will not participate*” (27). C'est l'ère de la rémunération basée sur une reconnaissance réelle des compétences (77).

La résultante attendue d'une organisation centrée sur l'individu serait le retour de l'individu sur l'organisation : « *Je me transforme moi-même pour transformer mon organisation. Mon organisation est une organisation vivante.* » (Organisation Dell publishing group First Editions)

8.L'organisation apprenante : une organisation évoluée (comparatif des modèles d'organisations)

La littérature distingue l'organisation apprenante d'autres modèles d'organisation.

Une organisation peut, suivant ses objectifs, être *formatrice*, *qualifiante*, *apprenante*, *professionnalisante*, *capacitante*, comme le rappelle G.Launay-Vacher (11).

L'organisation *formatrice* contribue simplement aux apprentissages formels individuels par le biais de formations intégrées au travail.

L'organisation *qualifiante* décrite par Philippe Zarifian (78) développe les connaissances et compétences individuelles et collectives par le biais de formations diplômantes ou qualifiantes.

L'organisation *apprenante* se place dans le prolongement des concepts d'organisation qualifiante et formatrice (79). Elle privilégie tous les apprentissages individuels et collectifs, le but étant de construire une compétence collective au service de l'organisation pour que cette dernière s'auto-améliore.

L'organisation *professionnalisante* est basée sur l'apprentissage expérientiel individuel et collectif. Elle amène à la professionnalisation des individus.

L'organisation *capacitante* développe les compétences individuelles et collectives ainsi que la capacité de chacun à « être capable de », autrement dit des « capacités » (*capabilities* en anglais). Ce concept a été décrit par Amartya Sen (prix Nobel d'économie en 1998). L'organisation capacitante vue par G. Launay-Vacher, ingénieur pédagogique directeur de l'Européenne de formation pour les pharmaciens, serait probablement la forme aboutie de l'organisation apprenante telle que cette dernière est envisagée dans la littérature.

9. Synthèse des caractéristiques de l'organisation apprenante

Tableau 2: synthèse des caractéristiques de l'organisation apprenante

Caractéristiques	Notions clés	Auteurs
Apprentissage : -permanent -au travail -en équipe	Apprentissages informels favorisés Apprentissage par l'expérimentation (learning by doing) encouragé Collaboration et cohésion des acteurs Implication de chacun, climat de confiance Vision partagée, objectifs communs Personnels compétents, responsables Notion d'excellence, de performance Cognition collective	Senge, Pedler, Burgoyne et Boydell, Le Bortef, Belet, Marquardt et Reynolds, Watkins et Marsick, Garvin
Flexibilité Adaptabilité Réactivité	Polyvalence des acteurs Communication en temps réel Frontières perméables entre les secteurs Rapports hiérarchiques horizontalisés, (milieu-bas-haut) Management par objectifs Gestion des compétences et des savoirs Esprit d'initiative, créativité, innovation Travail par projets, objectifs de résultats	Senge, Le Bortef, Carré Pedler, Burgoyne et Boydell, Leonard-Barton, Belet, Nonoaka
Apprentissage grâce aux erreurs et grâce aux succès	Réflexivité, vision globale Gestion de la qualité et des risques Gestion de l'erreur constructive (détection, correction) Pratique de l'évaluation Absence de résistance au changement Capacité à désapprendre	Senge, Garvin Argyris et Schön, Watkins
Mémoire collective	Ecrits formalisés : protocoles, bases de données, procédures écrites, recommandations, guidelines, publications, archives	Koenig
Dimension holistique	Motivation, développement personnel, valorisation, récompense, bien-être	Pedler, Burgoyne et Boydell, Leonard-Barton

Tableau 3: 11 caractéristiques de l'organisation apprenante ("the Learning-company", 1997 selon Pedler et Boydell)

Les 11 caractéristiques de l'organisation apprenante selon Pedler, Burgoyne et Boydell (« the Learning company », 1997)

- 1. La définition de la stratégie s'appuie sur l'expérimentation et l'apprentissage**
- 2. La prise de décision est basée sur une approche participative**
- 3. Le système d'information favorise la compréhension de la situation, la responsabilisation et l'initiative.**
- 4. Le controlling et la comptabilité renseignent sur les performances et permettent de comprendre les mécanismes économiques et financiers**
- 5. les échanges internes entre unités sont favorisés**
- 6. Les structures de l'entreprise favorisent la responsabilisation et l'apprentissage**
- 7. la rémunération est flexible et récompense les performances dans le sens des valeurs et objectifs définis**
- 8. Les informations sur la marché et l'environnement sont récoltées par les collaborateurs du front et transmises dans l'organisation**
- 9. l'apprentissage se fait aussi par des échanges entre entreprises**
- 10. L'entreprise favorise un climat d'apprentissage et d'expérimentation**
- 11. Chacun dispose dans l'entreprise de possibilités d'auto-développement »**

Tableau 4: 5 points cruciaux pour être une organisation apprenante (selon Peter Senge)

Synthèse : 5 points cruciaux pour être une organisation apprenante selon SENGE

1 team learning : apprentissage en équipe, apprentissage continu, mise à jour des connaissances, confrontation des idées en groupe avec possibilité de critique

2 shared vision : vision commune, objectifs élevés et clairs,

3 mental models : modèles mentaux, pensée systématique, capacité à gérer le changement

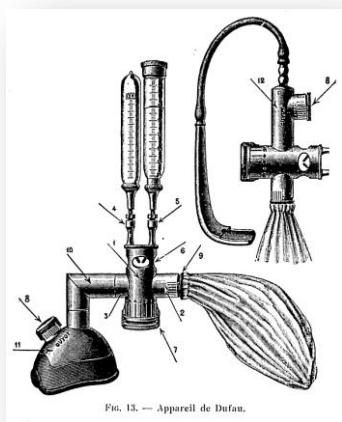
4 personal mastery : norme d'excellence, membres de l'équipe qualifiés, compétents donc sûres

5 systems thinking : structure axée sur les résultats, promouvoir la qualité, apprendre

B. Le Département d'Anesthésie

1. Un peu d'histoire...

Figure 12: appareil de Dufau (1929)



Avant que l'anesthésie en tant que spécialité n'existe, la bonne pratique de la chirurgie consistait à être rapide et à avoir une bonne dextérité pour limiter la durée de l'intervention chez les patients. Ce n'est en fait qu'au milieu du XIX siècle qu'on commence à parler véritablement d'anesthésie avec la prise en compte de la douleur liée directement à l'acte opératoire.

En 1842 Williamson Crawford utilise un mouchoir imbibé d'éther pour procéder à l'ablation d'un kyste chez un ami ; il sera accusé par ses pairs d'être « diabolique ». Le dentiste Horace Wells, quant à lui,

essaye en 1844 du protoxyde d'azote pour s'extraire lui-même une dent. Convaincu par la fiabilité de ce produit, il veut en démontrer l'efficacité devant l'académie de médecine et en public. La démonstration réalisée est un échec cuisant : au moment de l'extraction dentaire, le patient se réveille en hurlant.

Il faut attendre le 16 octobre 1846 pour que le dentiste William Morton, ancien collaborateur d'Horace Wells, démontre l'efficacité de son anesthésie sous éther. Il réalise ce type d'anesthésie pour permettre au professeur Warren, qui jouera un rôle essentiel dans la diffusion au niveau mondial de cette nouvelle méthode d'anesthésie, de pratiquer l'ablation d'une tumeur vasculaire. C'est le début de l'anesthésie moderne et la consécration mondiale pour lui. (80)

En France, la première intervention sous anesthésie est réalisée 66 jours après l'exploit de Norton. En Angleterre, dès 1847, le docteur James Young fait des accouchements sous anesthésie. Mais ce n'est qu'à la suite de l'accouchement sans

douleur de la reine Victoria, sous anesthésie, le 7 avril 1853, que cette pratique se démocratise en Angleterre.

Malgré ses débuts prometteurs, l'anesthésie n'est pas sans danger. La mortalité sous « anesthésie-chirurgicale » est de 50%. Probablement à cause de la complexification des interventions ou l'abord de nouveaux territoires tels que le système digestif.

En France, de nombreuses interrogations quant à la dangerosité de l'éther et du chloroforme se posent en 1848 avec le décès d'une jeune fille lors d'une simple intervention pour tumeur sur la cuisse : l'anesthésie ne doit-elle pas être réservée seulement aux cas extrêmes ? La douleur n'est-elle pas utile ? En dépit de ces questionnements, beaucoup voient en l'anesthésie l'un des plus grands progrès du siècle.

L'histoire de l'anesthésie est ensuite marquée par les leçons tirées des incidents et accidents liés à sa mise en œuvre. De nombreuses découvertes et avancées permettent d'améliorer la qualité de la prise en charge anesthésique : prise en compte de l'asepsie, amélioration de l'anesthésie par inhalation avec la mise au point de nouveaux agents, redécouverte d'anciens agents comme le protoxyde d'azote et abandon d'agents tels que l'éther ou le chloroforme (81), anesthésie locorégionale et intraveineuse avec la découverte des barbituriques en 1903 et des curares en 1942 (82).

Malgré les progrès réalisés, l'anesthésie en France n'est toujours pas reconnue comme spécialité à part entière. L'anesthésie est réalisée par les chirurgiens avec l'aide d'aides-opératoires, d'infirmiers non spécialisés, d'externes en médecine (80) ; parfois ce sont même des bonne-sœurs, les épouses ou encore les chauffeurs des chirurgiens qui endorment les patients. (83)

En France, la « *société d'étude sur l'anesthésie et l'analgésie* » n'est créée qu'en 1934. Mais elle ne comprend que des chirurgiens. Il faut attendre 1945 et la fin de la seconde guerre mondiale pour pouvoir profiter de l'organisation anglo-saxonne et voir la création du premier service d'anesthésie grâce aux précurseurs que sont les

docteurs Bauman et Kern entre autres. Ils feront de ce premier service un véritable centre d'enseignement et de recherche. (84)

En 1951, des médecins adjoints sont chargés d'organiser l'anesthésie dans les hôpitaux ; cependant, ces médecins restent sous la responsabilité du chirurgien.

Il faudra attendre 1957 avec la création de la société française d'anesthésie d'analgesie et de réanimation (SFAAR) pour que l'anesthésie devienne un service à part entière, au service de la chirurgie. La réforme Debré et le décret de 1958 entérineront la création des centres hospitalo-universitaires dont l'objectif est l'enseignement et, en 1960, celle des départements d'anesthésie, souvent couplés avec la réanimation. Cela sera l'avènement d'une organisation qui a réussi à s'autonomiser par rapport à la chirurgie.

Le département d'anesthésie-réanimation est donc devenu une organisation à part entière. (85)

2. Activités du département d'anesthésie

a) L'anesthésie, une spécialité... au service des autres !

Au sein de l'organisation hospitalière, la première mission des départements d'anesthésie nous apparaît être transversale. En effet, les départements d'anesthésie sont souvent présentés comme des « prestataires » au service de la chirurgie, de l'obstétrique et de la radiologie.

Les départements d'anesthésie ont par ailleurs des missions plus générales qui s'inscrivent dans la continuité de celles incombant aux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et dans celle du projet de soins global défini pour chaque établissement (86) :

- enseignement et formation, développement des compétences
- sécurité, qualité et réduction des risques et complications (morbi-mortalité)
- recherche et innovation, publication

b) L'activité de formation

Dans le département d'anesthésie, l'activité de formation comprend les **formations présentielle**s. Celles-ci, formelles, sont sanctionnées par une attestation de présence ou un diplôme. Elles peuvent correspondre à des cours internes ou extérieurs, faits par des anesthésistes du service, des intervenants extérieurs. Ces cours peuvent être suivis à la faculté dans le cadre de partenariats. La formation présentielle regroupe également la participation aux différents congrès ou séminaires professionnels.

Ensuite, on a toutes les activités permettant aux professionnels de se former de façon plus informelle, comme le staff par exemple.

Le staff est un moment privilégié pour les apprentissages informels. Il est d'ailleurs inscrit dans les activités d'acquisition ou de perfectionnement des connaissances listées par l'HAS.

L'analyse collective de situations réelles en regard de la bibliographie médicale récente permet à tous d'actualiser ses connaissances. Les staffs sont organisés régulièrement et sont ouverts à tous les personnels du secteur concerné. Ils peuvent aussi être pluridisciplinaires, permettant ainsi un plus large partage d'informations. Ils sont animés par les médecins du service, qui font office de modérateurs, ou par les internes –on parle alors de « staffs juniors »-. Le staff peut aussi être l'occasion de faire des revues de bibliographie avec analyse critique d'articles.

Cependant, s'il est vrai que les staffs sont très formateurs (87), ils ne peuvent pour autant se substituer aux formations classiques.

Les formations peuvent également se faire à **distance**, grâce à l'abonnement à des revues professionnelles ou grâce au *e-learning* (apprentissage en ligne), nouveau mode d'apprentissage utilisant le numérique. (88)

Avec l'utilisation des multimédias se développent, des réseaux ayant pour but la formation des professionnels d'anesthésie et le partage de connaissances : des plateformes web permettent d'assister en direct et en temps réel à des conférences ou des interventions chirurgicales ayant parfois lieu à l'autre bout de la planète. On

peut citer ici l'exemple de la plateforme web de chirurgie thoracique de l'hôpital Tenon (AP-HP).

Les formations sont dispensées selon des modalités parfois innovantes telles que la **simulation** (89), à l'instar de l'aéronautique. C'est une formation pratique qui met en situation clinique « réelle » - on parle « *d'immersion clinique* »- les professionnels, au sein d'un hôpital virtuel. La mise en situation est filmée et suivie d'un debriefing, avec des formateurs. Ainsi, les professionnels développent leurs compétences, notamment dans la gestion de situations rares ou à risques (90). Mais ce type de formation reste onéreux, et très peu de centres les proposent (8 en France).

L'activité de formation englobe aussi **l'accueil et l'encadrement** des élèves. Rappelons que cela correspond à la vocation première des hôpitaux dits « universitaires ». A ce titre, le tutorat et le compagnonnage des stagiaires sont des pratiques courantes voire institutionnalisées dans ces structures.

c) L'activité d'analyse de pratique

Souvent comparée à l'aéronautique en raison de ses nombreuses similitudes, l'anesthésie-réanimation est une spécialité considérée à risques, tout comme la gynécologie-obstétrique, la chirurgie, les spécialités interventionnelles telles que la cardiologie ou les activités d'échographie obstétricale, de réanimation ou de soins intensifs. L'un des textes majeurs de la spécialité est d'ailleurs le décret du 5 décembre 1994 sur la sécurité en anesthésie.

La procédure de certification (autrefois nommée « accréditation ») entérinée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et à la Haute Autorité de Santé, avec sa version v2010 (remplacée par la V2014), rend obligatoire l'analyse de pratiques en anesthésie et autres spécialités dites à risques, selon le décret n°2006-909 du 21 juillet 2006.

L'analyse des pratiques est basée sur les bonnes pratiques professionnelles qui sont le reflet de l'état de l'art à un moment donné. En anesthésie, ce sont les

recommandations d'experts de la SFAR (Société Française d'Anesthésie-Réanimation) qui font foi.

L'activité d'analyse de pratique regroupe la déclaration et l'analyse des événements porteurs de risques (EPR) ainsi que les RMM (Revues Morbi-Mortalité), les staffs, les EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles). Elle est indispensable pour assurer la qualité des soins. En effet plusieurs études ont montré que la moitié des professionnels, quelle que soit leur spécialité, avaient des pratiques ne respectant pas les recommandations formalisées d'experts (91).

Voici maintenant un cours descriptif des activités d'analyse de pratique en anesthésie :

- Les RMM (Revues de morbidité et de mortalité)

Selon le guide méthodologique élaboré en 2009 par la Haute Autorité de Santé, la 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, qui a pour objectifs la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge du patient et la sécurité des soins* ». Il s'agit d'une démarche réflexive collective où chacun est impliqué. Le but est d'apprendre et de progresser ensemble grâce à l'analyse de cas réels pour lesquels sont survenues des complications réelles, ou des cas pour lesquels ce genre de complication a été évité de justesse (notion de presque-accident). Pour ce faire, les RMM s'appuient sur les registres de déclarations d'évènements indésirables. (92)

L'HAS préconise l'organisation de RMM par secteurs d'activités sur chaque établissement de santé. Réalisée selon une procédure écrite propre à chaque secteur, elle valorise le rôle joué par les responsables des différents secteurs d'activité dans l'implication et la motivation de leurs équipes. Chaque secteur désigne un responsable de RMM, en général un médecin expérimenté et volontaire. Les RMM se font selon une procédure écrite propre à chaque secteur. Chacune donne lieu à un compte-rendu écrit et archivé. Tous les ans, un bilan d'activité de la RMM est réalisé. Obligatoire en anesthésie-réanimation, en cancérologie et en chirurgie, la RMM est seulement recommandée pour les autres spécialités.

Les RMM sont d'abord destinées aux médecins mais pas seulement : les paramédicaux y ont aussi leur place. Parfois, des praticiens extérieurs y sont conviés et leur expertise est alors mise à profit.

Ainsi les RMM peuvent apparaître comme un lieu privilégié d'apprentissage. Dans certains pays, elles font même partie intégrante du cursus de formation obligatoire pour les chirurgiens, anesthésistes et réanimateurs. Dès leur transmission aux collèges des bonnes pratiques des différentes spécialités, elles servent à l'élaboration de recommandations formalisées d'experts.

- L'activité d'analyse de pratiques est également faite au travers d'autres réunions tout aussi formalisées que les RMM.

Ces réunions peuvent être des réunions de service, de pôles, d'unités, de secteurs d'activité, des études ou analyses de cas, des groupes evidence based medicine meetings, des GAPP (groupes d'analyse de pratiques entre pairs), des groupes d'échanges et d'analyse de pratiques (GEAP). Les professionnels parlent communément de « staffs » pour désigner l'ensemble de ces réunions.

Selon l'HAS, le staff est « *un groupe de professionnels (le plus souvent une dizaine) qui se réunit régulièrement pour analyser des situations cliniques rencontrées dans leur pratique. A partir des problèmes soulevés ou des questions identifiées, les données de la littérature sont prises en compte. Une posture réflexive est alors adoptée permettant d'établir une liaison entre savoirs et actions afin d'intégrer les savoirs dans la pratique professionnelle. La « pratique réflexive » amène le professionnel à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive tout en créant des liens avec les connaissances (scientifiques ou autres) pour analyser l'action pendant qu'elle se déroule ou après qu'elle se soit déroulée.* » (87)

d) L'activité de recherche et publication

- **L'activité de recherche** est un élément incontournable en anesthésie. Elle vise l'amélioration de la qualité des soins donnés au patient en développant les connaissances et les pratiques.

Longtemps réservée aux médecins, elle s'est récemment inscrite dans la branche paramédicale avec la mise en place en 2010 des programmes de recherche infirmière, puis des PHRIP en 2013. Ces Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière et Paramédicale permettent de financer des projets de recherche sur une durée de 3 ans. (93) La recherche paramédicale est d'ailleurs inscrite, à l'AP-HP, dans le projet de soins 2010-2014 « Formation-compétences-métiers-recherche ».

Cependant, la recherche infirmière en anesthésie est encore actuellement encore pauvre, même si elle tend à se développer avec la masterisation des études et la mise en place, sur certains sites comme l'hôpital Lariboisière (AP-HP), d'un infirmier anesthésiste dédié à la recherche. Rappelons que la participation de l'infirmier à de la recherche est inscrite au code de la santé publique : « *Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants (...) Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire* » (Article R4311-15).

- **L'activité de publication** est dans la continuité de l'activité de recherche. Les départements d'anesthésie sont très productifs en matière de publications scientifiques.

3. Radiographie du département d'anesthésie

a) Le département d'anesthésie : une organisation

L'organisation est définie comme un regroupement d'individus autour d'un projet commun dont la réalisation passe par ce que l'on nomme l' « *action organisée* ». Celle-ci nécessite la coopération des acteurs, un fonctionnement dicté par la structuration de l'action c'est-à-dire l'existence d'une division des tâches, d'une hiérarchie, de règles officielles ou procédures et une certaine stabilité dans le temps. C'est en cela qu'elle se différencie d'une collectivité : « *l'organisation est un lieu de contrainte psychologique, d'adhésion et de soumission : ce sont ces processus aussi qui font passer du groupe informe à l'ensemble organisé.* » (94)

Organisation = structure X hommes

Louche C, professeur de psychologie sociale du travail et des organisations, (74) rappelle que différentes variables définissent la structure d'une organisation : le degré de spécialisation (réflète une division poussée du travail), de standardisation (existence de procédures), de formalisation (consignation écrite de ces procédures), de centralisation-décentralisation (répartition du pouvoir), le critère de regroupement des individus (selon leur fonction), la taille des unités constituées et la hauteur de la pyramide hiérarchique.

Mintzberg énumère cinq éléments structurant une organisation(9), à la lumière desquels on peut décrypter la structure du département d'anesthésie.

- *le centre opérationnel* : véritable base de l'organisation constituée par les opérateurs c'est-à-dire ceux qui exécutent les tâches selon un degré de standardisation variable. Au sein du département d'anesthésie, les acteurs seraient les médecins anesthésistes, les infirmiers anesthésistes, les infirmiers de salle de réveil et les aides-soignants ou « garçons de bloc ».

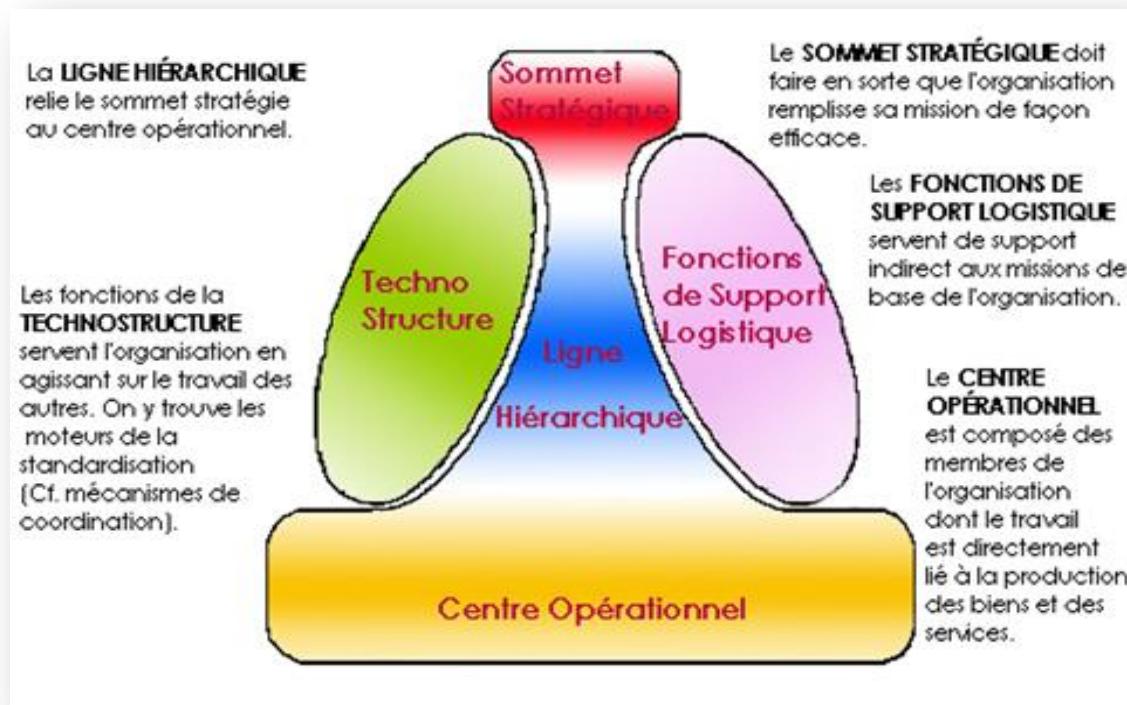
- *le sommet stratégique* : ce sont les dirigeants de l'organisation. Ils ont un rôle de supervision, de développement de la stratégie, et de médiation avec l'environnement extérieur. Ils ont une vision abstraite de l'organisation, ce sont eux qui la « pensent ». Au sein du département d'anesthésie, les acteurs seraient le cadre supérieur infirmier anesthésiste, le chef de service et ses adjoints.

- *la ligne hiérarchique* : elle relie le centre opérationnel et le sommet hiérarchique. Ce sont les membres de l'encadrement intermédiaire. Ils assurent la liaison entre le sommet hiérarchique et le centre opérationnel et sont garants de la coordination entre leurs unités et le reste de l'organisation. Au sein du département d'anesthésie, elle serait constituée du cadre infirmier de salle de réveil et du cadre infirmier anesthésiste –ou faisant fonction de cadre.

- *la technostructure* : elle est constituée des techniciens, spécialistes et analystes-contrôleurs qui, par leur collaboration avec la base opérationnelle, permettent à la structure de fonctionner correctement. Par ailleurs, ils participent aux prises de décisions collectives et permettent l'élaboration de standards de travail, la gestion des ressources. Grâce à eux, l'organisation peut s'adapter à l'environnement et au changement. Ils sont une aide précieuse pour le sommet stratégique. Au sein du département d'anesthésie, cela regrouperait les laboratoires, la pharmacie, la stérilisation, la radiologie, le service informatique, la cellule qualité.

- *les fonctionnels de support logistique* : ils existent à tous les niveaux de la hiérarchie mais sont organisés de façon indépendante. Leur mission est le soutien logistique et administratif de toute l'organisation. Au sein du département d'anesthésie, les acteurs seraient les logisticiens, les administratifs (secrétaires), le service de maintenance (service biomédical), la blanchisserie, le service de restauration.

Figure 13: organisation selon Mintzberg (réalisé par Yannick Primel)



b) Le département d'anesthésie : une organisation dans des organisations... ou le jeu des poupées russes

Pour bien comprendre la structure du département d'anesthésie, il convient de refaire un point sur celle de l'hôpital.

L'**organisation hospitalière** est un système complexe qui répond au schéma de l'*organisation traditionnelle* telle qu'elle est décrite par la littérature (5). Au niveau national, elle est placée sous l'égide du ministère de la Santé. Au niveau local, c'est le directeur hospitalier et la direction des soins qui sont responsables de l'organisation. Le travail est organisé par spécialités (les services) elles-mêmes regroupées par pôles d'activités depuis 2009 avec la loi de réforme hospitalière.

Au niveau de l'hôpital, le bon fonctionnement général est garanti par la collaboration inter-pôles. Le bon fonctionnement de chaque pôle implique à son tour que des services parfois totalement indépendants travaillent ensemble. La division

horizontale est donc forte, la structure hospitalière très compartimentée et divisée en silos, ce que confirme Mme Welschbillig, chef de projet à l'ARS Ile-de-France. L'existence de ces nombreux silos pourrait nuire au transfert inter-structurel. En effet, les silos auraient tendance à communiquer peu -ou mal- entre eux. L'information circuleraient finalement de façon plus verticale, d'autant plus que les décisions stratégiques et opérationnelles sont centralisées. (95)

L'organisation hospitalière est d'autant plus complexe que, dans chaque service se côtoient plusieurs catégories de personnels. Chaque corps de métier -médical, paramédical, administratif et logistique -dépend d'une hiérarchie qui lui est propre et qui s'étage sur des niveaux démultipliés, comme le montrent les organigrammes hospitaliers. Par exemple, on a l'aide-soignant, l'infirmier, le cadre infirmier, le cadre supérieur infirmer, le cadre de pôle, le directeur des soins, le directeur de l'hôpital pour la branche paramédicale. Le contrôle hiérarchique et fonctionnel est par ailleurs très marqué ce qui n'est pas sans rappeler le modèle taylorien.

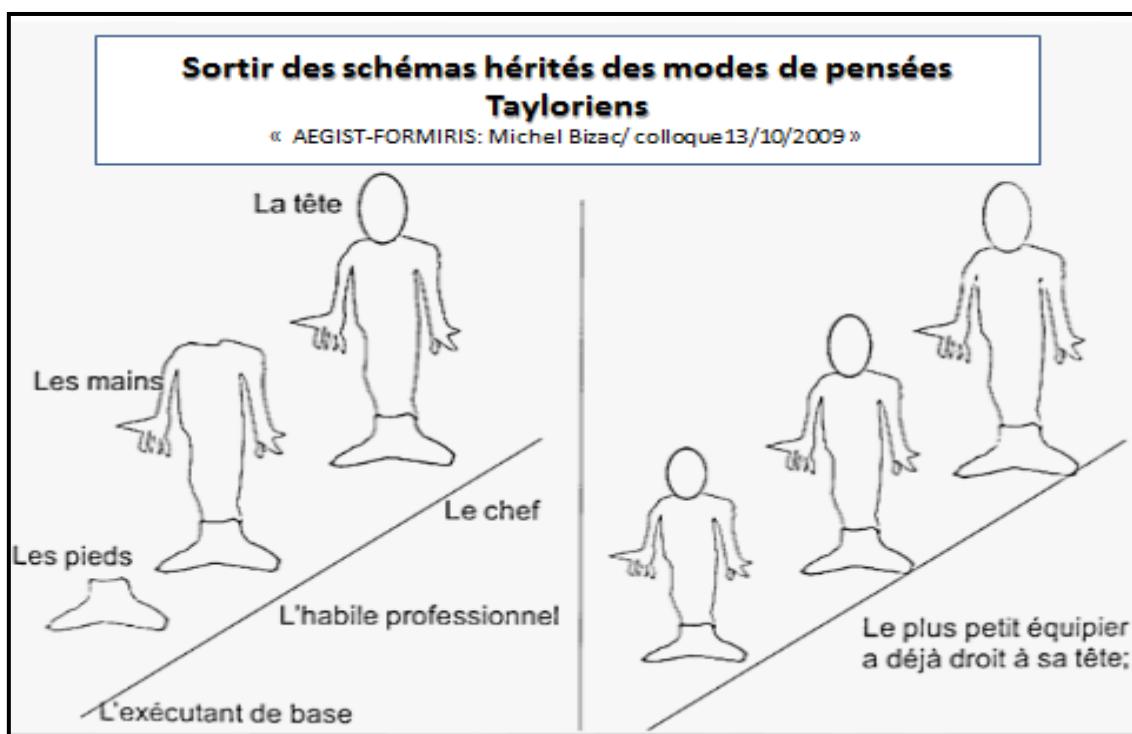
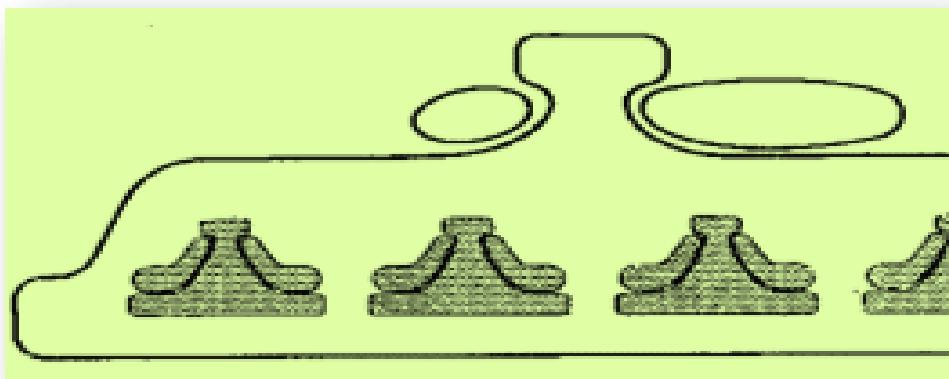


Figure 14:sortir des schémas hérités des modes de pensées Tayloriens

Tous ces éléments rapprochent l'hôpital du schéma de *bureaucratie professionnelle* décrit par Mintzberg (9). Ce modèle correspond à une configuration où la division du

travail sur le plan horizontal est très forte en raison du haut degré de spécialisation des acteurs ; cette spécialisation poussée explique que les tâches ne puissent être que partiellement standardisées.

Figure 15: complexité de l'organisation hospitalière (démultiplication de l'organisation de Mintzberg)



Le département d'anesthésie, intégré à un pôle d'activités dont la composition est variable d'un hôpital à l'autre, présente les mêmes caractéristiques que celles décrites précédemment pour l'organisation hospitalière : division marquée du travail et hiérarchie à étages multiples pour chaque corps de métier.

A l'heure actuelle, et de façon plus ou moins constante, les départements d'anesthésie regroupent l'anesthésie (bloc), la prise en charge post-opératoire immédiate (Salle de Surveillance Post-Interventionnelle), la prise en charge de la douleur (équipe douleur), plus ou moins la réanimation chirurgicale ou unités de soins continus spécialisés et/ou le pré-hospitalier (Service Médical d'Urgence et de Réanimation).

c) Le département d'anesthésie : dans l'ombre de la chirurgie ?

La répartition réelle du pouvoir diffèrera probablement de celle qui est affichée par les organigrammes hospitaliers. De façon générale, elle serait en fait bicéphale : d'un côté, on aurait les lignes formelles hiérarchiques, de l'autre les lignes informelles.

Concernant le département d'anesthésie, le pouvoir opérationnel réel reviendrait plus aux chirurgiens qu'aux anesthésistes, au chef de pôle et au chef d'établissement plus qu'au chef du département d'anesthésie. Les chirurgiens auraient même un poids décisionnel presque aussi important que celui du chef de pôle. La raison serait que les bénéfices faits par l'hôpital et le pôle viendraient en majeure partie des actes chirurgicaux , très bien côtés, avec la mise en place, en 2004, de la tarification à l'activité appelée T2A dans le cadre du plan hôpital 2007 (96). La tarification à l'activité est définie par avance, pour chaque acte, au travers de Groupes Homogènes de Malades (GHM), plutôt que par spécialité. Ainsi, l'hôpital n'est pas rémunéré pour un patient hospitalisé en orthopédie, mais pour la pose d'une prothèse de hanche. (97)

Les actes anesthésiques sont classés par la T2A dans la catégorie « **activité obligatoire ou complémentaire d'un acte en général chirurgical** » (« activité 4 ») ou « **acte sans anesthésie obligatoire** » (« activité 1 ») comme les poses de cathéters veineux centraux. Ces actes sont bien moins côtés que les actes chirurgicaux, et, de façon générale, l'anesthésie est plus appréhendée comme générant des coûts importants pour l'hôpital plutôt que des bénéfices. Le département d'anesthésie a donc plus une fonction de support. Il serait en partie soumis, pour ces raisons, aux décisions chirurgicales (98).

d) Les professionnels du département d'anesthésie

Nous retiendrons ici les médecins anesthésistes-réanimateurs, les infirmières anesthésistes, et l'encadrement (chefs de service et cadres paramédicaux).

d.1 Se former continuellement, une nécessité pour les professionnels en anesthésie ?

« *Nous savons déjà que les connaissances dans un domaine particulier doubleront tous les six ou sept ans et que les connaissances scientifiques doubleront tous les deux ans, ce qui sous-entend qu'un professionnel sera dépassé cinq ans après avoir*

terminé sa formation s'il n'entre pas dans un processus d'apprentissage à vie. » (Myriam et Caffarella, 1991)

« L'acquisition d'une compétence nouvelle est un processus réversible. Ce qui a été appris peut être difficile à mobiliser ou tout bonnement oublié » (35). Cela est confirmé par une étude anglaise récente traitant de l'obsolescence rapide des connaissances, en médecine (99).

La formation des professionnels d'anesthésie est donc indispensable. Elle commence par la formation initiale et doit se poursuivre dans le cadre de la formation continue selon le Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

De façon générale, la formation continue représente 2,7% de la masse salariale, au minimum, pour l'hôpital dans son ensemble. Sur ces 2,7% fixés par la législation, 2,1% de la masse salariale sont consacrés au plan de formation pour l'hôpital et 0,6% à la formation médicale et paramédicale (promotions professionnelles).

A l'AP-HP (100), elle représentait, à titre indicatif, bien plus que le taux minimum fixé, soit environ 5,8% en 2011 contre 3,7% en 2012 (hors personnel médical). La durée moyenne de formation par agent était en 2012 de 2,4 jours par agent formé (hors promotions professionnelles) et près de 65% des effectifs ont bénéficié d'au moins une formation cette année-là. 40% des formations réalisées étaient liées au projet médical et de soins. La qualité et la gestion des risques ont représenté 15% des actions de formation.

Cela montre que malgré les contraintes économiques et les restrictions budgétaires actuelles, de nombreux groupements hospitaliers ont fait le choix d'intégrer la formation des personnels à leur stratégie de gestion de la qualité et de la sécurité des soins. C'est ce que rappelle l'HAS : « *L'objectif (est de) comprendre que la conduite du changement en matière de culture de sécurité ne peut se faire sans actions de formations soutenues.* » (101)

Par ailleurs, cela constitue un atout majeur en matière d'attractivité de la structure, pour les personnels.

d.2 Cadre réglementaire concernant la formation des professionnels d'anesthésie

La formation des professionnels d'anesthésie est réglementée par plusieurs textes.

d.2(1) Formation initiale

- Anesthésistes et infirmiers anesthésistes :

Les étudiants en médecine, à la différence des étudiants infirmiers anesthésistes, sont très tôt sensibilisés à la lecture critique de bibliographies, à la production de publications et à la recherche. Mais cela tend à changer pour les infirmiers anesthésistes, avec l'universitarisation des études. La nouvelle formation (sanctionnée par l'Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste) intègre ainsi un stage recherche, une initiation à la lecture critique d'article, de l'anglais et une sensibilisation vis-à-vis de la publication avec la production d'un travail de fin d'études dont la méthodologie est la même que celle utilisée pour construire les articles médicaux.

Par ailleurs, les internes doivent participer régulièrement aux staffs pendant leurs stages cliniques, ce qui n'est pas le cas pour les étudiants infirmiers anesthésistes.

- L'encadrement (cadres et chefs de service) :

- **Les cadres de santé** suivent généralement une formation, selon le décret du 18 août 1995 relatif à la formation des cadres en santé, de 42 semaines en alternance. Répartie sur 24 semaines de cours théoriques et 15 semaines de stage, le reste correspondant à du temps de travail personnel ou des congés). Lors de leur formation, les étudiants cadres peuvent valider des ECTS leur donnant accès à certains masters qu'ils peuvent poursuivre ensuite s'ils le désirent, comme par exemple le master en économie de la santé et politiques sociales. Sont notamment abordées pendant la formation les fonctions d'encadrement, de formation, d'analyse des pratiques, et une initiation à la recherche est effectuée.

- **Les chefs de service** (102) ne suivent pas de formation obligatoire sanctionnée par un diplôme, pour accéder au poste. Compétents dans leur spécialité, présentant des qualités telles que la rigueur, la créativité, l'innovation et une grande capacité d'analyse, ils sont nommés et reconnus par leurs pairs (médecins de la spécialité et professeurs d'université). Tous les 5 ans, ils présentent un bilan d'activité et voient leur nomination renouvelée.

Avec la réforme de l'organisation hospitalière en pôles, les compétences en gestion et management sont plus qu'essentielles, à tel point que certains hôpitaux organisent des formations pour les aider dans l'exercice de leur fonction de chef de service.

La formation initiale des professionnels d'anesthésie doit pouvoir être complétée par la formation continue.

d.2(2) Formation continue

La formation continue des professionnels d'anesthésie est, tout comme la formation initiale, très réglementée. Plusieurs textes ont retenu notre attention,

- la loi n°2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social, instaure notamment le DIF (Droit Individuel à la Formation) (103). Ce droit individuel à la formation appartient à tout salarié, en accord avec l'employeur ; il permet à tout salarié de constituer un crédit d'heures de formation (20h/an) cumulable sur 6 ans (120h maximum), sous forme d'un compte personnel à la formation ouvert dès l'accès au travail (prise de poste). Cela est repris dans le Code du travail du 14 juin 2013, articles L6323-1 à L6323-20 et D. 6323-1 à D 6323-3.

- le décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV) des agents de la fonction publique hospitalière rappelle notamment que l'agent bénéficie chaque année d'un entretien de formation avec son supérieur hiérarchique, à l'occasion duquel sont examinés un besoin ou une demande de formation (article 4). Le décret fixe également les modalités du plan de formation mis en place par chaque établissement ainsi que celle du DIF dans la fonction publique hospitalière.

- L'article 59 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » dite « Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) » réunit en un seul dispositif la Formation continue (FC) et l'Evaluation des pratiques professionnelles (EPP). On parle maintenant de DPC (Développement Professionnel Continu).

Le DPC est une démarche innovante au service des patients (104).

Ses objectifs sont « *l'analyse et l'évaluation des pratiques professionnelles, l'acquisition et le perfectionnement de connaissances ou de compétences, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé* ». (105)

Le DPC officiellement entré en vigueur le 1er janvier 2012 avec la publication au Journal officiel du décret 2011-2113 du 30 décembre 2011, constitue une obligation pour tous les professionnels de santé, dans le cadre d'une démarche individuelle et permanente. Il implique de participer chaque année à un programme de formation conformes aux orientations nationales et proposé par des organismes de développement professionnel continu. Ces programmes et leurs modalités sont validés par la HAS (106).

Dans les faits, le dispositif est en place et opérationnel depuis le 01 janvier 2013.

Il y est stipulé que le contrôle du DPC sera effectué par l'autorité compétente (le Conseil départemental de l'ordre des médecins ou l'ARS pour les infirmières), au moins une fois tous les cinq ans, sur la base des attestations transmises par les organismes de développement professionnel continu (ou du diplôme universitaire obtenu). L'autorité compétente (le conseil de l'ordre des médecins ou l'ARS pour les infirmiers) peut demander au professionnel concerné de mettre en place un plan annuel personnalisé de développement professionnel continu. L'absence de mise en œuvre de ce plan par le professionnel est susceptible de constituer un cas d'insuffisance professionnelle (sanctionnée par le conseil de l'ordre pour les médecins ou l'ARS pour les infirmiers).

- le décret n°2004-11-28-802 du 29 juillet 2004 relatif à la profession d'infirmier(e) réitère l'obligation, pour les infirmières, d' « actualiser et de perfectionner ses connaissances pour garantir la qualité des soins et la sécurité du patient » (article R4312-10 du Code de la santé publique) à l'instar du Code de déontologie médicale (intégré au Code de la Santé Publique article R.4127-11 et modifié par le décret n°2012-694 du 7 mai 2012 publié au Journal officiel le 8 mai 2012) pour les médecins : « tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu ».

Nous avons examiné toutes les notions nécessaires pour notre étude.

Nous allons maintenant détailler les modalités de notre enquête.

III. Matériels et méthodes

A. Type d'enquête

Il s'agit d'une étude prospective multicentrique qualitative, visant un large panel de professionnels d'anesthésie. Le but est de répondre à notre question de recherche « **les départements d'anesthésie fonctionnent-ils comme des organisations apprenantes ?** » de la façon la plus significative possible. Il s'agit en fait une enquête d'opinion.

B. L'enquête

Nous avons choisi comme cadre pour notre étude un grand groupe hospitalier public français, qui comporte 12 groupements de Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

Ces 12 groupements hospitaliers (GH) rassemblent au total 37 hôpitaux, ce qui constitue un nombre conséquent.

Par souci de représentativité, nous avons réalisé l'enquête dans 8 des 12 groupements hospitaliers. Pour chaque GH, nous avons sélectionné au hasard l'un des CHU du GH, soit au total 8 CHU.

Le choix d'opter pour 8 CHU représentatifs, plutôt que les 37 CHU du groupe hospitalier a été fait car le temps imparti pour la réalisation de l'enquête était très court.

Nous avons mené l'enquête dans le département d'anesthésie de chacun des 8 CHU retenus après avoir reçu les autorisations des autorités compétentes, sur la période du 28 janvier 2014 au 20 mars 2014. Les entretiens ont été réalisés sur la même période que la distribution des questionnaires.

C. Le type de structure choisie pour l'enquête

Le département d'anesthésie est la structure concernée par notre étude. D'un CHU à un autre, la structure du département d'anesthésie est variable.

De façon constante, les blocs et la salle de réveil en font toujours partie.

Nous avons choisi de nous concentrer sur le bloc car le temps imparti pour la réalisation de l'enquête ne permet pas d'interroger les professionnels de chacune des structures internes du département d'anesthésie.

D. La population

1. Critères d'inclusion

- Les personnes interrogées devaient être des professionnels d'anesthésie en poste dans les départements d'anesthésie, et exerçant au bloc : médecins, internes et infirmières anesthésistes, ainsi que l'encadrement d'anesthésie -chefs de service et cadres infirmiers anesthésistes-.
- Les anesthésistes et les iades ont été choisis parce qu'ils correspondent aux professions principalement rencontrées en anesthésie.

Les anesthésistes appartiennent au corps médical, tandis que les iades relèvent du corps paramédical.

Les iades, même s'ils sont spécialisés en anesthésie, restent des infirmiers et nous semblent donc représentatifs de la branche paramédicale. En dehors de leur travail au bloc, ils font la liaison avec la salle de réveil et ont parfois des tâches plus transversales comme la douleur. Les médecins ont une autre vision que les iades : ils interviennent en pré-opératoire, per-opératoire et post-opératoire pour ce qui est de la prise en charge anesthésique. Mais ils vont aussi dans d'autres secteurs que le bloc, telle la réanimation chirurgicale. Ce sont donc des personnes qui « naviguent »

dans le département d'anesthésie. Ils ont donc probablement une connaissance poussée de son fonctionnement.

La formation, les fonctions et l'organisation du travail des médecins et des iades sont très différentes en même temps qu'elles sont complémentaires.

Il nous paraissait donc essentiel de recueillir l'avis de chacun d'entre eux.

- Les internes ont été interrogés pour deux raisons. Tout d'abord, ils ont un statut d'étudiant et les lieux choisis pour l'enquête sont tous des CHU. Ensuite, les internes ont un regard extérieur sur le département d'anesthésie, puisqu'ils n'y restent que 6 mois dans le cadre de leurs stages pratiques.

- L'encadrement était également visé par notre enquête. Nous avons choisi d'interroger les cadres infirmiers anesthésistes ou faisant fonction, ainsi que les chefs de service des départements d'anesthésie retenus, parce qu'ils constituent la hiérarchie directe des professionnels d'anesthésie. De par leur position, ils ont une vision globale du département d'anesthésie.

Le corps paramédical est sous la tutelle des cadres tandis que le corps médical est sous la tutelle du chef de service.

Notons que le chef de service est responsable de l'ensemble du département et qu'il a, plus que les autres, une vision élargie de son fonctionnement et de ses problématiques.

2.Critères d'exclusion

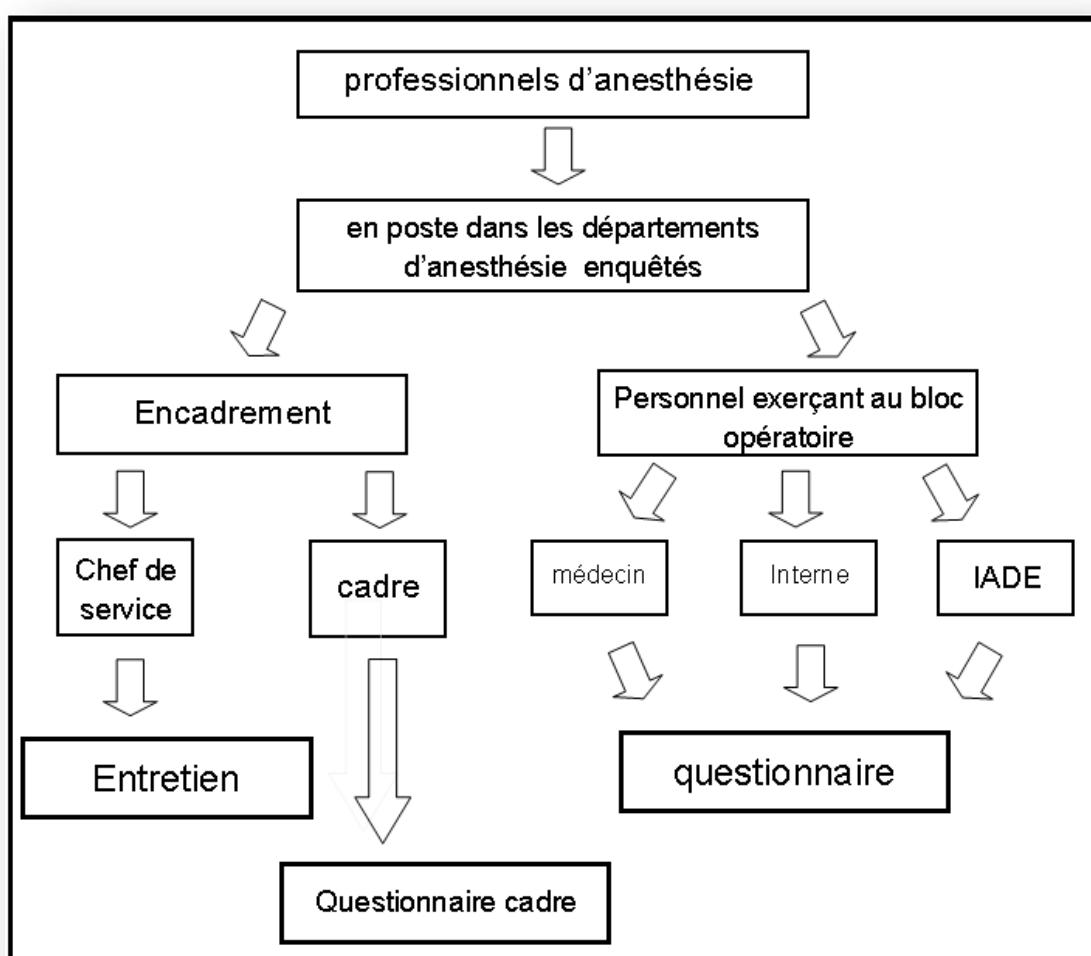
- Ont été exclus de notre enquête tous les professionnels du département d'anesthésie qui ne sont pas médecins, pas internes, pas iades, pas cadres iades ou faisant fonction et pas chefs de service. Ont donc été exclus : les infirmiers, les aides-soignants, les secrétaires, les logisticiens.

- Les étudiants infirmiers anesthésistes, étudiants infirmiers et les élèves aides-soignants ainsi que les externes, ont également été exclus car ils ne restent dans la

structure que le temps de leurs stages, très courts (quelques semaines maximum), ce qui ne leur donne pas une connaissance suffisante de la structure pour pouvoir répondre de manière fiable aux questions. Par ailleurs, le risque aurait été grand d'interroger plusieurs fois les mêmes étudiants sur des sites différents, pendant la période de l'enquête, étant donné que leurs stages sont courts et changeants.

- Les intérimaires, parce qu'ils ne sont que de passage et ne font pas partie de la structure, ont été exclus également.

Figure 16:shéma récapitulatif de la population visée par l'enquête



3.Les outils d'enquête

a) Le questionnaire

- Nous avons choisi d'interroger les cadres, infirmiers anesthésistes, anesthésistes et internes avec des questionnaires, car cela permettait de toucher facilement le plus grand nombre.

Nous avons posé 24 questions fermées assorties de questions ouvertes telles « pourquoi » ou « comment » afin que les personnes interrogées puissent s'exprimer davantage si elles le souhaitaient, la dernière question (question 25) étant uniquement dédiée à cela.

Chaque question se rapportait ainsi à un thème précis en lien avec l'un des 6 critères de l'organisation apprenante.

a.1 le premier critère : l'apprentissage permanent au travail :

4 questions ont été posées :

- > question n°4 : le service permet de développer ses compétences.
- > question n°5 : le service permet d'actualiser ses connaissances.
- > question n°6 : le service favorise les apprentissages.
- > question n°19 : le staff est un moment d'apprentissage, d'information et d'échanges.

a.2 Le second critère : la notion d'équipe et cognition collective

4 questions ont été posées :

- > question n°8 : l'expérience est prise en compte

-> question n°9 : Il existe dans le service un esprit d'équipe, la cohésion et la collaboration y sont des valeurs fortes

-> question n°15 : le service donne la possibilité de s'exprimer et tient compte des avis.

-> question n°19 : le staff est un moment d'apprentissage, d'information et d'échanges

a.3 Le 3eme critère : la flexibilité, l'adaptabilité, la réactivité

11 questions ont été posées :

Au sujet de la polyvalence du personnel :

question n°11 : Dans le service, on change régulièrement de secteur

Au sujet de la communication :

- question n°12 : L'information dans le service circule facilement et en temps réel

- question n°13 : Le service permet des échanges et partage des informations avec les autres services. Il n'est pas « cloisonné »

- question n°19 : Le staff est un moment d'apprentissage, d'information et d'échanges

-Au sujet du travail par projet :

- question n°14 : Le personnel connaît le projet de soins du service

Au sujet de la hiérarchie horizontalisée :

- question n°8 : L'expérience est prise en compte

- question n°7 : Les étudiants ont la possibilité de dispenser des cours dans le service

- question n°15 : Le service donne la possibilité de s'exprimer et tient compte des avis
- question n°16 : La hiérarchie accompagne le personnel dans son projet professionnel et dans son évolution

Au sujet de l'innovation et de la créativité :

- question n°20 : Le service est très favorable au changement ou aux idées nouvelles
- question n°22 : Le service encourage le personnel à faire de la recherche et à publier

a.4 Le 4ème critère : l'apprentissage par l'erreur

3 questions ont été posées :

- question n°17 : Il est courant d'évaluer les pratiques professionnelles du personnel
- question n°18 : Le service réalise des RMM (réunions morbi-mortalité) et tout le personnel y participe.
- question n°19 : Le staff est un moment d'apprentissage, d'information et d'échanges

a.5 Le 5ème critère : la mémoire collective

4 questions ont été posées :

- question n°2 : Année de diplôme
- question n°3 : Années d'ancienneté dans le service
- question n°21 : Il existe des protocoles et ceux-ci sont régulièrement ajourés
- question n°23 : Toutes les réunions font l'objet de comptes rendus accessibles et diffusés à tous

a.6 Le dernier critère est l'organisation centrée sur l'individu

2 questions ont été posées :

- question n°10 : Le service vise l'épanouissement de chacun
- question n°24 : sentiment de s'épanouir dans son travail

a.7 Rédaction du questionnaire

Pour inciter chacun à répondre :

- Nous avons formulé les questions en utilisation la première personne du singulier. Le « **je** » permet l'implication du lecteur : il peut se projeter.
- L'utilisation de **l'échelle de Likert** permet à la personne interrogée d'exprimer son degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis d'une affirmation.

Nous avons choisi de la simplifier en ne mettant que **4 critères** : il y a autant de réponses « pour » que de « contre », pour forcer la personne interrogée à se positionner.

Pour éviter l'effet de Halo entre les questions dont les thèmes sont proches, les questions ont été placées de façon aléatoire.

Nous avons réalisé des questionnaires différents pour les cadres, la différence ne consistant que dans la formulation des phrases.

a.8 Distribution des questionnaires

Les questionnaires ont été distribués de deux façons.

-La 1^{ère} était faite en main propre et de façon aléatoire et directe par nos soins ; ils étaient récupérés le jour même.

-La 2^{ème} était par l'intermédiaire des cadres d'anesthésie qui les diffusaient à l'équipe ; nous les récupérions alors à distance auprès de ces mêmes cadres.

Au total, 300 questionnaires ont été distribués.

a.9 Traitement des données

Les données recueillies par les questionnaires ont été traitées grâce au logiciel Excel et une base de données a ainsi été constituée.

b) Les entretiens

Les entretiens pour les chefs de service étaient semi-directifs.

La grille d'entretien a été construite d'après les 6 critères de l'organisation apprenante (méthode identique pour la construction des questionnaires).

Ces entretiens ont permis d'interroger les chefs de service de façon plus ouverte et plus qualitative. Le fait d'être en entretien semi-directif permettait de réajuster, d'éclairer, de faire reformuler certains points, ce qui n'aurait pas été possible avec d'autres outils.

b.1 Le déroulé des entretiens

Les chefs de service interrogés ont été prévenus à leur demande du thème général de l'entretien, lors de la prise de rendez-vous.

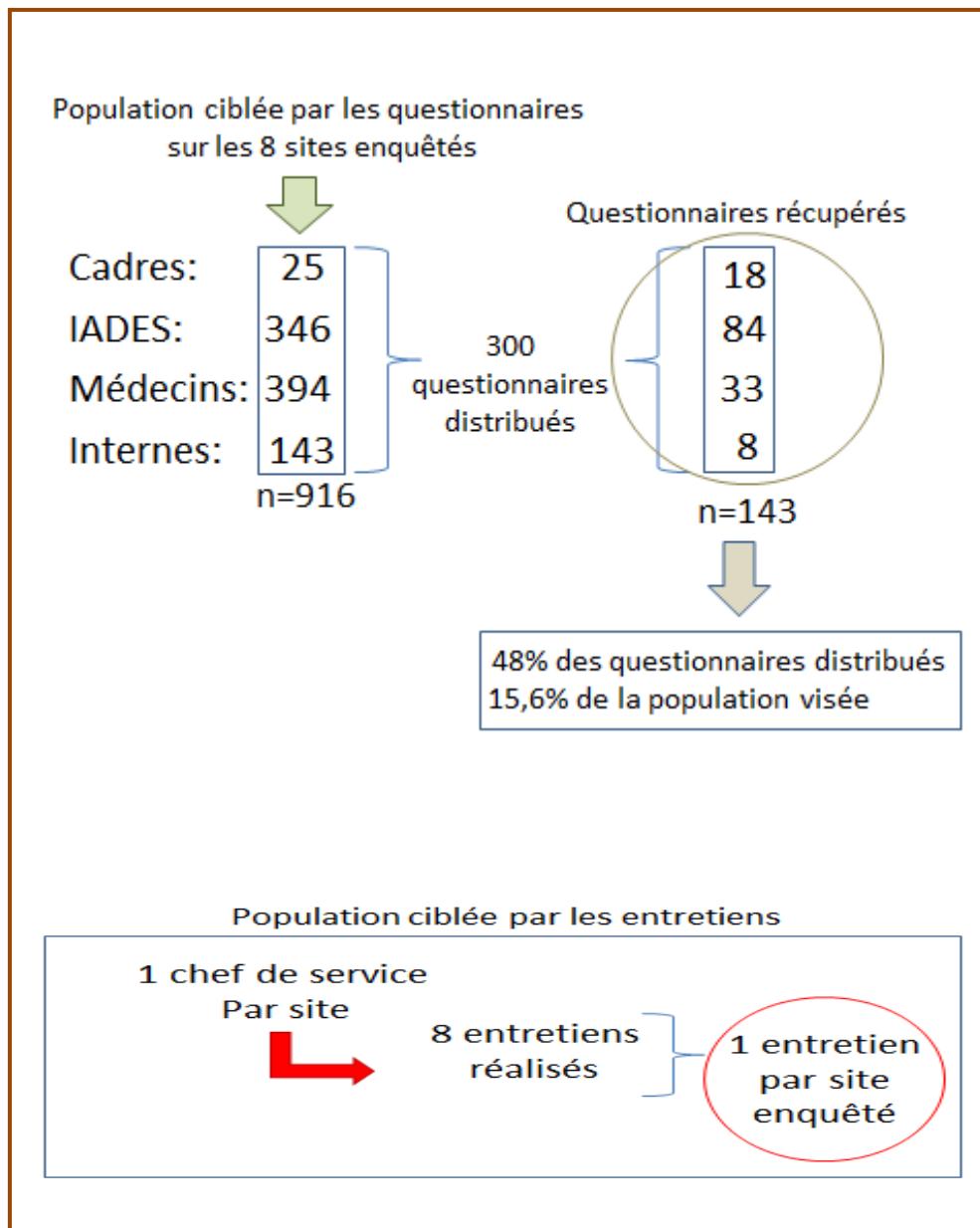
Le choix du lieu pour l'entretien était laissé à l'initiative du chef de service.

Les entretiens ont tous été enregistrés, avec l'accord des enquêtés, afin de faciliter la retranscription des données sous Word.

Nous avons mené tous les entretiens en binôme, l'un posant les questions, l'autre prenant des notes et n'intervenant que si un élément avait été oublié ou n'était pas clair.

IV. Résultats

A. 1. Caractéristiques des sites enquêtés



Les données suivantes ont été recueillies grâce lors des entretiens avec les chefs d'anesthésie interrogés.

type de bloc	Site	nombre de médecins anesthésistes	nombre de postes IADE	nombre de postes IADE vacants	taille de la structure (classement par effectifs)
pavillonnaire	département A	109	82	5	1
	département D	63	55	15	2
central	département B	45	50	2	3
	département C	25	28	1	7
	département E	47	34	5	4
	département F	20	25	3	8
	département G	45	37	12	5
	département H	40	35	2	6

Concernant les blocs centraux, la taille de la structure (déterminée grâce aux effectifs cumulés des médecins et iades) a permis de catégoriser en « grosse structure » et « petite structure » les départements B, C, E, F, G, H.

Les départements **H, F et C** sont donc considérés comme « petite structure ».

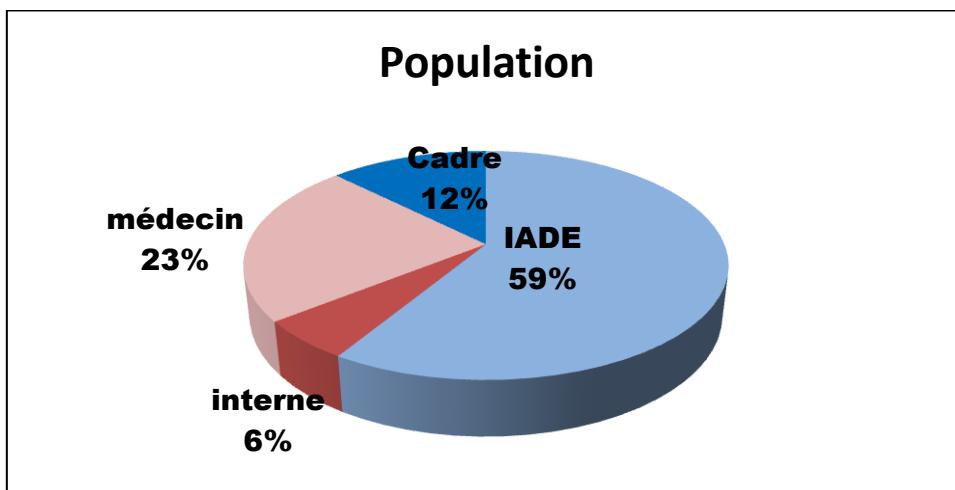
Les départements **B, E et G** sont considérés comme « grosse structure ».

B. Résultats des questionnaires

A l'issue de l'enquête, nous avons recueilli 143 questionnaires, tous exploitables.

1. Population interrogée par questionnaire

(question n°1,2et 3)

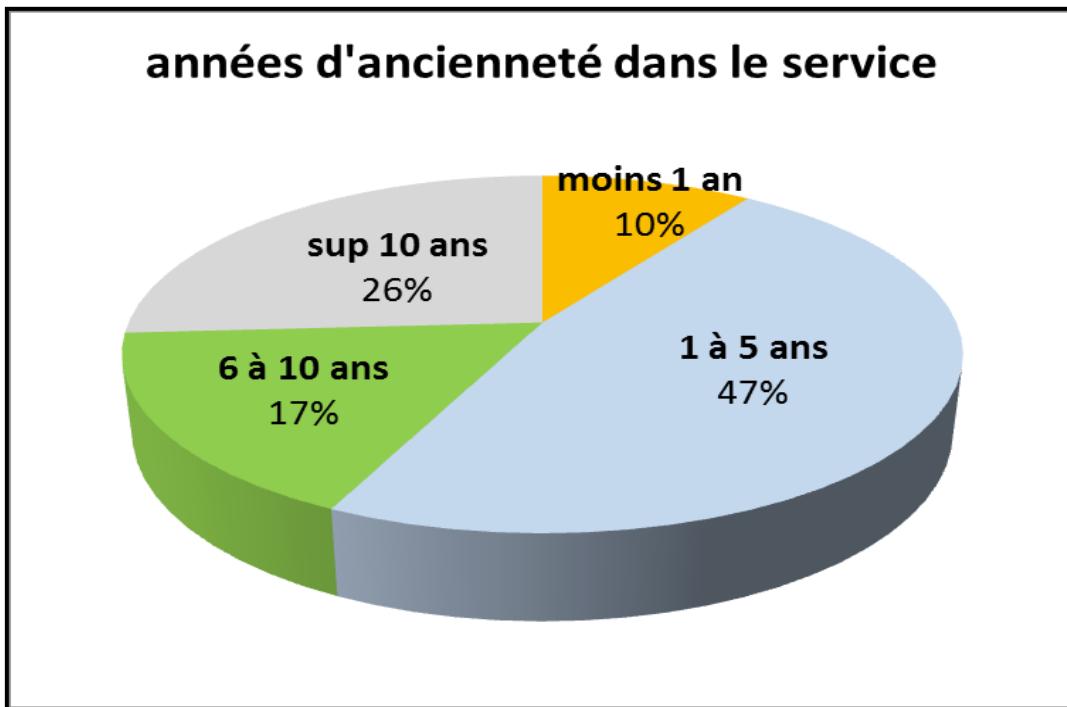


Population interrogée par questionnaire

IADE	84
interne	8
médecin	33
Cadre	18
total	143

site		Département A				Département B				Département C				Département D				TOTAL			
type de professionnel		IADE	CADRE	INTERNE	MÉDECIN																
nombre de répondants		4	1	3	15	23	2	1	4	11	18	7	1	2	11	20	4	1	2	7	14
année de diplôme	moins 1 an	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	1 à 5 ans	1	0	0	1	2	2	0	2	4	8	3	0	0	1	4	0	0	1	2	3
	6 à 10 ans	1	0	1	2	4	0	0	0	1	1	2	0	0	3	5	2	0	0	1	3
	sup 10 ans	2	0	2	12	16	0	0	2	6	8	3	0	2	7	10	2	0	1	4	7
	années d'ancienneté dans le service	moins 1 an	0	1	0	1	2	1	1	1	0	3	1	1	2	0	4	0	1	0	2
	1 à 5 ans	3	0	0	6	9	1	0	3	5	9	4	0	0	3	7	3	0	2	2	7
	6 à 10 ans	0	0	2	5	7	0	0	0	1	1	2	0	0	2	4	1	0	0	2	3
	sup 10 ans	1	0	1	3	5	0	0	0	5	5	0	0	0	5	5	0	0	0	1	1

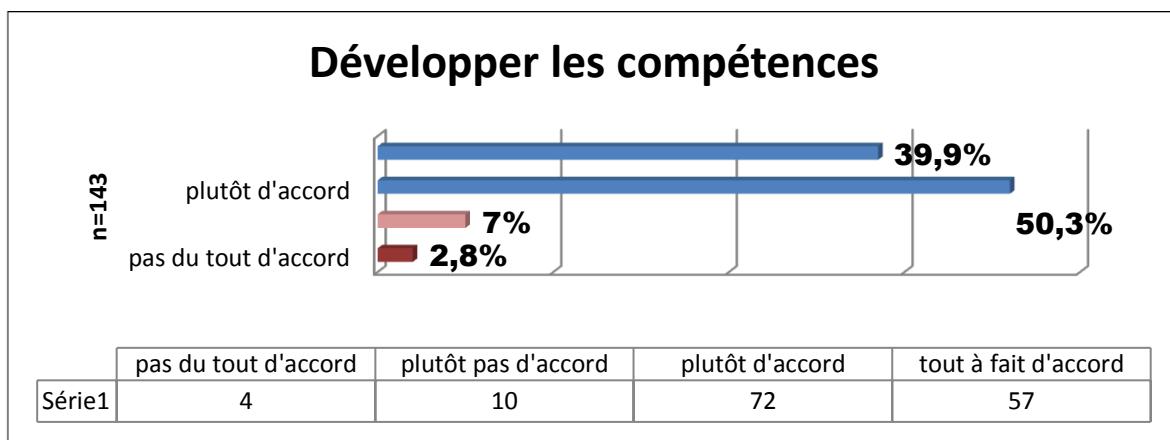
site		Hôpital E				Hôpital F				Hôpital G				Hôpital H				TOTAL				
type de professionnel		IADE	CADRE	INTERNE	MÉDECIN	IADE	CADRE	INTERNE	MÉDECIN	IADE	CADRE	INTERNE	MÉDECIN	IADE	CADRE	INTERNE	MÉDECIN					
nombre de répondants		4	1	3	9	17	4	3	1	10	18	5	1	2	9	17	3	1	1	11	16	143
année de diplôme	moins 1 an	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	0	0	0	1	1	4
	1 à 5 ans	2	0	0	3	5	2	0	0	2	4	2	0	0	2	4	1	0	0	7	8	38
	6 à 10 ans	0	0	0	0	0	2	0	0	2	4	0	0	0	1	1	1	0	1	0	2	20
	sup 10 ans	2	0	3	6	11	0	0	1	5	6	3	0	1	5	9	1	0	0	3	4	71
	années d'ancienneté dans le service	moins 1 an	0	1	0	1	2	0	3	0	1	4	0	1	0	1	2	1	1	0	1	3
	1 à 5 ans	3	0	3	4	10	3	0	1	3	7	2	0	1	2	5	2	0	0	8	10	64
	6 à 10 ans	0	0	0	1	1	1	0	0	1	2	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	21
	sup 10 ans	1	0	0	3	4	0	0	0	5	5	3	0	1	5	9	0	0	0	1	1	35



années d'ancienneté dans le service

année	CHEF DE SERVICE (n=8)	MEDECIN (n=33)	CADRE (n=18)	IADE (n=84)
moins 1 an	0	3	1	9
1 à 5 ans	3	21	10	33
6 à 10 ans	1	4	2	15
sup 10 ans	4	2	5	28

2. Le service permet de développer les compétences (question n°4)

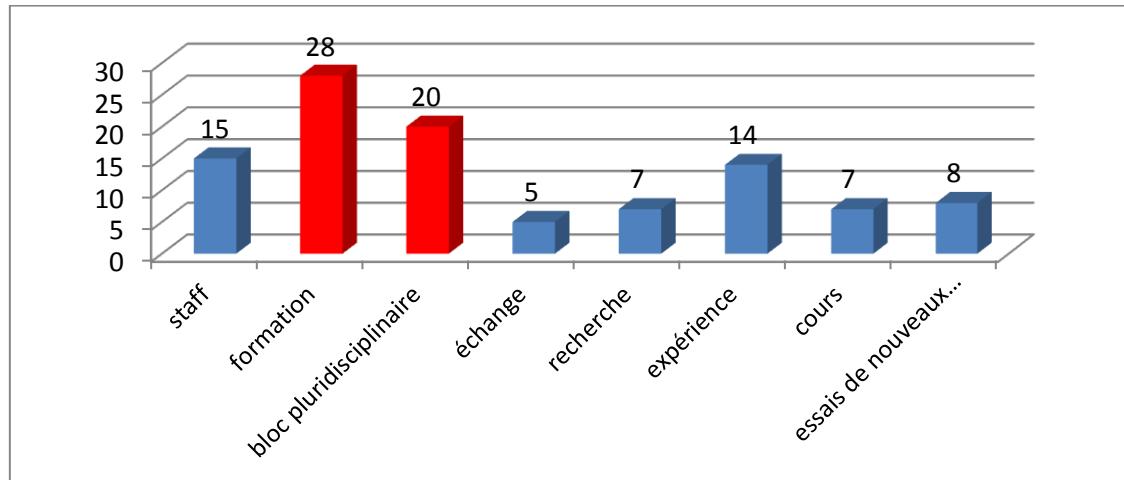


Développement des compétences				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
6	27	tout à fait d'accord	16	8
10	46	plutôt d'accord	16	0
2	7	plutôt pas d'accord	1	0
0	4	pas du tout d'accord	0	0

Développement des compétences								
DEPARTEMENT	A n=23	B n=18	C n=20	D n=14	E n=17	F n=18	G n=17	H n=16
tout à fait d'accord	10	4	9	7	9	8	5	5
plutôt d'accord	8	8	11	7	7	10	12	9
plutôt pas d'accord	4	4	0	0	0	0	0	2
pas du tout d'accord	1	2	0	0	1	0	0	0
pas de réponse	0	0	0	0	0	0	0	0

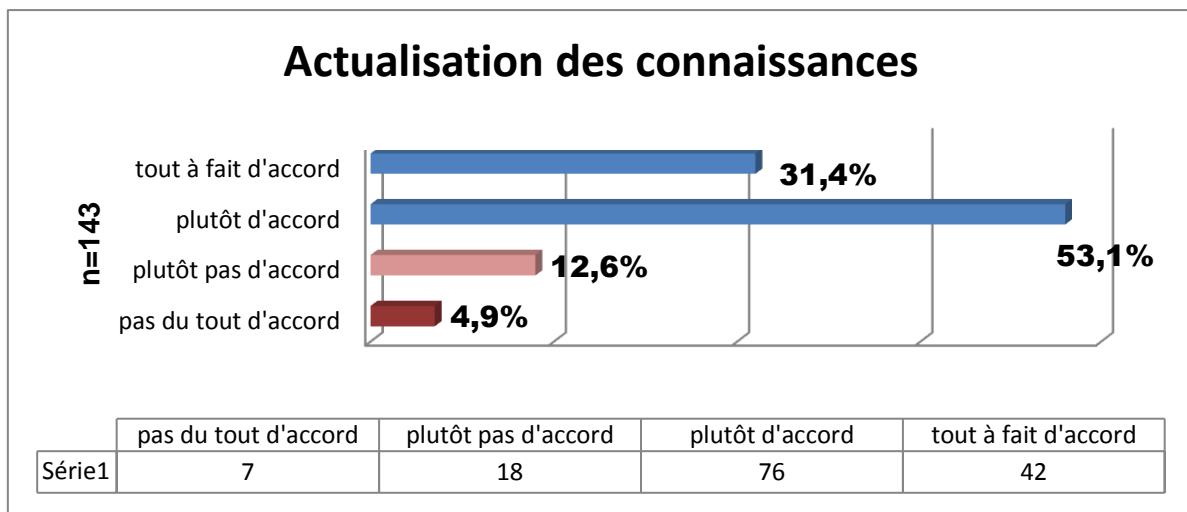
Développement des compétences			
type de bloc	pourcentage de réponses positives		
pavillonnaire	(département A et D)		89% (n=37)
central	grosse structure (département B, E et G)	86,90% (n=52)	90,95% (n=106)
	petite structure (département H, F et C)	95% (n=54)	

Comment le service favorise-t-il le développement des compétences ?



Certaines personnes interrogées ont aussi répondu, pour expliquer leur point de vue négatif, qu'il existait un « *manque de communication entre IADE et médecin* » (3 réponses), « *une restriction budgétaire* » (2 réponses) et « *peu de spécialités au bloc* » (2 réponses).

3. Le service permet d'actualiser les connaissances (question n°5)

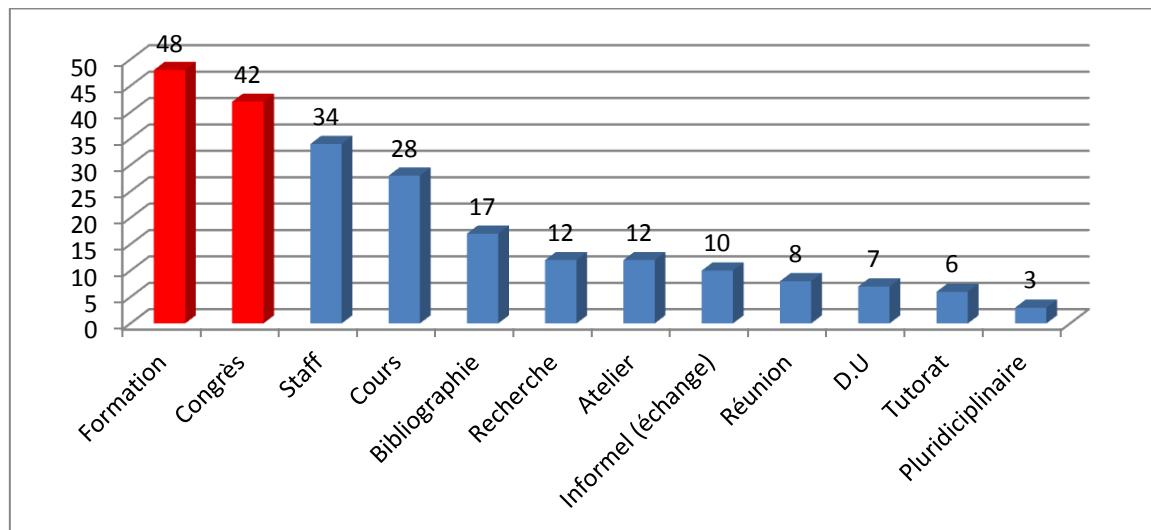


Actualisation des connaissances				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
5	16	tout à fait d'accord	14	7
11	46	plutôt d'accord	18	1
2	15	plutôt pas d'accord	1	0
0	7	pas du tout d'accord	0	0

Actualisation des connaissances								
DEPARTEMENT	A n=23	B n=18	C n=20	D n=14	E n=17	F n=18	G n=17	H n=16
tout à fait d'accord	7	3	9	4	4	7	5	3
plutôt d'accord	11	9	10	9	10	9	9	9
plutôt pas d'accord	4	5	1	1	1	2	2	2
pas du tout d'accord	1	1	0	0	2	0	1	2
pas de réponse	0	0	0	0	0	0	0	0

Actualisation des connaissances			
type de bloc	pourcentage de réponses positives		
pavillonnaire	(département A et D)		85,4% (n=37)
central	grosse structure (département B, E et G)	77,1% (n=52)	81,7% (n=106)
	petite structure (département H, F et C)	86,3% (n=54)	

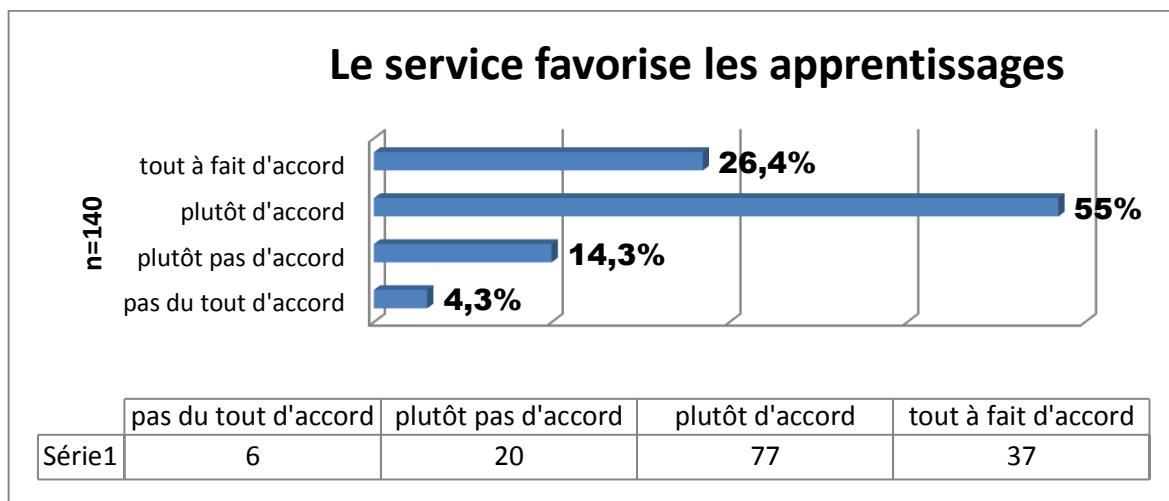
Comment le service permet-il d'actualiser les connaissances



(Les effectifs affichés correspondent au nombre de fois que les termes ont été cités)

Certaines personnes interrogées ont aussi répondu « *qu'il y a peu de formations proposées* » (5 réponses), « *l'accès aux congrès est limité* » (3 réponses) et qu'il y a un « *manque de budget* » (2 réponses).

4. Le service favorise les apprentissages (question n°6)



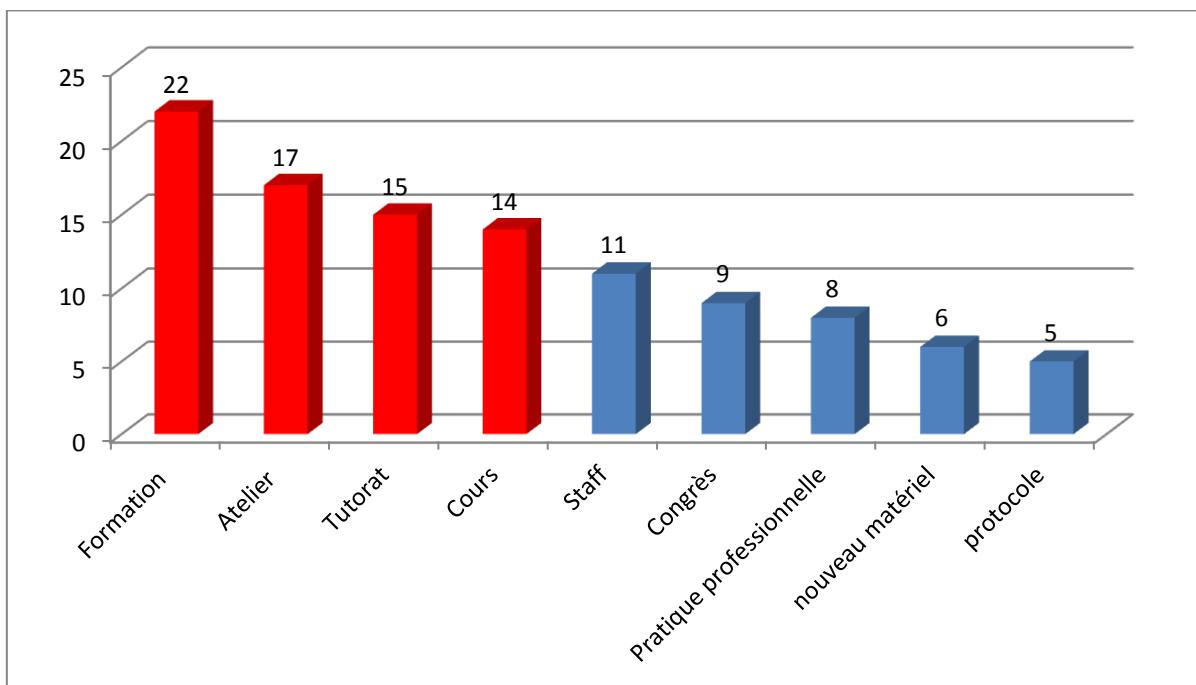
(* pas de réponse : 3)

Le service favorise les apprentissages				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
5	12	tout à fait d'accord	13	7
11	46	plutôt d'accord	19	1
2	17	plutôt pas d'accord	1	0
0	6	pas du tout d'accord	0	0
0	3	pas de réponse	0	0

Le service favorise les apprentissages								
DEPARTEMENT	A n=23	B n=18	C n=20	D n=14	E n=17	F n=18	G n=17	H n=16
tout à fait d'accord	4	4	9	5	3	7	3	2
plutôt d'accord	13	8	11	9	9	7	11	9
plutôt pas d'accord	4	4	0	0	3	4	1	4
pas du tout d'accord	1	1	0	0	2	0	1	1
pas de réponse	1	1	0	0	0	0	1	0

Le service favorise les apprentissages			
type de bloc	pourcentage de réponses positives		
pavillonnaire	(département A et D)		88,6% (n=36)
central	grosse structure (département B, E et G)	76,5% (n=50)	79,35% (n=104)
	petite structure (département H, F et C)	82,2% (n=54)	

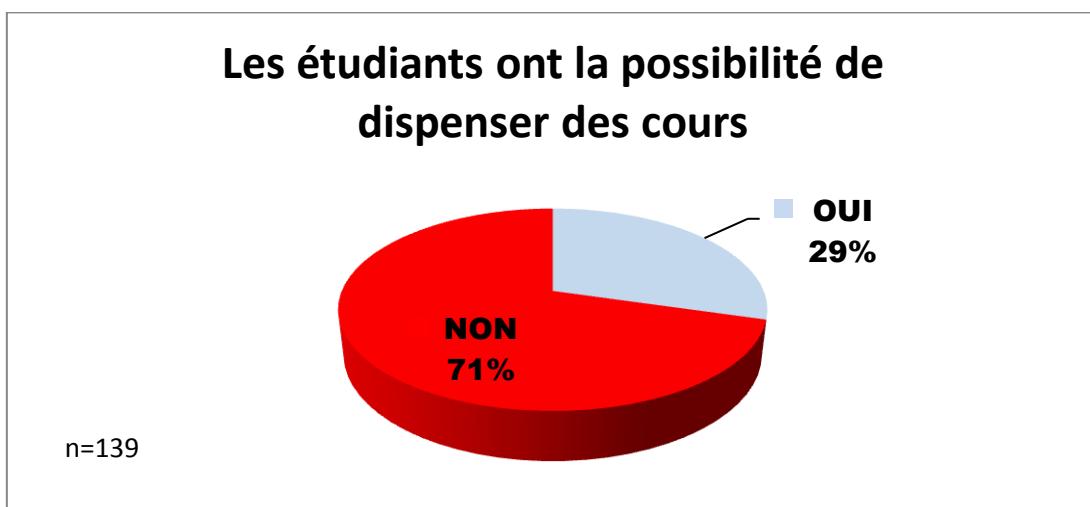
Comment sont favorisés les apprentissages ?



(Les effectifs affichés correspondent au nombre de fois que les termes ont été cités)

Certaines personnes interrogées ont aussi répondu qu'il y a « peu de budget pour les formations » (5 réponses), « peu de temps » (4 réponses), « peu de formations » (4 réponses) et « peu de réunions » (1 réponse).

5.Les étudiants ont la possibilité de dispenser des cours dans le service (question n°7)

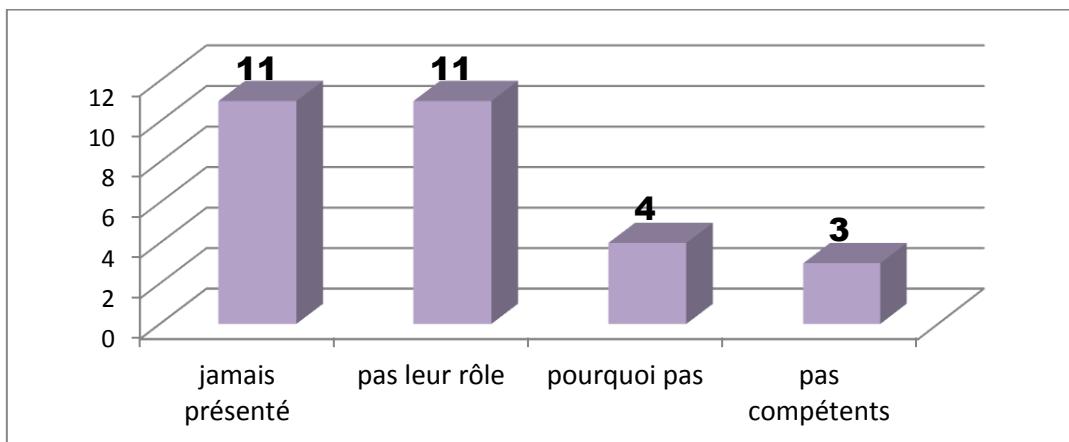


(*pas de réponse : 4)

Les étudiants ont la possibilité de dispenser des cours				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
4	21	OUI	13	3
14	60	NON	19	5
0	3	pas de réponse	1	0

Les étudiants ont la possibilité de dispenser des cours								
DEPARTEMENT	A n=23	B n=18	C n=20	D n=14	E n=17	F n=18	G n=17	H n=16
OUI	7	2	11	1	8	9	2	1
NON	14	16	9	13	9	8	15	14
pas de réponse	2	0	0	0	0	1	0	1

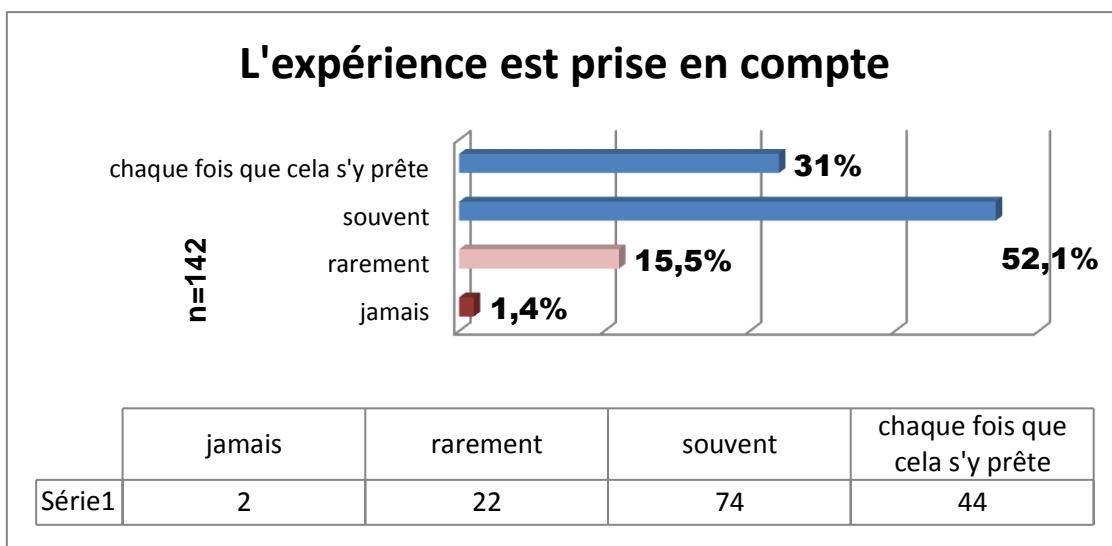
Pourquoi les étudiants ne dispensent-ils pas des cours dans le service ?



(Les effectifs affichés correspondent au nombre de fois que les termes ont été cités)

Cependant certaines réponses disent que l'interne, à la différence de l'étudiant infirmier anesthésiste, peut intervenir « *lors de présentations au staff* » (6 réponses) ou « *à l'occasion de revues de bibliographie* » (7 réponses).

6. L'expérience est prise en compte (question 8)



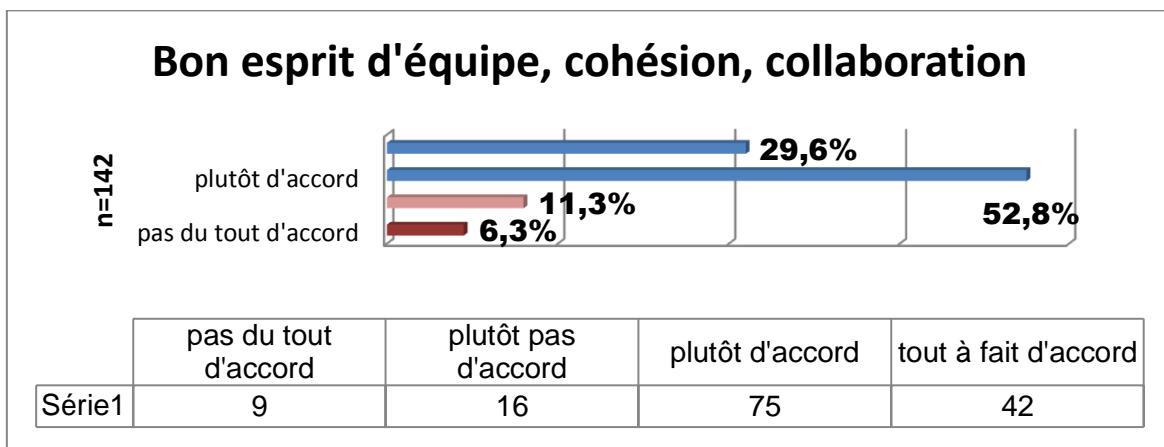
(*pas de réponse : 1)

L'expérience est prise en compte				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
11	19	chaque fois que cela s'y prête	12	2
7	44	souvent	18	5
0	19	rarement	2	1
0	2	jamais	0	0
0	0	pas de réponse	1	0

L'expérience est prise en compte								
DEPARTEMENT	n=23	n=18	n=20	n=14	n=17	n=18	n=17	n=16
chaque fois que cela s'y prête	7	4	6	3	3	7	8	6
souvent	10	9	10	9	11	11	7	7
rarement	6	4	4	2	1	0	2	3
jamais	0	1	0	0	1	0	0	0
pas de réponse	0	0	0	0	1	0	0	0

Expérience prise en compte			
type de bloc	pourcentage de réponses positives		
pavillonnaire	(département A et D)		79,8% (n=37)
central	grosse structure (département B, E et G)		82,3% (n=51)
	petite structure (département H, F et C)		81,3% (n=54)
			81,8% (n=105)

7. Sentiment d'esprit d'équipe, de cohésion et de collaboration (question n°9)



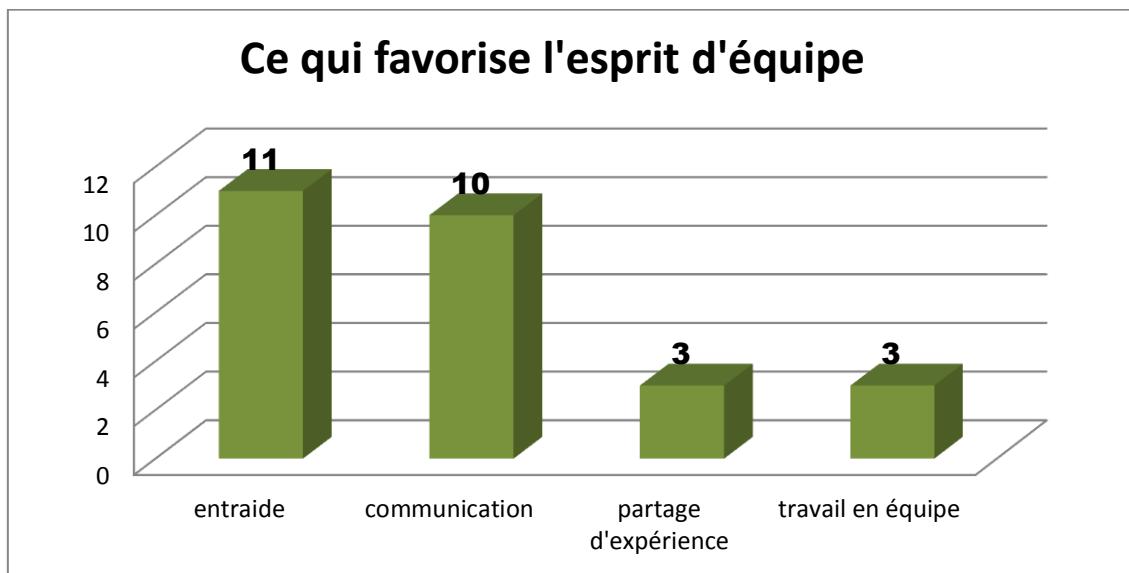
(* pas de réponse : 1)

Bon esprit d'équipe, cohésion, collaboration				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
15	15	tout à fait d'accord	8	4
2	46	plutôt d'accord	23	4
1	14	plutôt pas d'accord	1	0
0	8	pas du tout d'accord	1	0
0	1	pas de réponse	0	0

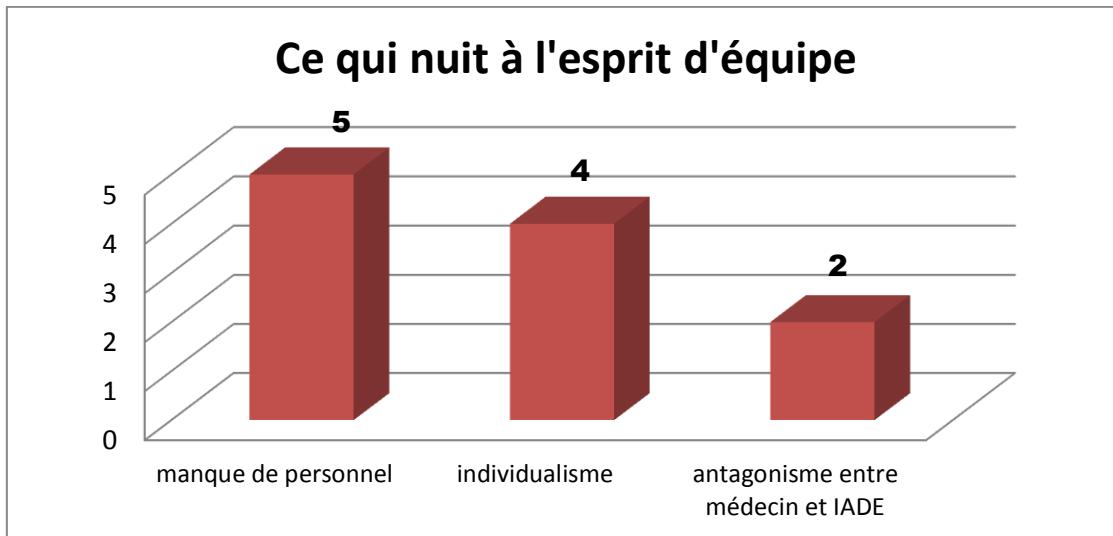
Bon esprit d'équipe, cohésion, collaboration								
DEPARTEMENT	n=23	n=18	n=20	n=14	n=17	n=18	n=17	n=16
tout à fait d'accord	7	2	5	5	6	9	5	3
plutôt d'accord	12	10	14	8	8	9	4	10
plutôt pas d'accord	4	2	0	0	2	0	6	2
pas du tout d'accord	0	3	1	1	1	0	2	1
pas de réponse	0	1	0	0	0	0	0	0

Bon esprit d'équipe, cohésion et collaboration			
type de bloc	pourcentage de réponses positives		
pavillonnaire	(département A et D)		87,7% (n=37)
central	grosse structure (département B, E et G)	68,6% (n=51)	80,3% (n=105)
	petite structure (département H, F et C)	92% (n=54)	

Pourquoi ?

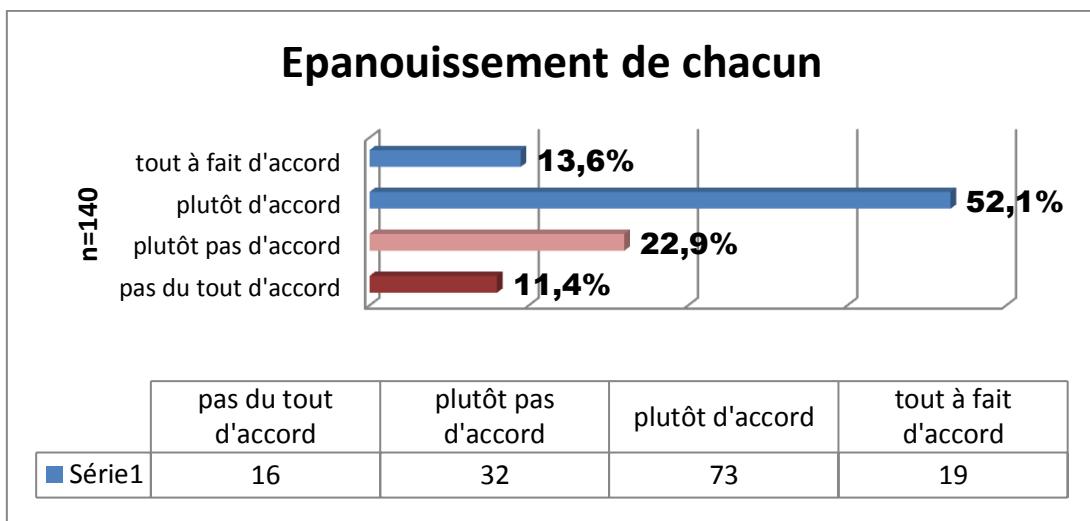


(Les effectifs affichés correspondent au nombre de fois que les termes ont été cités)



(Les effectifs affichés correspondent au nombre de fois que les termes ont été cités)

8. Le service vise l'épanouissement de chacun (question n°10)



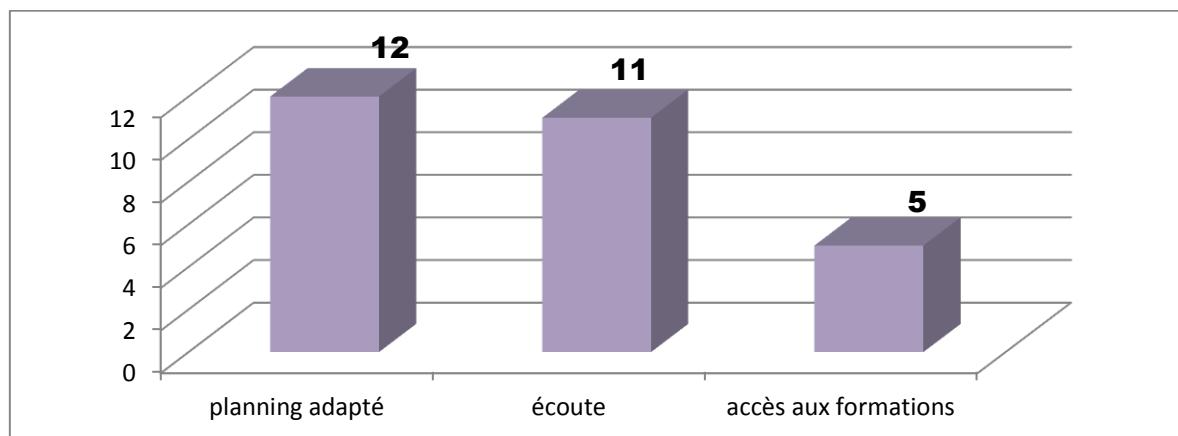
(*pas de réponse : 3)

Epanouissement de chacun				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	RESULTATS	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
8	2	tout à fait d'accord	5	4
8	45	plutôt d'accord	17	3
2	22	plutôt pas d'accord	7	1
0	14	pas du tout d'accord	2	0
0	1	pas de réponse	2	0

Epanouissement de chacun								
DEPARTEMENT	A n=23	B n=18	C n=20	D n=14	E n=17	F n=18	G n=17	H n=16
tout à fait d'accord	3	1	1	2	5	4	1	2
plutôt d'accord	12	5	15	9	7	12	6	7
plutôt pas d'accord	6	7	2	1	3	2	6	5
pas du tout d'accord	2	5	1	1	2	0	4	1
pas de réponse	0	0	1	1	0	0	0	1

Epanouissement de chacun			
type de bloc		pourcentage de réponses positives	
pavillonnaire		(département A et D)	
central	grosse structure (département B, E et G)		48,4% (n=52)
	petite structure (département H, F et C)		77,8% (n=52)
		72% (n=36)	
		63% (n=104)	

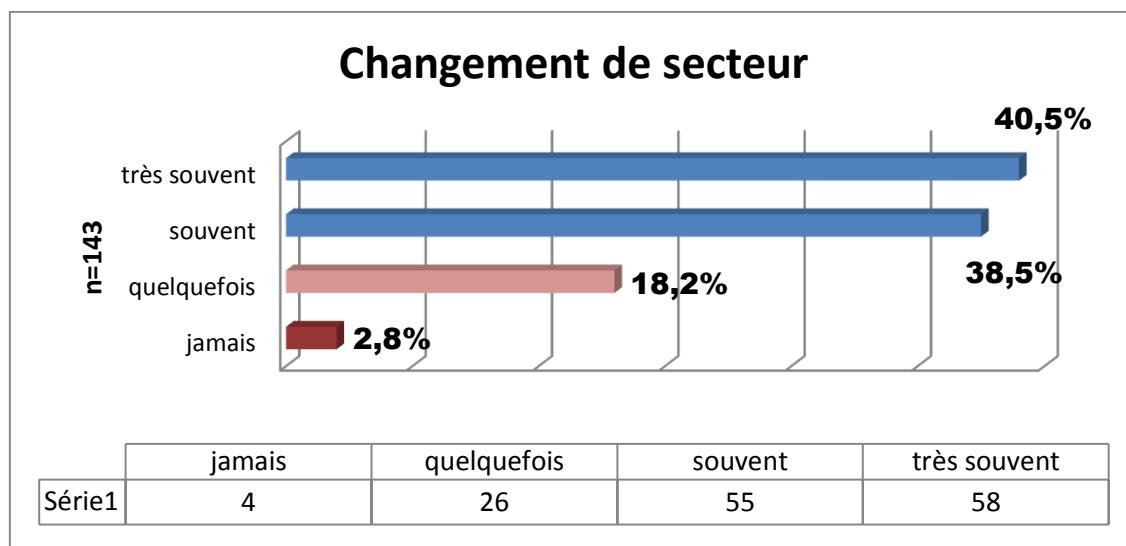
Comment ?



(Les effectifs affichés correspondent au nombre de fois que les termes ont été cités)

Certaines personnes interrogées ont aussi répondu « *que le manque de personnel pouvait désorganiser le travail et donc nuire à l'épanouissement personnel au travail* » (4 réponses).

9. Dans le service, les professionnels changent régulièrement de secteur (question 11)

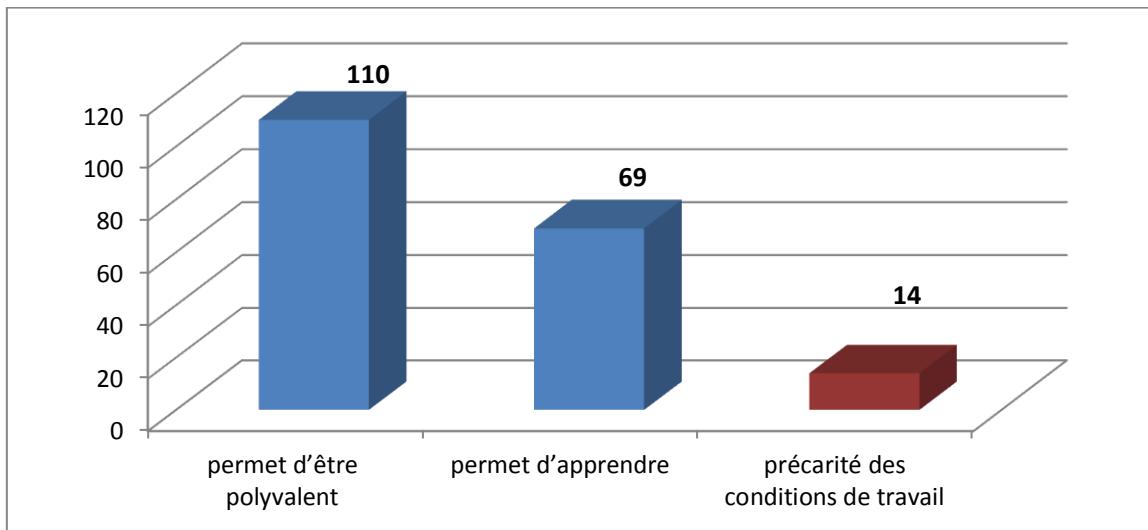


Changement régulier de secteur				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
12	37	très souvent	8	1
5	34	souvent	11	5
1	12	quelquefois	12	1
0	1	Jamais	2	1
0	0	pas de réponse	0	0

Changement régulier de secteur								
DEPARTEMENT	A n=23	B n=18	C n=20	D n=14	E n=17	F n=18	G n=17	H n=16
très souvent	8	6	11	2	3	7	12	9
souvent	5	11	8	4	9	10	2	6
quelquefois	8	1	1	6	5	1	3	1
Jamais	2	0	0	2	0	0	0	0
pas de réponse	0	0	0	0	0	0	0	0

Changement régulier de secteur			
type de bloc	pourcentage de réponses positives		
pavillonnaire	(département A et D)		49,7% (n=37)
central	grosse structure (département B, E et G)		82,2% (n=52)
	petite structure (département H, F et C)		94,5% (n=54)

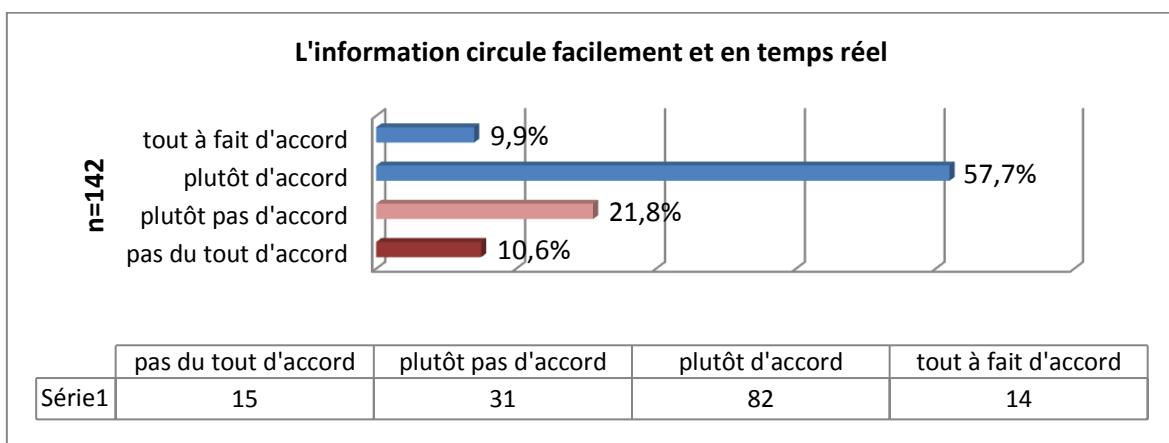
Si oui, changer de secteur



(Les effectifs affichés correspondent au nombre de fois que les termes ont été cités)

Certaines personnes ont aussi répondu « que cela permettait de ne pas tomber dans la routine » (2 réponses), mais que cela induit « plus de fatigue » (1 réponse), est une « source de stress » (2 réponses) et « une contrainte » (3 réponses).

10. L'information circule facilement et en temps réel dans le service (question n°12)



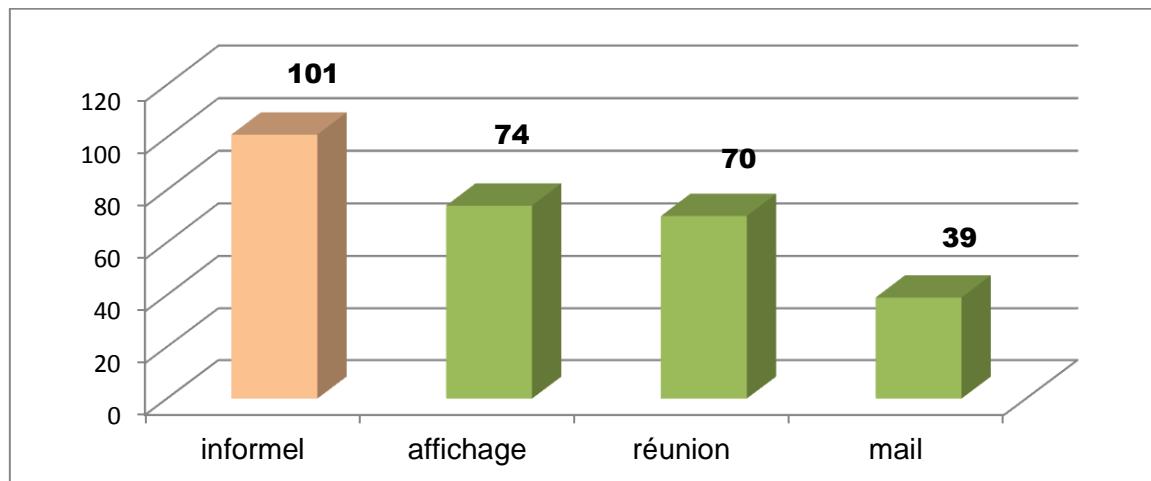
(pas de réponse : 1)

L'information circule facilement et en temps réel				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
3	4	tout à fait d'accord	4	3
12	43	plutôt d'accord	24	3
2	23	plutôt pas d'accord	4	2
1	13	pas du tout d'accord	1	0
0	1	pas de réponse	0	0

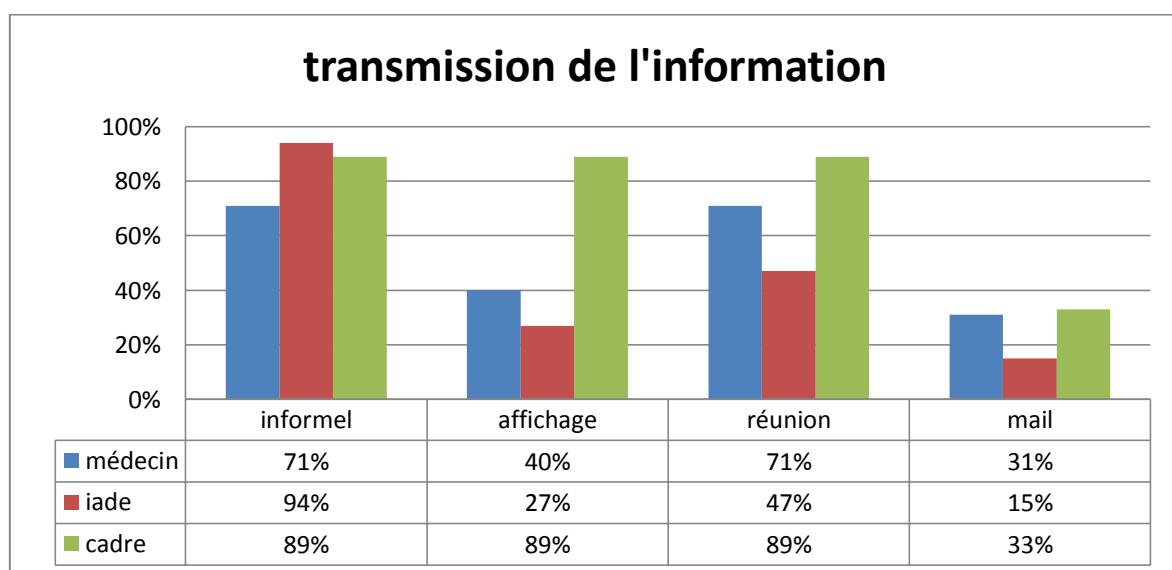
L'information circule facilement et en temps réel								
DEPARTEMENT	A n=23	B n=18	C n=20	D n=14	E n=17	F n=18	G n=17	H n=16
tout à fait d'accord	4	1	1	3	2	1	2	0
plutôt d'accord	13	6	14	7	10	12	9	11
plutôt pas d'accord	5	7	4	3	4	3	3	2
pas du tout d'accord	0	4	1	1	1	2	3	3
pas de réponse	1	0	0	0	0	0	0	0

L'information circule facilement et en temps réel			
type de bloc	pourcentage de réponses positives		
pavillonnaire	(département A et D)		74,3% (n=36)
central	grosse structure (département B, E et G)		58% (n=52)
	petite structure (département H, F et C)		72% (n=54)
			65% (n=106)

Comment circule l'information dans le service ?

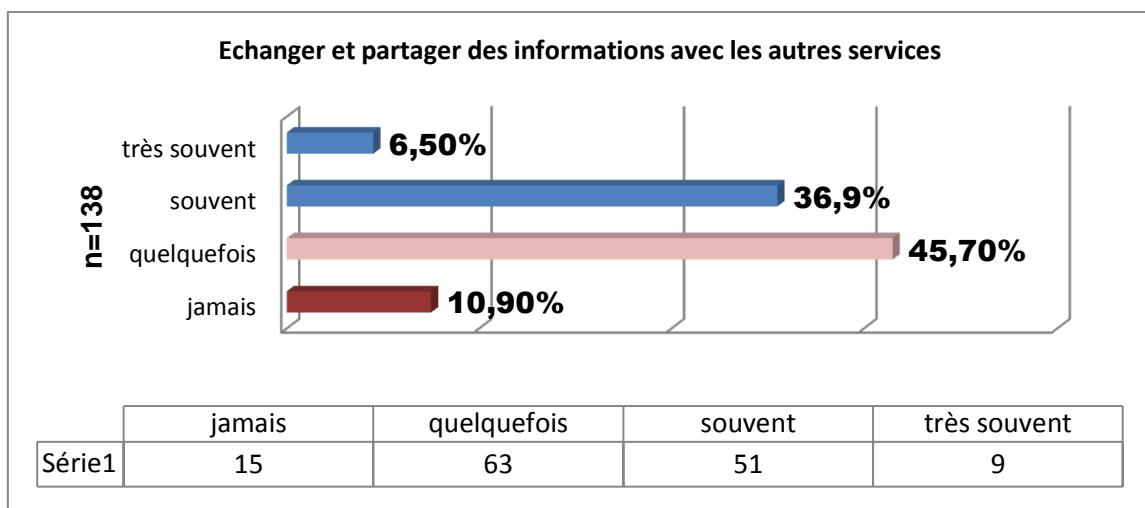


(Les effectifs affichés correspondent au nombre de fois que les termes ont été cités)



(Les effectifs affichés correspondent au nombre de fois que les termes ont été cités)

11. Le service n'est pas « cloisonné », il échange et partage des informations avec les autres (question n°13)



(*pas de réponse : 5)

Echanger et partager des informations avec les autres services				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
1	2	très souvent	4	2
7	19	Souvent	22	3
8	46	quelquefois	6	3
1	13	Jamais	1	0
1	4	pas de réponse	0	0

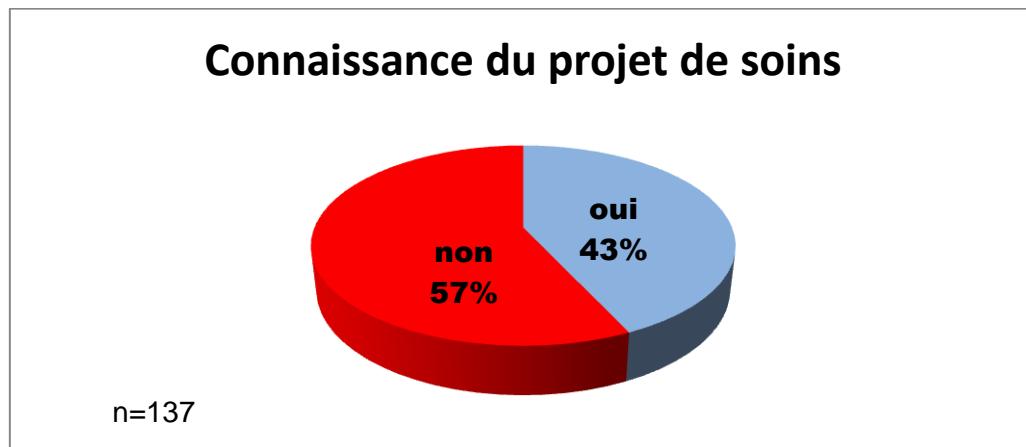
Echanger et partager des informations avec les autres services								
DEPARTEMENT	A n=23	B n=18	C n=20	D n=14	E n=17	F n=18	G n=17	H n=16
très souvent	0	0	0	1	3	1	1	3
Souvent	7	5	12	5	6	5	7	4
Quelquefois	9	7	8	6	6	11	8	8
Jamais	3	6	0	2	2	1	0	1
pas de réponse	4	0	0	0	0	0	1	0

Echanger et partager des informations avec les autres services			
type de bloc	pourcentage de réponses positives		
pavillonnaire	(département A et D)		40% (n=33)
central	grosse structure (département B, E et G)	43,6% (n=51)	44,6% (n=105)
	petite structure (département H, F et C)	45,7% (n=54)	

Pourquoi le service échange-t-il ou pas avec les autres ?

Certaines personnes répondent que les échanges avec les autres services sont « *difficiles à mettre en place, à organiser* » (4 réponses), cela est « *lié au problème de sectorisation du bloc (bloc= milieu fermé)* » (4 réponses) ou « *dû au problème des services pavillonnaires* » (5 réponses).

12. Le projet de soins est connu de tous dans le service (question 14)



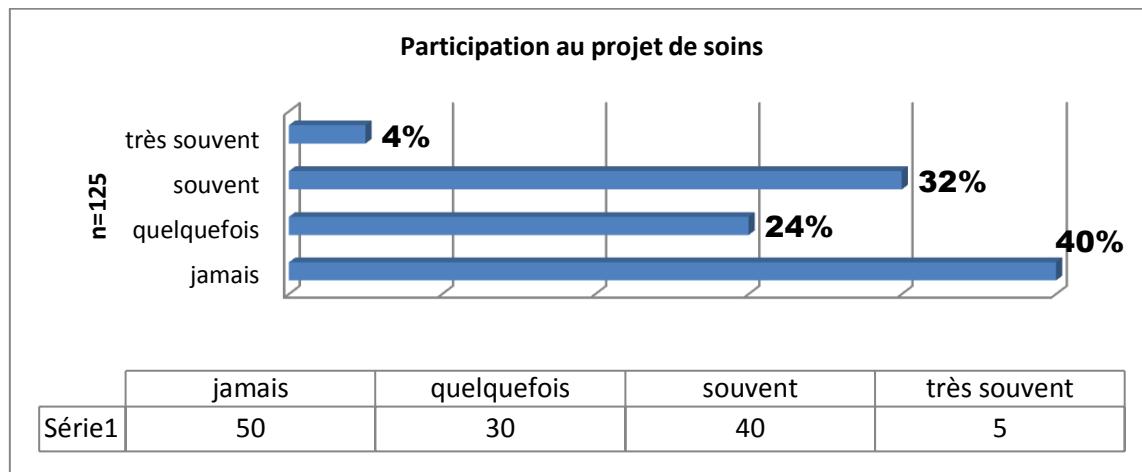
(*pas de réponse : 6)

connaissance du projet de soins				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
2	28	OUI	25	4
14	53	NON	7	4
2	3	pas de réponse	1	0

connaissance du projet de soins								
DEPARTEMENT	A n=23	B n=18	C n=20	D n=14	E n=17	F n=18	G n=17	H n=16
OUI	7	3	11	5	7	9	8	9
NON	14	15	8	7	9	9	9	7
pas de réponse	2	0	1	2	1	0	0	0

connaissance du projet de soins			
type de bloc	pourcentage de réponses positives		
Pavillonnaire	(département A et D)		37,5% (n=33)
Central	grosse structure (département B, E et G)		35,8% (n=51)
	petite structure (département H, F et C)		54,7% (n=53)
			45,3% (n=104)

Participation du personnel d'anesthésie au projet de soins du service



(*pas de réponse : 18)

Participation au projet de soins				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
2	0	très souvent	3	0
4	14	souvent	18	4
5	22	quelquefois	3	0
2	46	jamais	2	0
5	2	pas de réponse	7	4

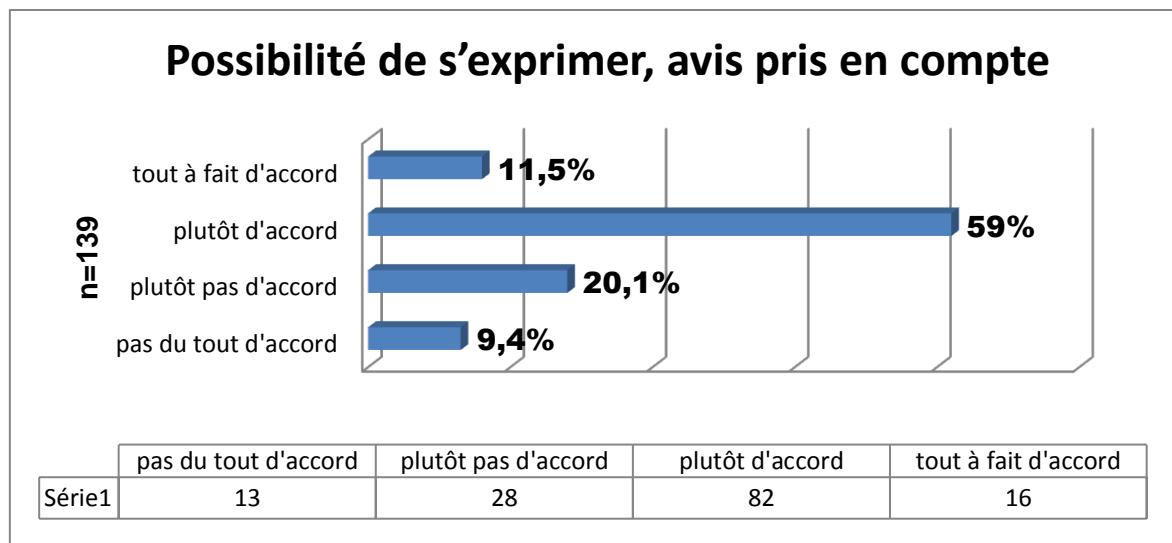
Participation au projet de soins								
DEPARTEMENT	A	B	C	D	E	F	G	H
	n=23	n=18	n=20	n=14	n=17	n=18	n=17	n=16
toujours	0	0	0	1	2	0	1	1
souvent	6	3	9	4	3	6	4	5
rarement	9	4	4	1	5	2	3	2
jamais	6	8	3	6	5	7	8	7
pas de réponse	2	3	4	2	2	3	1	1

Participation au projet de soins			
type de bloc	pourcentage de réponses positives		
pavillonnaire	(département A et D)		35,1% (n=33)
central	grosse structure (département B, E et G)	28,2% (n=46)	36,8%
	petite structure (département H, F et C)	45,4% (n=46)	

Pourquoi le personnel participe-t-il ou pas au projet de soins ?

Les réponses données principalement sont le « *manque de communication IADE / médecin* » (5 réponses), le « *manque de temps* » (3 réponses) et le « *manque information* » (3 réponses).

13. Il est possible de s'exprimer dans le service et les avis sont pris en compte (question n°15)



(*pas de réponse : 4)

possibilité de s'exprimer et avis pris en compte				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
8	2	tout à fait d'accord	5	1
8	45	plutôt d'accord	23	6
1	23	plutôt pas d'accord	3	1
0	11	pas du tout d'accord	2	0
1	3	pas de réponse	0	0

possibilité de s'exprimer et avis pris en compte								
DEPARTEMENT	A n=23	B n=18	C n=20	D n=14	E n=17	F n=18	G n=17	H n=16
tout à fait d'accord	3	1	2	2	2	2	3	1
plutôt d'accord	13	7	15	6	9	15	6	11
plutôt pas d'accord	4	7	3	1	4	1	5	3
pas du tout d'accord	2	3	0	4	2	0	1	1
pas de réponse	1	0	0	1	0	0	2	0

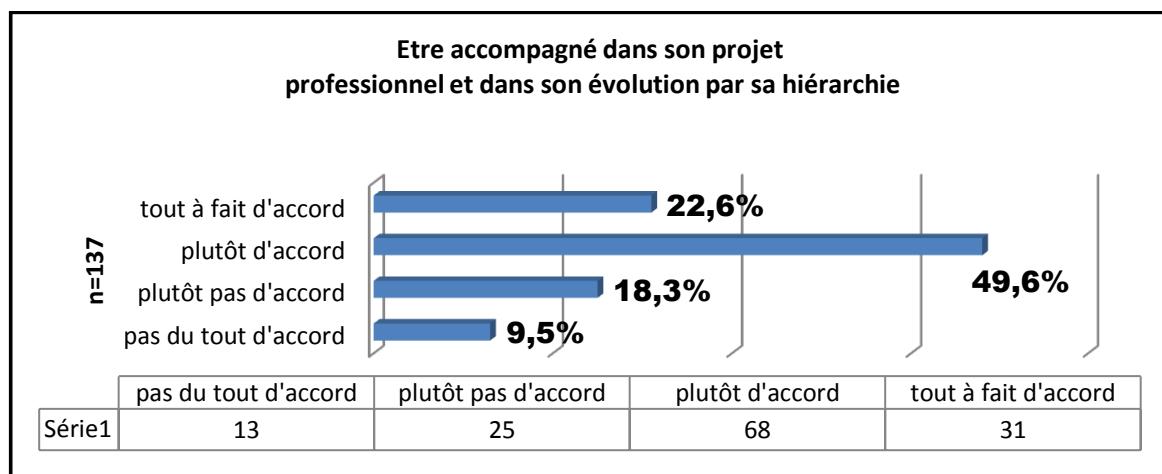
possibilité de s'exprimer et avis pris en compte			
type de bloc	pourcentage de réponses positives		
pavillonnaire	(département A et D)		67,1% (n=35)
central	grosse structure (département B, E et G)	56,4% (n=50)	70,6% (n=104)
	petite structure (département H, F et C)	84,8% (n=54)	

Pourquoi ?

Les réponses données sont « cela permet un meilleur échange entre le personnel » (8 réponses) , « tous les avis comptent » (5 réponses), « cela permet de progresser » (3 réponses).

D'autres réponses sont plus négatives : « trop de hiérarchie » (2 réponses) et « manque d'écoute entre médecin et IADE » (2 réponses).

14. La hiérarchie accompagne les agents dans leur projet professionnel et dans son évolution (question n°16)



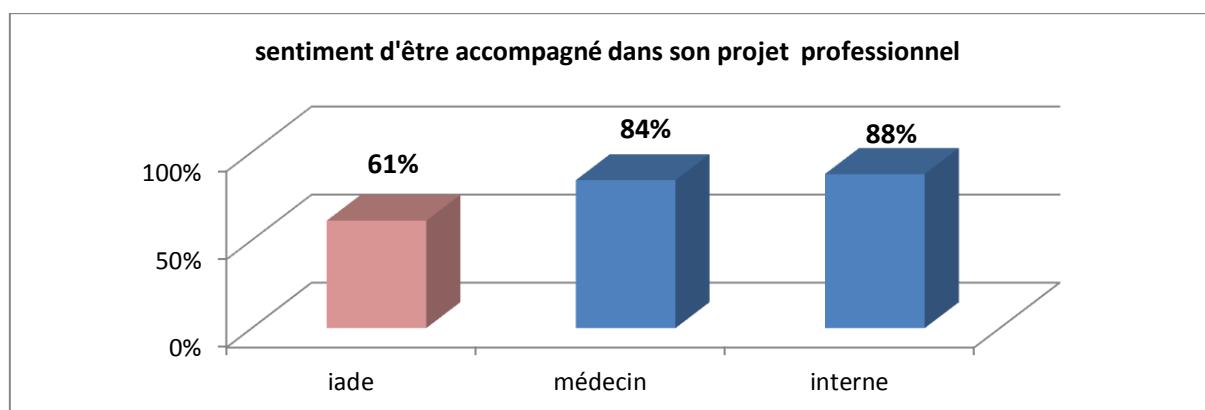
(* pas de réponse : 6)

Etre accompagné dans son projet professionnel et dans son évolution par sa hiérarchie				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
8	12	tout à fait d'accord	9	2
8	36	plutôt d'accord	19	5
1	19	plutôt pas d'accord	4	1
1	11	pas du tout d'accord	1	0
0	6	pas de réponse	0	0

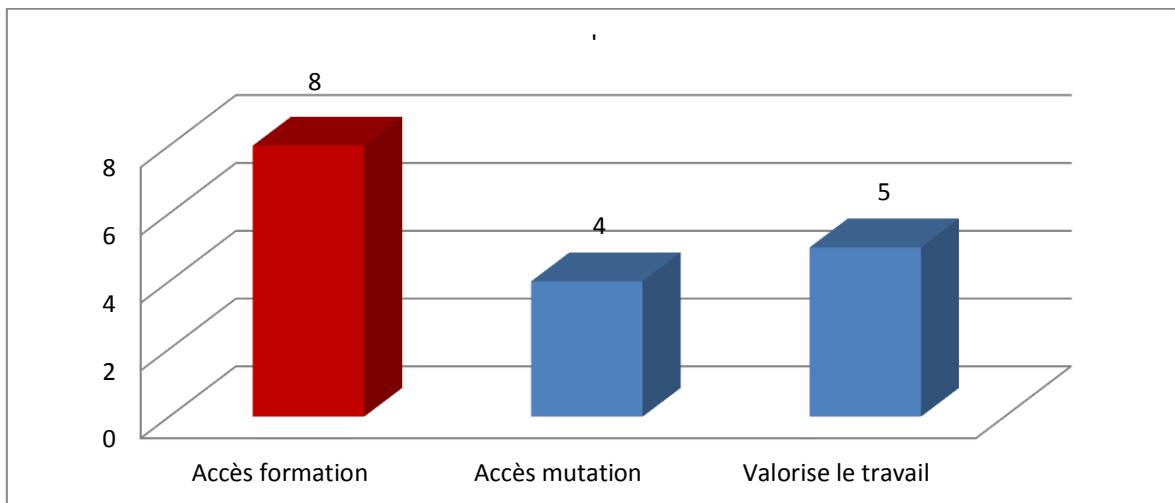
DEPARTEMENT	Etre accompagné dans son projet professionnel et dans son évolution par sa hiérarchie							
	A n=23	B n=18	C n=20	D n=14	E n=17	F n=18	G n=17	H n=16
tout à fait d'accord	10	3	3	2	3	4	3	3
plutôt d'accord	9	9	13	6	10	9	4	8
plutôt pas d'accord	3	4	2	1	2	4	5	4
pas du tout d'accord	0	2	1	3	2	1	3	1
pas de réponse	1	0	1	2	0	0	2	0

Etre accompagné dans son projet professionnel et dans son évolution par sa hiérarchie			
type de bloc	pourcentage de réponses positives		
pavillonnaire	(département A et D)		76,5% (n=34)
central	grosse structure (département B, E et G)	63,3% (n=50)	69,2% (n=103)
	petite structure (département H, F et C)	75,1% (n=53)	

(Les effectifs affichés correspondent au nombre de fois que les termes ont été cités)



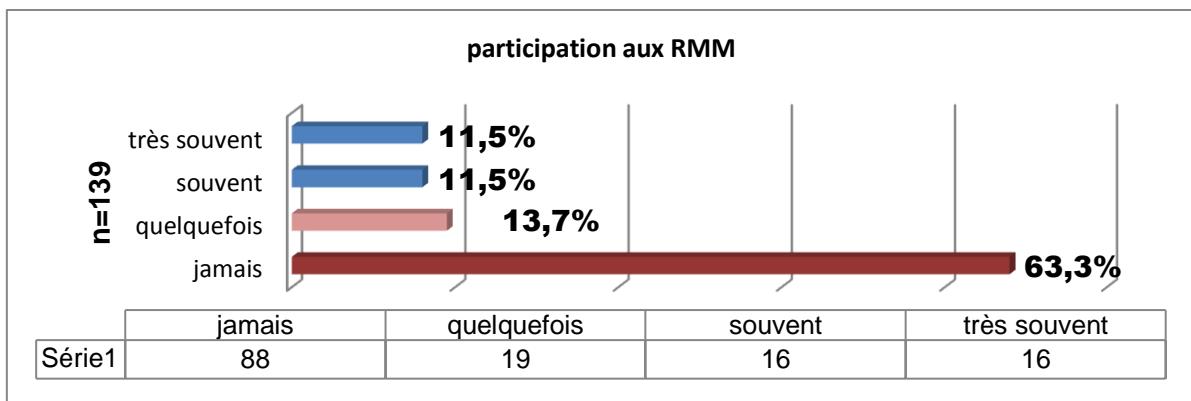
Comment cela se matérialise-t-il ?



(Les effectifs affichés correspondent au nombre de fois que les termes ont été cités)

D'autres réponses données, sur le versant négatif, sont « *le manque de disponibilité des cadres* » (3 réponses) ou « *une hiérarchie lourde* » (2 réponses), avec un « *sentiment qu'il n'y a pas d'écoute* » (2 réponses) ou « *peu* » (1 réponse), ou encore : « *une absence de projet professionnel ou d'évolution* » (2 réponses) ou « *un manque de budget* » (1 réponse).

15. Participation des personnels aux RMM (réunions morbi-mortalité) (question n°17)



(*pas de réponses : 4)

participation aux RMM				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
3	0	très souvent	13	0
6	1	souvent	7	2
3	7	quelquefois	8	1
5	73	jamais	5	5
1	3	pas de réponse	0	0

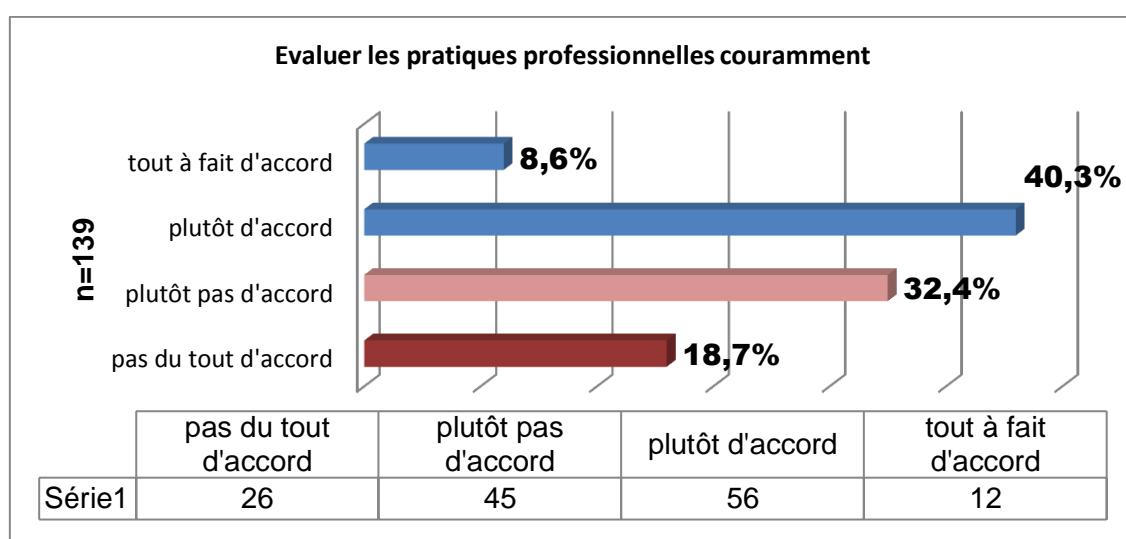
participation aux RMM								
DEPARTEMENT	A n=23	B n=18	C n=20	D n=14	E n=17	F n=18	G n=17	H n=16
très souvent	3	0	4	3	1	3	2	0
souvent	2	4	4	1	1	2	1	1
quelquefois	4	2	0	2	4	2	1	4
jamais	14	12	11	7	11	11	11	11
pas de réponse	0	0	1	1	0	0	2	0

participation aux RMM			
type de bloc		pourcentage de réponses positives	
pavillonnaire		(département A et D)	
central	grosse structure (département B, E et G)		26,2% (n=36)
	petite structure (département H, F et C)		18% (n=50) 21,7% (n=103) 25,4% (n=53)

Pourquoi ?

Les réponses données sont : « les IADE n'y ont pas accès » (21 réponses), « il n'y a pas d'information sur sa tenue » (7 réponses) et « les IADE n'y participent pas par manque de temps » (6 réponses).

16. Dans le service, il est courant d'évaluer les pratiques professionnelles (question n°18)



(*pas de réponses : 4)

Evaluer les pratiques professionnelles couramment				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
1	7	tout à fait d'accord	3	1
12	26	plutôt d'accord	14	4
1	27	plutôt pas d'accord	14	3
3	21	pas du tout d'accord	2	0
1	3	pas de réponse	0	0

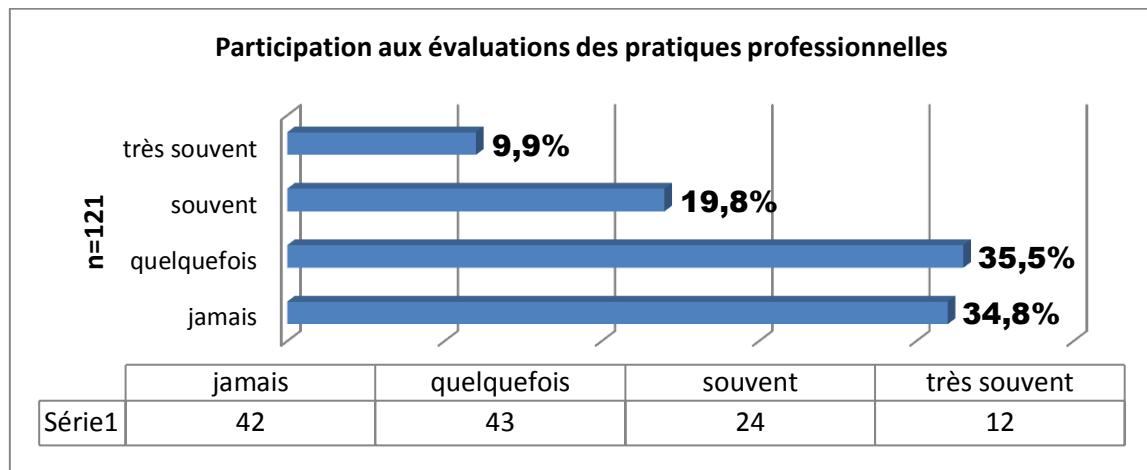
Evaluer les pratiques professionnelles couramment								
DEPARTEMENT	A n=23	B n=18	C n=20	D n=14	E n=17	F n=18	G n=17	H n=16
tout à fait d'accord	4	0	1	0	1	2	2	2
plutôt d'accord	10	5	12	3	8	9	5	4
plutôt pas d'accord	6	6	7	6	4	5	6	4
pas du tout d'accord	2	7	0	4	4	2	2	6
pas de réponse	1	0	0	1	0	0	2	0

Evaluer les pratiques professionnelles couramment			
type de bloc		pourcentage de réponses positives	
pavillonnaire		(département A et D)	
central	grosse structure (département B, E et G)	42,5% (n=50)	43,4% (n=35)
	petite structure (département H, F et C)		48,5% (n=104)

Pourquoi ?

Les réponses les plus données sont que cela « permet d'améliorer la qualité du travail » (6 réponses) et permet de « remettre à niveau les connaissances » (3 réponses). « Le manque de temps » (4 réponses) et de « motivation du personnel » (3 réponses) sont évoqués.

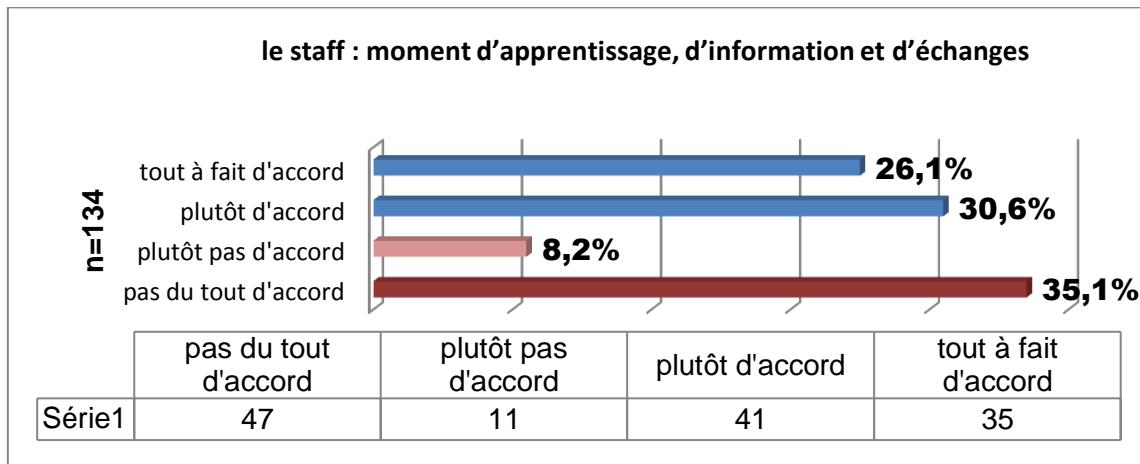
Et chaque professionnel participe à ces évaluations pratiques



(*pas de réponse : 22)

Participation aux EPP				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
3	5	très souvent	4	0
8	10	Souvent	5	1
2	22	Quelquefois	16	3
0	35	Jamais	4	3
5	12	pas de réponse	4	1

17. Le staff est un moment d'apprentissage, d'information et d'échanges (question n°19)



(*pas de réponse : 9)

le staff est un moment d'apprentissage, d'information et d'échanges				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
8	7	tout à fait d'accord	15	5
6	17	plutôt d'accord	16	2
2	8	plutôt pas d'accord	1	0
1	45	pas du tout d'accord	0	1
1	7	pas de réponse	1	0

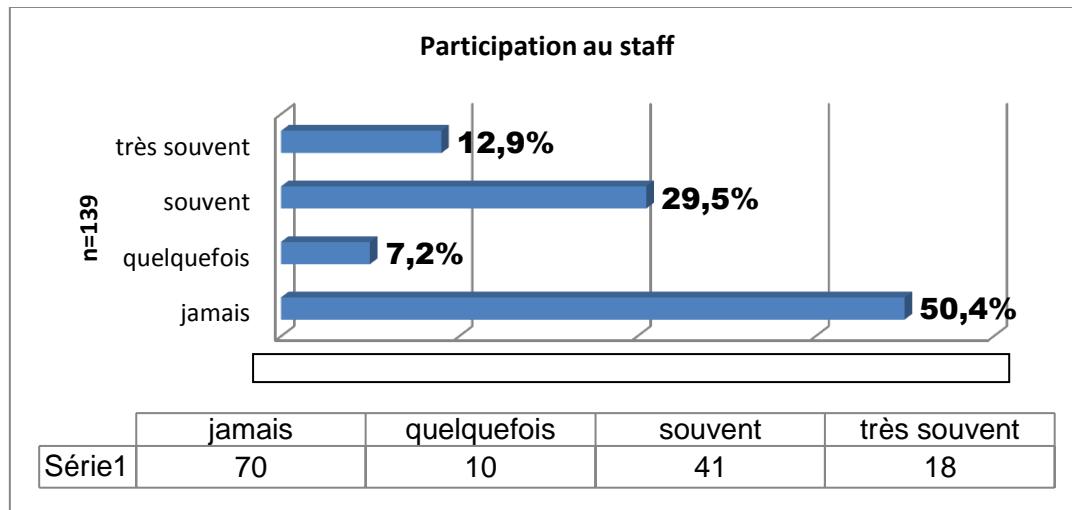
le staff est un moment d'apprentissage, d'information et d'échanges								
DEPARTEMENT	A n=23	B n=18	C n=20	D n=14	E n=17	F n=18	G n=17	H n=16
tout à fait d'accord	1	6	2	4	10	7	3	2
plutôt d'accord	7	3	8	4	5	5	4	5
plutôt pas d'accord	4	0	1	0	1	3	1	1
pas du tout d'accord	8	8	9	6	1	2	6	7
pas de réponse	3	1	0	0	0	1	3	1

le staff est un moment d'apprentissage, d'information et d'échanges			
type de bloc	pourcentage de réponses positives		
pavillonnaire	(département A et D)		43,3% (n=34)
Central	grosse structure (département B, E et G)	63,7% (n=47)	59,8% (n=100)
	petite structure (département H, F et C)	55,72% (n=53)	

Pourquoi ?

Certains expliquent que « *le staff est un moment d'échanges notamment sur la prise en charge des patients* » (11 réponses). Mais d'autres disent qu' « *il n'y a pas de participation des IADE* » (43 réponses) et la non participation des IADE est liée au « *manque de temps* » (11 réponses).

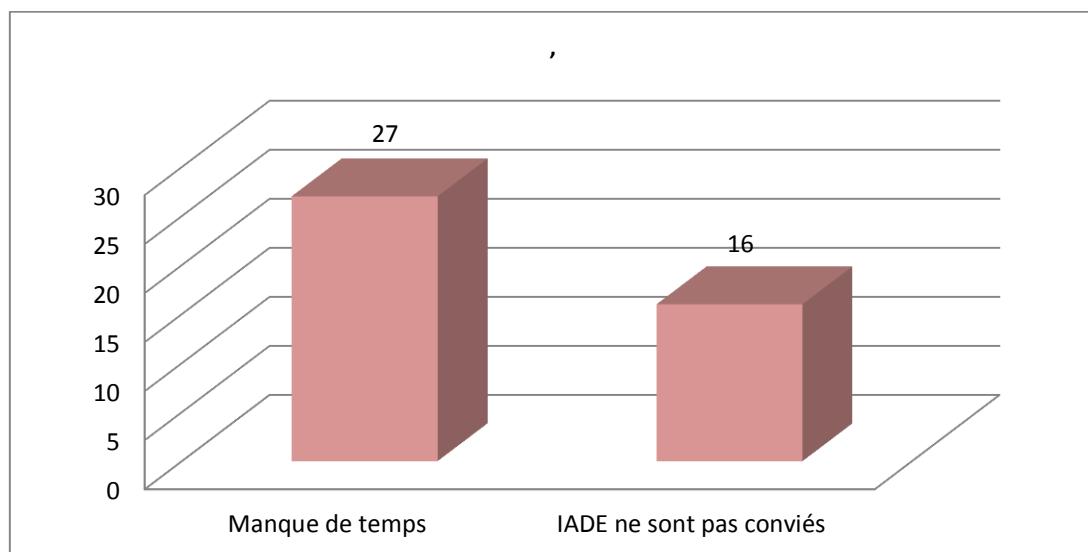
Participation des personnels au staff



(*pas de réponse : 4)

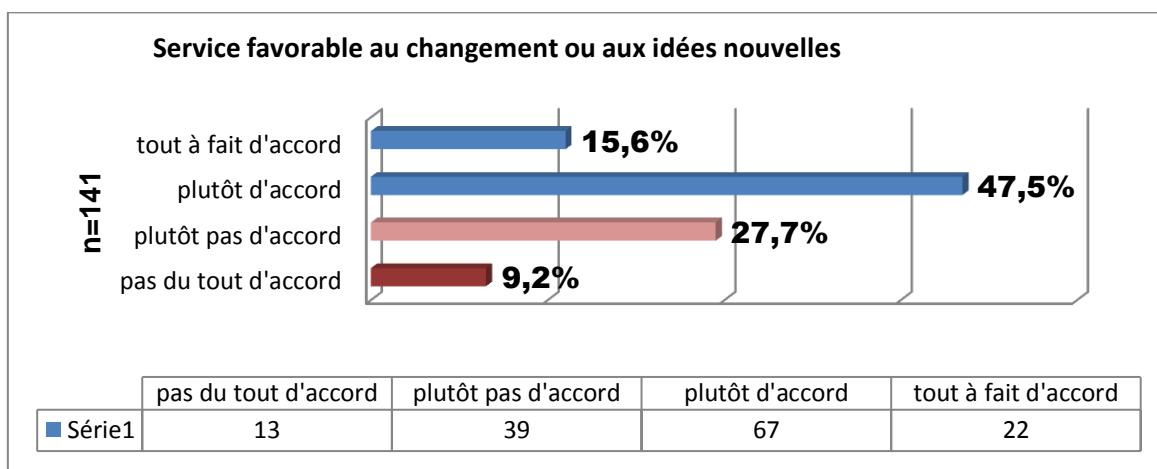
Participation au staff				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
8	0	très souvent	7	3
6	10	Souvent	21	4
0	7	quelquefois	3	0
2	66	Jamais	1	1
2	1	pas de réponse	1	0

Pourquoi le personnel ne va pas au staff ?



(Les effectifs affichés correspondent au nombre de fois que les termes ont été cités)

18. Le service est très favorable au changement ou aux idées nouvelles (question n°20)



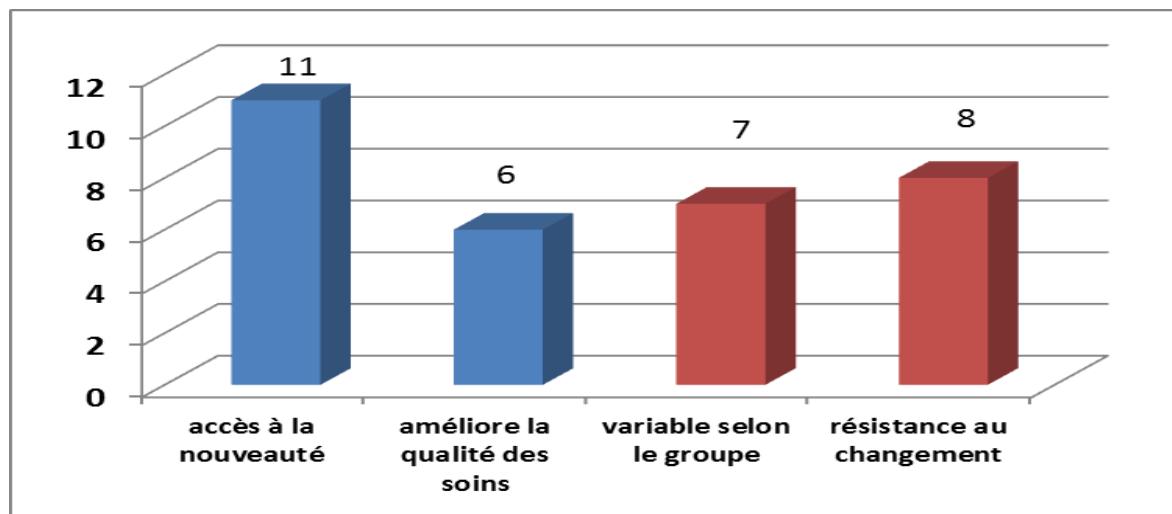
(*pas de réponse : 2)

Service favorable au changement ou aux idées nouvelles				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
9	4	tout à fait d'accord	7	2
8	33	plutôt d'accord	20	6
1	34	plutôt pas d'accord	4	0
0	11	pas du tout d'accord	2	0
0	2	pas de réponse	0	0

Service favorable au changement ou aux idées nouvelles								
DEPARTEMENT	A n=23	B n=18	C n=20	D n=14	E n=17	F n=18	G n=17	H n=16
tout à fait d'accord	2	3	3	3	4	5	2	0
plutôt d'accord	11	5	16	7	8	8	4	8
plutôt pas d'accord	7	7	1	3	2	5	9	5
pas du tout d'accord	2	3	0	1	3	0	2	2
pas de réponse	1	0	0	0	0	0	0	1

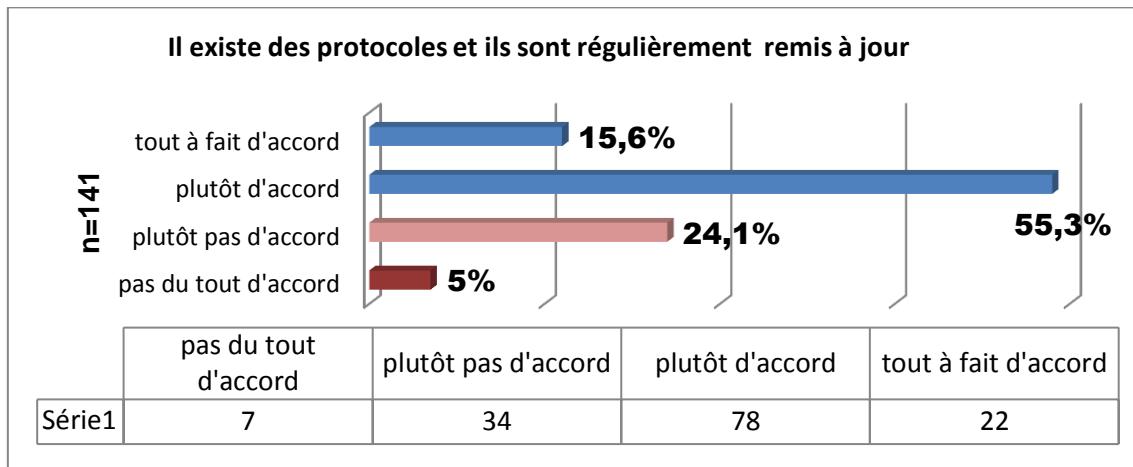
Service favorable au changement ou aux idées nouvelles			
type de bloc	pourcentage de réponses positives		
pavillonnaire	(département A et D)		65,2% (n=36)
central	grosse structure (département B, E et G)	50,1% (n=52)	62% (n=105)
	petite structure (département H, F et C)	73,8% (n=53)	

Pourquoi ?



(Les effectifs affichés correspondent au nombre de fois que les termes ont été cités)

19. Il existe des protocoles et ceux-ci sont régulièrement remis à jour (question n°21)



(*pas de réponse : 2)

Il existe des protocoles et ils sont régulièrement remis à jour				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
4	14	tout à fait d'accord	4	0
10	42	plutôt d'accord	19	7
3	24	plutôt pas d'accord	7	0
1	4	pas du tout d'accord	1	1
0	0	pas de réponse	2	0

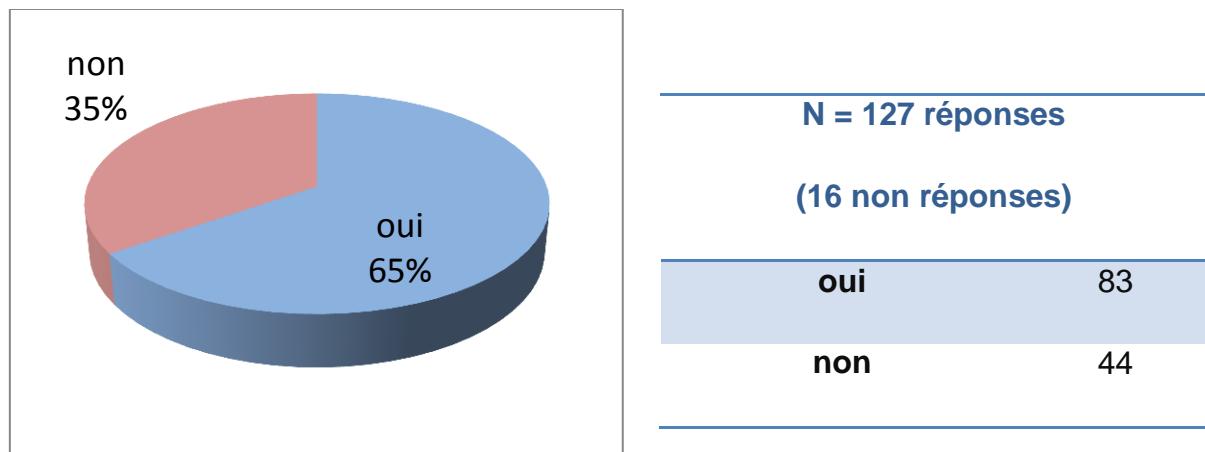
Il existe des protocoles et ils sont régulièrement remis à jour								
DEPARTEMENT	A n=23	B n=18	C n=20	D n=14	E n=17	F n=18	G n=17	H n=16
tout à fait d'accord	5	2	1	2	2	0	7	3
plutôt d'accord	13	8	11	9	6	13	8	10
plutôt pas d'accord	4	6	8	2	6	4	2	2
pas du tout d'accord	0	2	0	1	2	1	0	1
pas de réponse	1	0	0	0	1	0	0	0

Il existe des protocoles et ils sont régulièrement remis à jour			
type de bloc	pourcentage de réponses positives		
pavillonnaire	(département A et D)		80,2% (n=36)
central	grosse structure (département B, E et G)	64,6% (n=51)	68%
	petite structure (département H, F et C)	71,2% (n=54)	

Si non, pourquoi ?

Les personnes ont répondu qu' « *il n'avait pas de protocole ou peu* » (6 réponses) qu'il n'y avait « *pas de remise à jour* » (6 réponses) et que le peu de protocoles ou l'absence de remises à jour pouvaient être liées à un « *manque de temps* » (3 réponses).

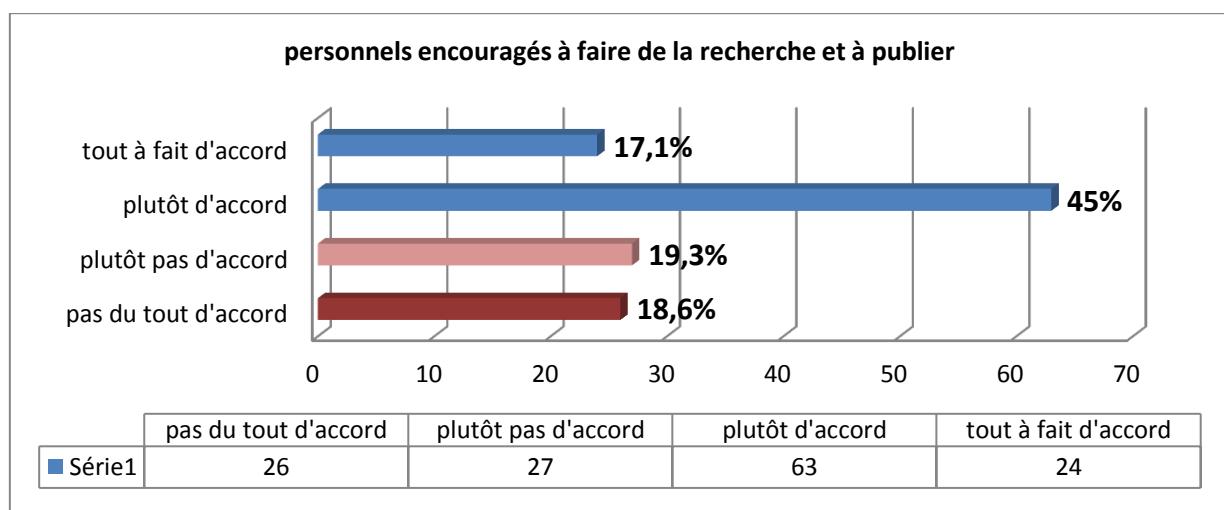
Si oui, chaque modification donne lieu à une information personnalisée et collective :



Sous quelle forme sont matérialisés ces protocoles ?

Réponses (plusieurs possibles)	nombre
CLASSEUR	121
INFORMATIQUE	60
AFFICHAGE	2
MAIL	6

20. Personnels encouragés à faire de la recherche et à publier (question n°22)



(*pas de réponse : 3)

Personnels encouragés à faire de la recherche et à publier				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
2	7	tout à fait d'accord	11	4
15	30	plutôt d'accord	16	2
1	20	plutôt pas d'accord	5	1
0	24	pas du tout d'accord	1	1
0	3	pas de réponse	0	0

Personnels encouragés à faire de la recherche et à publier								
DEPARTEMENT	A n=23	B n=18	C n=20	D n=14	E n=17	F n=18	G n=17	H n=16
tout à fait d'accord	4	0	2	5	3	7	2	1
plutôt d'accord	9	8	15	1	9	8	6	7
plutôt pas d'accord	6	2	2	6	2	1	4	4
pas du tout d'accord	3	6	1	2	3	2	5	4
pas de réponse	1	2	0	0	0	0	0	0

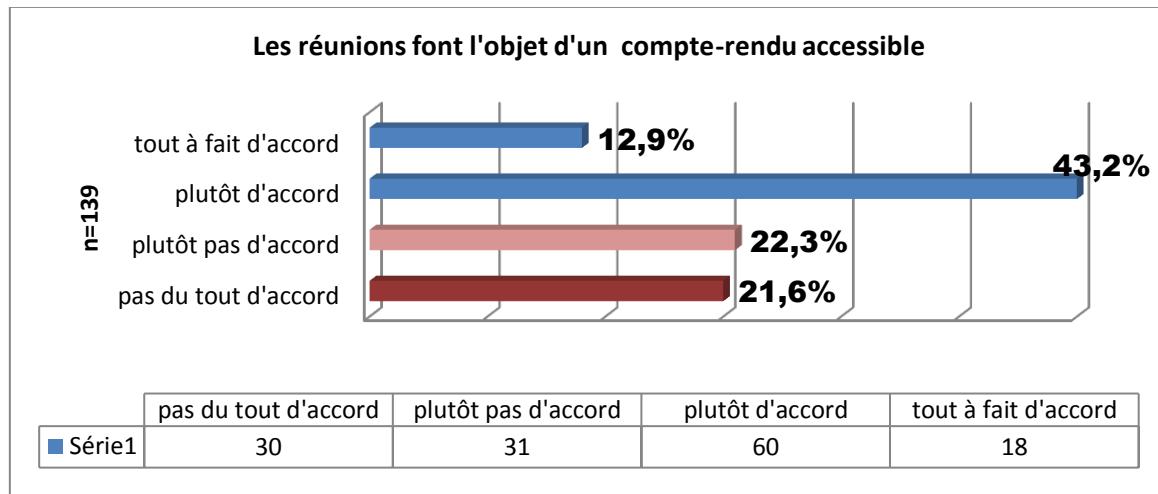
Personnels encouragés à faire de la recherche et à publier			
type de bloc		pourcentage de réponses positives	
pavillonnaire		(département A et D)	
central	grosse structure (département B, E et G)		55,9% (n=49)
	petite structure (département H, F et C)		72,8% (n=54)
		64,5% (n=103)	

Pourquoi ?

(Les effectifs affichés correspondent au nombre de fois que les termes ont été cités)

individu	motivation individuelle	4
	enrichissement des connaissances	5
contexte	manque de temps et de personnel	5
	pas le rôle de l'iade	7
institution	missions et image du CHU	7
	politique du service	3
total des réponses		31

21. Toutes les réunions font l'objet d'un compte-rendu accessible et diffusé à tous (question n°23)



(*pas de réponses : 4)

les réunions font l'objet d'un compte-rendu accessible				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
6	7	tout à fait d'accord	4	1
9	39	plutôt d'accord	10	2
3	17	plutôt pas d'accord	10	1
0	18	pas du tout d'accord	8	4
0	3	pas de réponse	1	0

les réunions font l'objet d'un compte-rendu accessible								
DEPARTEMENT	A n=23	B n=18	C n=20	D n=14	E n=17	F n=18	G n=17	H n=16
tout à fait d'accord	2	2	4	3	4	0	1	2
plutôt d'accord	12	5	9	10	6	7	4	7
plutôt pas d'accord	4	4	6	1	2	4	5	5
pas du tout d'accord	3	7	1	0	5	6	6	2
pas de réponse	2	0	0	0	0	1	1	0

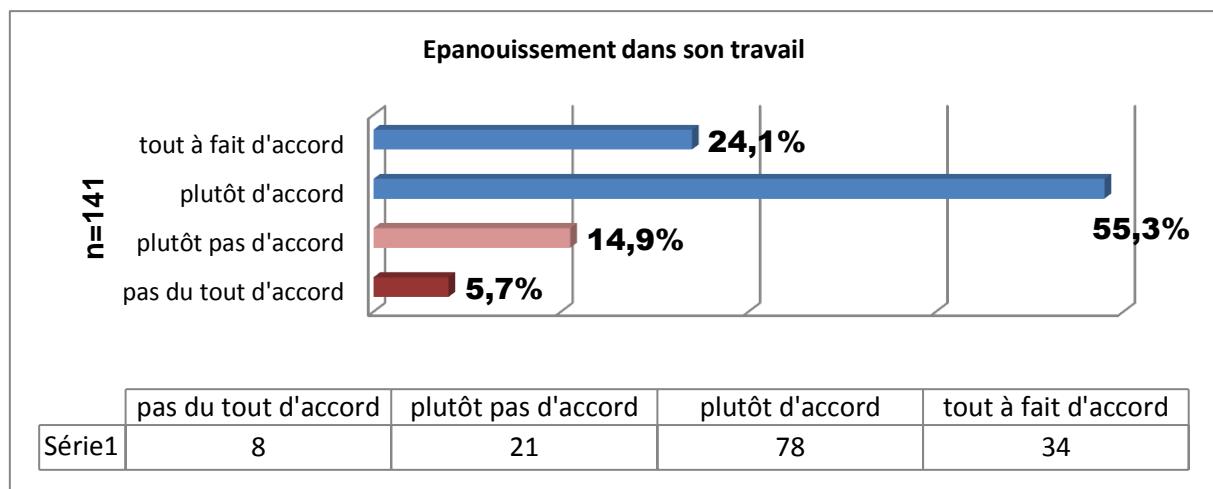
les réunions font l'objet d'un compte-rendu accessible			
type de bloc	pourcentage de réponses positives		
pavillonnaire	(département A et D)		79,8% (n=35)
central	grosse structure (département B, E et G)		43% (n=51)
	petite structure (département H, F et C)		54,1% (n=54)
			48,6% (n=105)

Comment ?

(Les effectifs affichés correspondent au nombre de fois que les termes ont été cités)

compte-rendu	envoyé par mail	4
	non existant	3
	variable selon les réunions	4
transmission de l'information	à toute l'équipe	8
	meilleure quand l'IADE est présent aux réunions	1
total des réponses		20

22. Sentiment de s'épanouir au travail (question n°24)



(*pas de réponse : 2)

Epanouissement dans son travail				
CADRE (n=18)	IADE (n=84)	REPONSES	MEDECIN (n=33)	INTERNE (n=8)
13	11	tout à fait d'accord	4	6
3	51	plutôt d'accord	22	2
2	15	plutôt pas d'accord	4	0
0	6	pas du tout d'accord	2	0
0	1	pas de réponse	1	0

Epanouissement dans son travail								
DEPARTEMENT	A n=23	B n=18	C n=20	D n=14	E n=17	F n=18	G n=17	H n=16
tout à fait d'accord	7	3	3	3	4	5	6	3
plutôt d'accord	13	8	14	9	10	10	4	10
plutôt pas d'accord	1	4	3	2	2	3	6	0
pas du tout d'accord	2	2	0	0	1	0	1	2
pas de réponse	0	1	0	0	0	0	0	1

Epanouissement au travail			
type de bloc		pourcentage de réponses positives	
pavillonnaire		(département A et D)	
central	grosse structure (département B, E et G)		86,3% (n=37)
	petite structure (département H, F et C)		68,6% (n=51) 76,8% (n=105)

Pourquoi ?

(Les effectifs affichés correspondent au nombre de fois que les termes ont été cités)

Epanouissement au travail	
réponses	nombre
contribue à la performance et à la polyvalence	4
par un travail intéressant	8
selon les conditions de travail	8
contraintes liées à l'équipe et à l'encadrement	3
retentissement sur la qualité des soins	8

23. Autres réponses (question n°25)

réponses	nombre
rôle de la place de l'IADE dans l'équipe	5
esprit d'équipe	7
communication avec l'encadrement	2
mauvaises conditions de travail	8
amélioration des compétences = qualité des soins et sécurité	3
Bien-être dans le travail	5

C. Résultats des entretiens avec les chefs de service : tableau comparatif

Nous avons mené 8 entretiens d'une durée moyenne 30 à 40 minutes auprès des 8 chefs de service retenus pour l'étude.

Lieu	Site E	Site A	Site F	Site B
Votre définition de l'organisation apprenante	Notion inconnue	Organisation qui favorise les apprentissages	- Organisation dans laquelle on apprend - parler plutôt de « structure apprenante », « d'activités apprenantes »	- organisation capable de donner de la formation - organisation qui potentialise la capacité d'apprentissage de ses membres - organisation capable d'auto-apprentissage et qui s'améliore elle-même
L'apprentissage permanent au travail	-l'apprentissage permet la valorisation et l'implication des personnels - cours ouverts à tous (personnels médicaux et paramédicaux) >MAR et internes : cours, staffs (staff des dossiers difficiles en vidéo-conférence), revues de bibliographie, compagnonnage au bloc >iades : cours une fois par mois. Absents au staff (sont au bloc)	- concept « d'anesthésie enseignante » - pour les médecins : > cours, staffs, réunions qualité > culture d'apprentissage postuniversitaire bien ancrée - pour les iades : > se fait au bloc par le biais du binôme MAR/iade > iades « coincées » au bloc donc ne peuvent se libérer pour les cours, ne viennent pas	- nécessite de motiver les personnels - passe par la participation au staff, aux congrès, aux publications - accueillir des étudiants (internes, iades) favorise les apprentissages (échanges et partage) - apprentissage par l'erreur primordial (RMM, EPP)	- l'apprentissage : passe par la formation permanente = formation continue et auto-apprentissage individuel au quotidien ; indispensable car demi-vie des connaissances courte (5 ans) - connaissances et pratiques non actualisées et de niveau médiocre chez les personnels d'anesthésie, à cause d'un manque de formation continue et entrée dans la « routine » - formation continue : obligatoire

		<p>quand ce n'est pas sur leurs heures de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de distinction faite entre iades et MAR : mêmes moyens mis en place avec les objectifs identiques mais revues de bibliographie pas maîtrisées par les iades 	<p>(Développement Personnel Continu) mais non suffisante (pour les MAR : 15 j/an, 1 programme de DPC de 3h à valider par an), pas vraiment de sanction si non suivie, représente 0,75 % de la masse salariale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au niveau du DAR : > pour les médecins, beaucoup de choses mises en place : staffs journaliers, staffs juniors, revues de bibliographie, études de dossiers difficiles, réunions qualité, RMM, simulation > pour les iades, peu de choses mises en place : cours hebdomadaires, +/- simulation. Peuvent s'inscrire à des DU ou congrès par le biais de la formation continue. - formation « informelle » : compagnonnage (interne/MAR, iade/MAR, eiade/iade), pause café (partage d'expériences et
--	--	--	---

				de savoirs)
				<p>- peu d'iades participent aux formations dispensées sur leur temps de travail : sont « coincés » au bloc par manque d'effectifs</p> <p>- problème des formations dispensées hors temps de travail : pas d'iades présents (culture de « fonctionnariat ») contrairement aux médecins</p>
Lieu	Site E	Site A	Site F	Site B
Notion d'équipe et de cognition collective avec des objectifs communs (le premier étant l'excellence)	<ul style="list-style-type: none"> - dynamique impulsée à l'équipe : excellence dans le soin et valorisation des personnels (sont encouragés à faire des DU, des masters...) - rôle du staff : multidisciplinarité, partage et échanges de haute qualité 	<ul style="list-style-type: none"> - volonté d'impulser un état d'esprit d'échanges et d'apprentissages mutuels à l'équipe. Sentiment d'appartenance à une communauté très forte, historique. Patriotisme de service. - reconnaissance internationale du DAR 	<ul style="list-style-type: none"> - souhait que les iades aient une dynamique plus proche de celle des MAR (réalisation de revues de bibliographie, implication dans la recherche) : intérêt du stage recherche (nouveau référentiel de formation des iades) pour changer les mentalités - mode de fonctionnement collectif et collaboratif : 	<ul style="list-style-type: none"> - une structure apprenante sélectionne des personnes apprenantes ; influence de la structure sur l'individu (motivation) - En France, exigence d'excellence moins élevée qu'aux E.-U. ou qu'au Japon

	<ul style="list-style-type: none"> - iades : > absents au staff (sont au bloc) > mais impliqués dans la recherche, l'hypnose - tous les personnels sont impliqués et valorisés (MAR, iades ...) : chacun a en charge une thématique particulière 	<ul style="list-style-type: none"> - freins à l'esprit d'équipe : sous-dotation en iades (induit une surcharge de travail et des iades débordés) - peu de temps pour la réflexion collective car travail clinique au bloc trop prenant (concerne particulièrement les iades) 	<ul style="list-style-type: none"> > le patient n'est pas « mon » patient mais celui du service (au contraire des chirurgiens) > implication de tous (besoin de participation des personnels aux décisions, à la vie du service, motivation mutuelle) > savoirs partagés entre tous 	<ul style="list-style-type: none"> - le bloc central favorise les échanges, l'apprentissage mutuel et le développement des compétences de chaque membre de l'équipe et du collectif dans son ensemble - rôle primordial de la pause café : partage des savoirs, expérience individuelle mise à profit de tous, cohésion de l'équipe et cognition collective - équipe impliquée dans la rédaction d'un guide des protocoles publié chaque année : élément d'excellence
Lieu	Site E	Site A	Site F	Site B
Flexibilité, adaptabilité, réactivité de l'organisation (polyvalence de	<ul style="list-style-type: none"> - organisation de type paternaliste obsolète, remplacée par une « version 2014 » plus moderne - polyvalence des personnels obligatoire (pénurie de 	<ul style="list-style-type: none"> - organisation pavillonnaire : « éclatée » - polyvalence du personnel : moyenne car changement de secteur tous les 2 ans, mais 	<ul style="list-style-type: none"> - anesthésie = spécialité prestataire de services - nécessité d'être adaptable 	

<p>tous, capacité à communiquer, travail par projet, hiérarchie leadership, place laissée à l'innovation</p> <p>(polyvalence de tous, capacité à communiquer, travail par projet, hiérarchie leadership, place laissée à l'innovation)</p>	<p>personnel)</p> <ul style="list-style-type: none"> - évolution du métier d'iade (ont beaucoup plus de responsabilités auprès du patient qu'avant car sont souvent seuls en salle) - communication : > permet la cohésion de l'équipe > moderniser l'équipement informatique (mettre en place de la vidéo-conférence pour les staffs, des ipads au bloc... pour favoriser les échanges notamment avec les iades) > DAR replié sur lui-même mais de taille énorme (sur 2 sites) > permet d'homogénéiser les pratiques 	<p>gardes sur tous les secteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - communication : > DAR pavillonnaire : peu d'échanges entre les zones cliniques (les échanges se font en interne, à l'intérieur de ces zones cliniques) > voie descendante (du chef de service vers les zones cliniques) pour les grandes directives > passe par une connaissance parfaite de l'environnement > les échanges se font bien dans un environnement favorable et de respect mutuel (notamment avec les chirurgiens) 	<ul style="list-style-type: none"> - polyvalence des personnels indispensable (facilite la gestion des ressources humaines) - communication interne : > diffusion de l'information primordiale car permet de lutter contre les dysfonctionnements > difficile (DAR de grande taille) > moderniser les moyens (utiliser les nouvelles technologies : listes de discussions web, staff en vidéo conférence ou en différé) > communication informelle et mails très utilisés <p>- communication extérieure :</p> <ul style="list-style-type: none"> > par le biais de staffs communs 	<ul style="list-style-type: none"> - bloc central = équipe unifiées et polyvalentes, apprenance maximale (pas de « zone de confort » pour les personnels) - communication : > en interne : diffusion de l'information grâce au staff et mails > en externe : compliquée (multiplicité des entités chirurgicales : chacune a son fonctionnement propre), rare (à l'occasion de RMM ou changements organisationnels)
--	---	--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - travail par projet : projets à la charge des MAR ou iades ou aides-soignants, coordonnés par le chef de service - rôle de la hiérarchie : <ul style="list-style-type: none"> > impulse une dynamique à l'équipe : valorisation des personnels et excellence dans le soin, personnels encouragés à évoluer professionnellement, > vision globale de l'équipe : assurer la coordination et garantir la cohésion de l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> - travail par projet : plutôt parler de démarche qualité avec des objectifs, basés sur des référentiels. Evaluation continue - hiérarchie horizontalisée car structure avec zones cliniques éparpillées (hôpital pavillonnaire) - ouverture à la créativité, mais 	<p>avec d'autres établissements ou quand protocoles de recherche multicentrique</p> <p>> axée sur la pédagogie</p> <p>- travail par projet présent mais moins formalisé qu'en entreprise : projets délégués aux MAR, coordonnés par le chef de service</p> <p>- hiérarchie horizontale : personnels considérés comme des collaborateurs ; le chef doit être reconnu comme leader par ses pairs ; le leader a une vision globale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - travail par projets : > par pour les iades (à la charge des cadres qui ne sont pas formés et habitués à cela) > existe pour les MAR (recherche, écriture de protocole, amélioration de pratiques) ; lié à la motivation - hiérarchie : > au niveau médical : coache, coordonne, dynamise l'équipe > au niveau paramédical : pas de coaching (cadres débordés et non formés à cela)
--	---	---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - innovations et créativité limitées par le manque de personnel (travail à flux tendu), et les conditions économiques 	<p>dans un cadre défini (déclaration d'intention, approbation par l'équipe, moyens, référentiels). Démarche de qualité des soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> - place laissée à la créativité : encouragée ; fait progresser tout le monde (critiques constructives) 	
Lieu	Site E	Site A	Site F	Site B
L'apprentissage par l'erreur (et les succès)	<ul style="list-style-type: none"> - base de l'anesthésie - passe par les RMM, dans le cadre de la démarche qualité - rôle du staff (fait baisser la morbi-mortalité : réflexion collective sur les cas difficiles en amont) 	<ul style="list-style-type: none"> - démarche qualité - RMM - culture déclarative et anonyme encouragée 	<ul style="list-style-type: none"> - obligatoire et indispensable car anesthésie = spécialité à risques - RMM, EPP - culture déclarative encouragée 	<ul style="list-style-type: none"> - vrai en anesthésie, nécessite un travail d'analyse collectif - partage d'expériences, RMM, EPP - problématique des RMM : répétées (plusieurs fois par an), nécessitent un suivi très prolongé (dizaine d'années) pour maintenir la qualité, charge de travail élevée - iades absents des RMM (problèmes des horaires hors

				temps de travail) alors qu'ont un rôle central au bloc : c'est un frein à l'apprenance du système
Lieu	Site E	Site A	Site F	Site B
La mémoire collective	<ul style="list-style-type: none"> - c'est la mémoire de l'écrit (culture de l'oral dépassée) : protocoles, publications, - mémoire des personnels du DAR : site web avec les photos des internes depuis 15 ans 	<ul style="list-style-type: none"> - transmission de valeurs, d'une culture de site - mémoire écrite : protocoles, cahier de procédures - s'enrichit grâce aux évènements indésirables 	<ul style="list-style-type: none"> - difficile à matérialiser car relève du groupe, de l'équipe - écrite : protocoles, compte-rendu des réunions de service 	<ul style="list-style-type: none"> - écrite : compte-rendu d'EPP, RMM, staffs, guide des protocoles, publications - passe par l'équipe : distribution des âges importante pour la stabilité du système (« jeunes » et « anciens » en proportion égale)

Lieu	Site E	Site A	Site F	Site B
La dimension holistique	<ul style="list-style-type: none"> - « Bien traiter le personnel, c'est bien traiter le malade » - notion importante en anesthésie (spécialité qui génère du stress) : ambiance favorable = prévention du burn-out 	<ul style="list-style-type: none"> - l'épanouissement professionnel nécessite des conditions favorables (personnels en nombre suffisant, conditions de travail) - l'épanouissement au travail influence la qualité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> - organisation non pas centrée sur l'individu et ses préoccupations personnelles mais sur le groupe et ses préoccupations collectives 	<ul style="list-style-type: none"> - importance du contexte : conditions économiques défavorables, manque de temps, surcharge de travail, manque d'effectifs = nuisent au système - rôle du chef : impulse une dynamique positive à l'équipe, valorise et écoute son personnel
Conclusion : pensez-vous que votre DAR est une organisation apprenante ?	<ul style="list-style-type: none"> - Oui - Objectif d'excellence en termes de soins et de recherche. - Nécessite que l'ensemble des personnels du DAR aille dans ce sens. 		<ul style="list-style-type: none"> - oui - indicateurs d'apprenance : actions pédagogiques, publications - contraintes budgétaires et matérielles : « faux » freins ? - nécessite la volonté et la motivation du groupe ; la force vient du groupe. 	<ul style="list-style-type: none"> - oui, souhaité - freins : contexte (économique, démographique) qui nuit à la motivation « sauf à celle de quitter la structure », incompténcies personnelles (limites) du chef

Lieu	Site C	Site D	Site G	Site H
Votre définition de l'organisation apprenante	- Notion inconnue - Structure qui fait de la formation initiale et continue	- notion inconnue - structure qui dispense un enseignement permanent à ses membres	- notion inconnue	- capacité à transmettre des connaissances théoriques et pratiques : > nécessite des outils (présentiel, compagnonnage, cours...) > différente selon le type et la nature de l'apprenant (interne, élève iade...)
Apprentissage permanent au travail	- en anesthésie, l'apprentissage est intrinsèque à l'activité (situations apprenantes) - apprendre pour améliorer la qualité de ce qu'on fait	- essentiel car connaissances vite obsolètes - passe par la participation aux congrès, staffs, cours donnés dans le service	- formations mensuelles ou bimensuelles pour le personnel : présentation de nouveaux matériels, techniques de soins ou innovations (petits déjeuners thématiques organisés par les industriels ou les	- postulat en anesthésie : apprentissage professionnel continu : > intégré à la pratique quotidienne > se fait « au lit du malade »

	<ul style="list-style-type: none"> - plusieurs niveaux d'apprentissage : > le compagnonnage > les RMM et EPP > les enseignements formels (ateliers, cours, staffs) 	<ul style="list-style-type: none"> - formation continue insuffisante pour les iades alors que formation initiale de qualité - problème de l'absentéisme au staff des iades et des cadres iades (car hors des horaires de travail) - culture du « fonctionnariat » chez les iades (peu d'implication et de motivation personnelles, respect très strict des horaires) 	<ul style="list-style-type: none"> tenants de la technique) - apprentissage par le biais des réunions essentiellement : staffs, cours, ou en testant de nouveaux matériels lors d'appels d'offre - présence rare des iades au staff (sont au bloc ou en repos) 	<ul style="list-style-type: none"> - compagnonnage : > binôme MAR/interne > binôme MAR/iade > binôme iade/eiade - la politique d'encadrement et d'accueil des apprenants favorise les apprentissages et dynamise les équipes - nouveau référentiel de formation des eiades : intérêt du nouveau stage « recherche », du stage « douleur » - côté médical : cours, DES, revues de bibliographie, staff
--	--	--	--	--

				- côté iade : cours sur tranche horaire dégagée à cet effet (programme opératoire décalé d'une heure), peu d'iades participant au staff
Lieu	Site C	Site D	Site G	Site H
Notion d'équipe et de cognition collective avec des objectifs communs (le premier étant l'excellence)	<ul style="list-style-type: none"> - passe par des objectifs communs (volonté commune d'amélioration) - rôle du leadership (cohésion de l'équipe) - rôle des individus dans le groupe (apportent leur expertise personnelle au 	<ul style="list-style-type: none"> - souhaitée - travail encore trop éloigné des critères d'excellence (respect des recommandations) - passe par la participation aux enseignements dispensés dans le service : 	<ul style="list-style-type: none"> - volonté d'avoir une équipe homogène en termes de pratiques - existence d'iades référents dans des domaines variés (encadrement des élèves, etc) - tutorat pour intégrer les nouveaux iades à l'équipe - travail de l'équipe selon 	<ul style="list-style-type: none"> - binôme MAR/iade : permet la cognition collective, l'émulation mutuelle

	<p>groupe) et du groupe sur l'individu (définit les règles de conduite : les « bonnes pratiques »)</p>	<ul style="list-style-type: none"> > pour les internes, rôle des staffs « juniors », des revues de bibliographie > pour les iades : cours jugés insuffisants, dynamique d'apprentissage faible (responsabilité individuelle) ; rôle des cadres iades (débordés, s'impliquent peu dans l'organisation de l'enseignement au sein du service) > souhait de former les iades à la recherche, de favoriser le transfert de compétences (droit de prescription limitée pour les iades) 	<p>un référentiel</p> <ul style="list-style-type: none"> - segmentation iades et médecins (travail en collaboration mais préoccupations différentes) : nuit à l'esprit d'équipe - problème de la démographie (manque de personnel) : donne peu de marges de manœuvre dans l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> - rôle du staff : réunions médicales ou mixtes MAR/iades (peu d'iades y participent) - pour les iades : > volonté de les pousser à se former pour faire de la recherche > existence d'une « iade recherche » (participe avec les MAR aux protocoles mis en place dans le service) - volonté de faire de la coopération professionnelle pour aller vers des pratiques avancées
--	--	--	--	---

	Site C	Site D	Site G	Site H
Flexibilité, adaptabilité, réactivité de l'organisation (polyvalence de tous, capacité à communiquer, travail par projet, hiérarchie leader-chip, place laissée à l'innovation)	<ul style="list-style-type: none"> - adaptabilité et flexibilité obligatoires : anesthésie = spécialité de soutien logistique au service des autres - polyvalence du personnel pour faire face à toutes les situations d'anesthésie ; plus-value de l'expertise individuelle dans un domaine pour le groupe -communication : indispensable pour la prise en charge du patient (notion de parcours de soins impliquant la collaboration des 	<ul style="list-style-type: none"> - structure pavillonnaire : fonctionnement archaïque, routine, sectorisation des équipes (restent longtemps sur un secteur), peu d'échanges entre les secteurs - moyens de communication actuels vétustes : introduire le wifi, moderniser l'équipement informatique, 	<ul style="list-style-type: none"> - polyvalence du personnel (tournent sur tous les secteurs) : permet de s'adapter aux changements de programme opératoire et de remplacer du personnel absent - la communication : > avec l'extérieur (lors des salons, 	<ul style="list-style-type: none"> - polyvalence du personnel (facilite la gestion des ressources humaines) - le bloc est un milieu fermé :

<p>professionnels).</p> <p>Utilisation des mails, rôle des staffs et réunions.</p> <p>Discussions informelles</p> <p>- travail par projets :</p> <ul style="list-style-type: none"> >organisationnels (prise en charge du patient en chirurgie ambulatoire) >médicaux (réhabilitation du patient en chirurgie thoracique) 	<p>utiliser les réseaux sociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participation des médecins à la recherche et l'enseignement, pas de réel travail par projet. Projets pour les équipes mais pas pour le reste du personnel (sens de « travail par projet » à définir) 	<p>avec les écoles d'iades) : incombe aux cadres</p> <ul style="list-style-type: none"> > effective avec les chirurgiens > dans le DAR, se fait grâce à des réunions, lors de formations, à l'occasion de discussions - Travail par projets : > inadapté au DAR > travail en anesthésie « contraint », à la demande des chirurgiens, et médecins, basé sur des objectifs à atteindre (trouver des solutions en urgence) 	<ul style="list-style-type: none"> > côté iade : iade douleur, recherche, projet de pratiques avancées permettent de sortir du bloc > côté MAR : plus d'interfaces existantes (anesthésie, réanimation, USC) qui favorisent la communication > rôle des staffs et réunions de service dans la transmission des informations - mails peu utilisés pour communiquer - travail par projet : > iades très participatifs (choix de matériels, nouveaux processus de soins mis en oeuvre)
---	---	---	--

			<p>L'anesthésie est une spécialité prestataire de services et qui ne ramène pas directement d'argent à l'hôpital contrairement à la chirurgie (tarification T2A)</p> <ul style="list-style-type: none"> - rôle du chef en tant que leader pour instiller une atmosphère propice au bien-être de chacun et dynamiser le groupe en fixant des objectifs pour que tous s'améliorent (ces objectifs répondent à des missions institutionnelles) - créativité autorisée (quand expertise 	<p>> protocoles de recherche médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> - positionnement hiérarchique complexe : « chef » et « leader » selon les moments : >leader pour entretenir la dynamique de groupe >chef pour gérer, cadrer l'équipe (effectifs importants) ou rendre des comptes à l'administration - rôle du chef : coacher l'équipe pour amener chacun vers l'excellence - innovations permises dans
--	--	--	---	--

	individuelle dans un domaine) mais dans un certain cadre (respect des « bonnes pratiques »)	- peu d'innovations car contraintes budgétaires trop grandes (coût élevé)	le cadre du binôme MAR/IADE au bloc (partenariat « intelligent ») Test de nouveaux matériels	
				- avis de tous pris en compte, équipe très participative
L'apprentissage par l'erreur (ou les succès)	Site C - rôle des RMM - culture de la gestion de l'erreur : dynamique de groupe, volonté d'amélioration de ses pratiques	Site D - rôle des RMM dans la gestion des risques (1 à 2 RMM par an : nombre jugé insuffisant) - participation de quelques iades aux RMM	Site G - l'anesthésie est une spécialité à risques - se fait par le biais de RMM (analyse des stratégies de prise en charge de patients « lourds ») : réflexion	Site H - Rôle des RMM (obligatoires) : 4 à 5 par an, > But des RMM : améliorer la qualité au moyen d'une réflexion collective pour lutter contre les dysfonctionnements

	<ul style="list-style-type: none"> - partage informel d'expérience entre collègues - peu d'iades présentes aux RMM 	<ul style="list-style-type: none"> - connaissances très vite obsolètes : rôle important de la formation continue dans l'évitement de l'erreur - obligation de formation continue (DPC) pour les médecins, pas pour les iades 	<p>collective</p> <ul style="list-style-type: none"> >purement médicales ou ouvertes aussi aux iades >peu d'iades y participent (sont au bloc ou en repos) - réalisation de quelques EPP - rôle des protocoles (« garde-fous » permettant d'éviter les erreurs graves) 	<ul style="list-style-type: none"> organisationnels et humains (culture de la gestion de l'erreur) >MAR et IADES y sont conviés et y participent > donne du sens à l'équipe, favorise la cohésion
	Site C	Site D	Site G	Site H
La mémoire collective	<ul style="list-style-type: none"> - c'est les « savoir-faire » ensemble - informelle : liée aux individus. Le turn-over du 	<ul style="list-style-type: none"> - le turn-over des personnels est un frein à la mémoire collective - rôle des RMM 	<ul style="list-style-type: none"> - turn-over rapide des personnels : ne permet pas de garantir la mémoire collective 	<ul style="list-style-type: none"> - rôle de l'expérience

<p>personnel ne nuit pas à la mémoire collective si persiste un « noyau » stable dans l'équipe</p> <p>- formelle : rôle des écrits</p>	<p>- « civilisation de l'écrit » : rôle des procédures, compte-rendus, cours)</p> <p>- supports informatiques à moderniser</p>	<p>- l'ancienneté dans le service permet de préserver la mémoire collective : cas des cadres iades, de certains « vieux » médecins et iades.</p> <p>- rôle des écrits (procédures, protocoles...)</p>	<p>- rôle de l'ancienneté dans le service</p> <p>- rôle des écrits (compte-rendus des réunions, notamment des RMM)</p>
--	--	---	--

	Site C	Site D	Site G	Site H
La dimension holistique	<ul style="list-style-type: none"> - passe par les interactions groupe/individu : l'individu apporte au groupe, le groupe apporte à l'individu - bien-être au travail et sentiment d'appartenance au groupe favorisent la liberté d'expression et le dynamisme de tous, ce qui permet d'augmenter les compétences du groupe - rôle du chef pour maintenir cette atmosphère 	<ul style="list-style-type: none"> - valorisation salariale des gardes d'ades - volonté que les personnels se sentent bien au travail, travaillent ensemble pour le patient et s'investissent (apprentissage, recherche, enseignement) 	<ul style="list-style-type: none"> - bien-être au travail dépendant d'une bonne entente et dynamique dans l'équipe (bonnes relations, place laissée à la créativité), rôle des cadres dans ce domaine - sont nuisibles : l'obligation de productivisme, la pression liée à la tarification T2A, le travail à flux tendu (manque de personnel) - le bien-être au travail se mesure-t-il à l'ancienneté dans le service ? - valorisation des 	<ul style="list-style-type: none"> - rôle de la motivation et du positionnement individuel (venir au travail en étant content ou changer de travail si ce n'est plus le cas) - bien-être au travail dépendant : <ul style="list-style-type: none"> > de l'offre variée de spécialités sur le site (côté attractif) > des conditions de travail (effectifs suffisants) Mais actuellement, contexte difficile (pression économique, budgétaire et démographique)

			<p>personnels par la polyvalence, la formation</p> <p>- polyvalence parfois vécue comme une contrainte par le personnel</p>	
Lieu	Site C	Site D	Site G	Site H
Conclusion : pensez-vous que votre DAR est une organisation apprenante ?	<p>- oui dans une certaine mesure : missions officielles inhérentes au fait d'être un CHU</p> <p>- mais : « Il y a ce que l'on veut faire, le chemin sur lequel on est, et la destination ! »</p>	<p>- Oui le DAR est une organisation apprenante (CHU)</p> <p>- Mais : sous-dotation en personnel, en équipements (informatiques et d'anesthésie) et manque de temps</p>	<p>Si l'organisation est apprenante, c'est du fait des acteurs du DAR (cadres investis, médecins, iades) : volonté collective d'avancer, malgré les contraintes liées au contexte économique et démographique actuel.</p>	<p>Oui.</p> <p>DAR centré sur l'apprenant (interne, eiade)</p>

V. ANALYSE des résultats

Toutes les données ont été analysées à la lumière des 6 critères de l'organisation apprenante retenus après revue de la littérature, à savoir : l'apprentissage permanent au travail, la notion d'équipe et de cognition collective, la flexibilité, l'adaptabilité et la réactivité de l'organisation, l'apprentissage par l'erreur, la mémoire collective et le fait que l'organisation place l'individu au centre de ses préoccupations.

Concernant les questionnaires, les réponses n'ont donc pas été analysées dans l'ordre où les questions ont été posées, mais selon le ou les critères de l'organisation apprenante auxquelles elles se rattachent. Les réponses aux différentes questions ont donc parfois été traitées plusieurs fois.

Pour chaque critère définissant l'organisation apprenante, il a été choisi d'observer, dans un premier temps, la globalité des réponses apportées, tous sites confondus, tous personnels confondus.

Dans un deuxième temps, les réponses données par les médecins (et les internes quand cela s'y prêtait) ont été confrontées à celles apportées par les infirmières anesthésistes (iades) et les cadres quand cela s'y prêtait, tous sites confondus, dans le but d'évaluer si leurs réponses diffèrent.

Dans un troisième temps, pour explorer si la géographie de la structure a une influence sur le caractère apprenant de l'organisation, les réponses données dans les structures avec blocs pavillonnaires (sites A et D) ont été confrontées à celles données dans les structures avec blocs centraux (sites B, C, E, F, G, H). Ensuite, les structures avec blocs centraux ont été classées en 2 catégories, grâce au cumul des effectifs (médecins, infirmiers anesthésistes, cadres). Ainsi, les réponses données dans les structures avec bloc central de grande taille (sites B, E, G) ont été confrontées aux réponses données dans les structures avec bloc central de petite

taille (sites C, F, H), le but étant d'évaluer l'influence de la taille de la structure sur le caractère apprenant de la structure.

Les entretiens semi-directifs réalisés auprès des chefs de service ont été exploités simultanément aux questionnaires, pour chaque critère de l'organisation apprenante, afin d'éclairer les réponses données par les personnels.

A. L'apprentissage permanent au travail

(Question n : 4, 5, 6 et 19)

Selon la littérature, une organisation apprenante favorise l'apprentissage permanent au travail.

6 sur 8 chefs de services interrogés pensent que l'apprentissage permanent au travail est une nécessité en anesthésie, si on veut faire de la qualité.

Les départements d'anesthésie favorisent-ils vraiment l'apprentissage permanent au travail?

1. Analyse des réponses tous sites confondus, tous personnels confondus

Au sujet de l'actualisation des connaissances (question 5), 118 sur 143 personnes interrogées, soit 84 %, pensent que le département d'anesthésie leur permet de mettre à jour leurs connaissances.

A la question « *comment ?* », les réponses principalement données sont (par ordre décroissant) : grâce aux « *formations* » (48 occurrences), à la « *participation à des congrès* » (42 occurrences) ou au « *staff* » (34 occurrences), à des « *cours* » (28 occurrences), par le biais de la « *bibliographie* » (17 occurrences), de la « *recherche* », des « *ateliers* », ou encore grâce à l' « *informel (échanges)* » (10 occurrences). Certaines réponses évoquent aussi le « *tutorat* » et le caractère « *pluridisciplinaire* » du bloc.

La globalité des réponses à la question concernant le fait que **le département d'anesthésie favorise les apprentissages (question 6)** va dans le même sens. En effet, 114 sur 140 (3 non répondants), soit 81% des personnes interrogées répondent par l'affirmative.

A la question « *comment* », les principales réponses, dans l'ordre décroissant, sont : grâce aux « *formations* », « *ateliers* », « *tutorat* », « *cours* », « *staff* », réponses quasi-identiques à la question concernant l'actualisation des connaissances.

Enfin, à la question sur le fait que **le département d'anesthésie favorise le développement des compétences (question 4)**, une fois encore presque l'ensemble du personnel exprime un avis favorable : 129 sur 143, soit 89% des personnes interrogées. A la question « *comment* », les réponses principales sont : grâce aux « *formations* » (28 occurrences), à la « *pluridisciplinarité du bloc* » (20 réponses) et au « *staff* » (15 occurrences).

Pour les personnes interrogées, le département d'anesthésie permet donc l'apprentissage, l'actualisation des connaissances et le développement des compétences.

Cela répond à la mission de formation qui incombe, plus qu'au département d'anesthésie, à l'hôpital dans son ensemble. En effet, la première mission des CHU (Centres Hospitaliers Universitaires) est la formation des personnels (86) depuis leur création par la réforme Debré et le décret de 1958. Ceci explique que 2 chefs de service sur les 8 interrogés répondent que favoriser l'apprentissage au travail en anesthésie est corroboré au fait d'appartenir à un centre hospitalier universitaire (CHU) (site C et D). Rappelons que la formation permanente des personnels de santé est valorisée par le décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

La formation permanente des professionnels du département d'anesthésie passe par l'apprentissage formel et l'apprentissage informel.

Pour ce qui de l'apprentissage formel, les cours et formations arrivent en première position.

Mais pour certaines personnes interrogées, l'accès aux formations reste insuffisant. Le manque de budget est évoqué.

Pourtant, certains hôpitaux publics ont fait le choix d'investir davantage que les 2,7% de la masse salariale fixés par la réglementation pour la formation des personnels. Ces hôpitaux considèrent que la formation continue des agents fait partie intégrante de la stratégie de gestion de la qualité et des risques. Ainsi, ces budgets représentaient 3,7% en 2012 (hors personnel médical) à l'AP-HP malgré une baisse notable (5,8% en 2011) (100). Mais un rapport sur la formation continue des agents de la fonction publique (107) met en évidence qu' « *hors éducation nationale, on peut constater un fléchissement de la part des formations de « perfectionnement » (de 81 % en 2001 à 75 % en 2004) au profit des « préparations aux concours » (de 14 % en 2001 à 20 % en 2004)* ».

La simulation est une nouvelle modalité de formation qui consiste à mettre en « immersion complète » des professionnels dans une situation clinique simulée. Elle n'a été évoquée que par un chef de service (site B) et n'apparaît pas dans les questionnaires. Peut-être est-ce en raison de son coût élevé, de sa récente mise en place, ou du peu de centres qui la proposent actuellement.

Accueillir des étudiants est inhérent à la mission de formation de l'hôpital et du département d'anesthésie. Les personnes interrogées et l'ensemble des chefs de service y voient un moyen d'apprendre. En effet, former des étudiants implique pour les professionnels d'être en mesure de transmettre des savoirs. A ce titre, la littérature rappelle que « *la mise en situation d'enseigner est propice à une réinitialisation de son propre savoir et par là à sa remise en cause au moins partielle* » (30).

Le staff, temps bien formalisé, occupe une place de choix dans les réponses données par le personnel interrogé (15 occurrences question 4 ; 34 occurrences, question 5 ; 11 occurrences question 6) et par tous les chefs de service. Le staff arrive en 3^{ème} position sur les éléments qui favorisent l'actualisation des connaissances en anesthésie (question 4) et en 5^{ème} position sur les éléments qui favorisent l'apprentissage en anesthésie (question 6). Le staff, selon l'HAS (87), permet d'adopter une posture réflexive permettant d'établir une liaison entre savoirs et actions afin d'intégrer les savoirs dans la pratique professionnelle. La " pratique réflexive " amène le professionnel à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive tout en créant des liens avec les connaissances (scientifiques ou autres) pour analyser l'action pendant qu'elle se déroule ou après qu'elle se soit déroulée. Autrement dit, si le staff favorise l'apprentissage, il permet surtout le développement des compétences ou « savoirs en usage » (7).

La bibliographie apparaît également dans certaines réponses données par le personnel (17 occurrences, question 5). Les professionnels peuvent s'abonner à titre personnel à des revues, mais leur coût élevé est un frein. C'est pourquoi les départements d'anesthésie disposent d'un large éventail de revues scientifiques papier et d'ordinateurs permettant la consultation en ligne d'articles médicaux. L'accès y est gratuit, mais bien souvent dans des sites éloignés des blocs (bureaux médicaux, bibliothèque) ; de surcroît, la dotation en matériel informatique est parfois médiocre ou vétuste.

4 chefs de service sur 8 (site E, F, B, H) font référence à la bibliographie en évoquant les « *revues de bibliographie* », temps dédiés à l'analyse critique collective de la littérature.

Concernant les apprentissages informels, 4 sur 8 (site B, C, E, H) pensent que l'apprentissage en anesthésie est inhérent à l'activité. L'un des chefs de service parle même d' « *anesthésie enseignante* » (site A). En effet, on sait que l'anesthésie est une spécialité qui requiert un apprentissage pratique, tout comme les autres spécialités médicales. C'est pourquoi médecins et infirmiers sont formés en alternance.

Les blocs pluridisciplinaires, c'est-à-dire proposant plusieurs spécialités chirurgicales, sont évoqués dans les questions relatives à l'apprentissage permanent au travail (question 4 et 5). Le fait de travailler dans plusieurs spécialités implique d'être polyvalent et de maîtriser à la fois des savoirs théoriques et des savoir-faire pratiques.

« *La pratique professionnelle* » en anesthésie (8 occurrences, question 6) permet donc d'apprendre et d'acquérir ce que certains appellent l'« *expérience* » (14 occurrences, question 4), autrement dit un capital de compétences cumulées.

La part de l'informel est conséquente dans les apprentissages en anesthésie, exprimée par certains sous le terme « *échanges* » (5 occurrences, question 4) ou le terme « *informel* » (10 occurrences, question 5). Ces apprentissages non standardisés peuvent aussi se faire à l'occasion d' « *essais de nouveaux matériaux* » (8 occurrences, question 4), pratique courante en anesthésie.

Rappelons que pour le Centre du savoir sur l'apprentissage et le milieu de travail (Canada) estime que 80% de l'apprentissage en milieu de travail se fait de façon informelle.

Un des chefs de service (site A) parle de « *formation au lit du malade* » pour les personnels d'anesthésie.

Un autre chef de service (site B) évoque le rôle de la pause-café, qu'il compare au « *bar d'escadron* », pratique consistant chez les pilotes d'avion à se réunir au bar une fois leur journée terminée, pour partager autour d'un verre leurs expériences afin d'apprendre les uns des autres. : « *la pause-café, c'est du partage d'expérience, c'est de l'apprentissage et c'est très important. La pause-café permet de démultiplier l'expérience par le partage* ». Ceci a déjà été montré par une étude réalisée en 2001 par H. Thonnerieu sur la pause-café en anesthésie (22).

2.L'apprentissage au travail pour les médecins et pour les IADES

Les questionnaires recueillis montrent une différence significative entre les réponses données par les médecins et celles données par les infirmiers anesthésistes à propos de l'apprentissage permanent au travail. Cette tendance est confirmée par 7 sur 8 chefs de service.

Rappelons que tous ces professionnels sont dans l'obligation de se former continuellement et d'actualiser et perfectionner leurs connaissances, comme le stipule le Code de la Santé Publique. Cela plus encore depuis l'instauration du dispositif de DPC en 2012 (Développement Personnel Continu) (106).

- La quasi-totalité des **médecins** est d'accord sur le fait que le département d'anesthésie favorise l'apprentissage permanent au travail.

32 sur 33, soit 96%, pensent qu'ils peuvent actualiser leurs connaissances (question 5), développer les compétences (question 4) et que le département d'anesthésie favorise les apprentissages (question 6).

Les chefs de service rappellent l'important dispositif mis en place pour les médecins dans les départements d'anesthésie : staffs, staffs « junior » pour les internes, revues de bibliographie, étude de dossiers difficiles, congrès...

Dispositif qui dépasse largement celui de la formation continue en général, jugé encore insuffisant par le chef de service du site B pour les médecins : 15 jours de formation continue obligatoires par an, et un programme de DPC de 3h à valider chaque année. Pour lui, « *le DPC, dispositif un peu coercitif, arrive juste maintenant... C'est tout neuf, mais les choses n'ont pas changé du tout. Cela viendra au fur et à mesure que la vis serra de plus en plus serrée. Les médecins prendront conscience qu'ils doivent répondre à leurs obligations sans quoi il y aura une conséquence. Aujourd'hui, il n'y a aucune conséquence donc les gens ne se forment pas, excepté ceux qui aiment bien ça, qui ont l'esprit curieux* ». (...) *Dans le DPC, les médecins sont dans l'obligation réglementaire de valider annuellement un programme de DPC. Et un programme de DPC ne représente que 3h de formation...*

cela signifie qu'un médecin maintiendrait son niveau de connaissances avec 3h de cours par an ?! C'est absurde ! Vous devenez forcément moins bons si vous ne maintenez pas vos connaissances et le système est alors en perdition... »

Si le DPC reste peu incitatif aujourd'hui, le staff est vu par 97% des médecins interrogés (31 sur 32 ; 1 non répondant) comme un moment d'apprentissage (question 19), sachant que 87,5% (28 sur 32 ; 1 non répondant) déclarent y participer régulièrement.

Il en est de même pour les internes : 8 sur 8 pensent que le développement des compétences est favorisé, qu'ils peuvent actualiser leurs connaissances et que les apprentissages sont favorisés dans le département d'anesthésie. 7 sur 8 internes disent participer régulièrement au staff.

- Les **iades** estiment à 87 % (73 sur 84) que le département d'anesthésie favorise le développement des compétences (question 4), à 74% (62 sur 84) l'actualisation des connaissances (question 5) et à 71% (58 sur 81 ; 3 non répondants) les apprentissages (question 6). L'AP-HP, dans son projet de soins central 2010-2014 (108), rappelle que « *la complexité et l'évolution rapide des prises en charge et des thérapeutiques, la baisse de la DMS, imposent aux paramédicaux l'acquisition de nouvelles compétences* ».

Les iades interrogés semblent plutôt satisfaits en terme d'apprentissage permanent au travail, même si 7 sur 8 chefs de service s'accordent pour dire que peu de choses sont mises en place pour les iades : « *les infirmières anesthésistes sont sous-dotées en terme d'enseignement, elles ont très peu de formation permanente, très peu d'enseignements post-universitaires* » (site D).

Il y a bien quelques cours, mais cela, selon eux, n'arrive pas à la hauteur de ce qui est fait pour les médecins dans le département d'anesthésie : « *il y a beaucoup plus de choses faites pour les médecins que pour les iades en termes de formation* ». (Site B).

Rappelons que les iades, tout comme les médecins, sont soumis à l'obligation de DPC. Plus qu'un système « *un peu coercitif* », pour reprendre les termes du chef de

service du site B, ce dispositif présente un réel intérêt pour la formation continue, c'est ce qu'a démontré une récente étude londonienne explorant le vécu du DPC par 451 infirmières britanniques à l'aide de 5 questions ouvertes très précises (109). Lors de cette enquête, il a été mis en évidence que le DPC permettait aux infirmières de maintenir à jour leurs connaissances, ce qui leur était bénéfique personnellement comme professionnellement et leur évitait des erreurs potentiellement dangereuses pour les malades. Par ailleurs, les infirmières avaient répondu, dans cette étude, qu'elles préféraient la formation de type informelle (« *apprentissage sur le tas* », au travail) aux méthodes scolaires de type cours universitaires présentiels.

Le staff se situe à la frontière des formations présentielles et des méthodes d'apprentissage plus informelles. Ce type de réunion permet l'apprentissage grâce au partage d'information ou échanges mutuels des participants.

Mais 7 sur 8 chefs de service admettent que les iades y sont absents, ce que ces derniers (question 19) confirment à 88% (73 sur 83 ; 1 non répondant). Il est pourtant reconnu que le staff favorise l'apprentissage (87). L'absence des iades au staff explique probablement que ceux-ci pensent à 69% (53 sur 77 iades, 7 non répondants) que le staff n'est pas un moment d'apprentissage (Question19).

L'absence des iades au staff, est due, pour 6 sur 8 chefs de service, au fait que les iades soient « *coincées au bloc* » (site A), à cause du manque d'effectifs et donc dans l'impossibilité de se libérer pour les staffs. Les iades, eux, parlent simplement de « *manque de temps* » (Question 19).

Le problème est quasi-identique pour les cours, selon les chefs de service.

Et quand les cours ou staffs ont lieu hors temps de travail pour lever cet obstacle (sites A et E), les chefs de service expliquent que les iades n'y vont pas. Les contraintes familiales et personnelles sont évoquées. 2 chefs de service vont même jusqu'à parler de « *culture du fonctionnariat* » (sites D et B), regrettant de ne pas savoir comment motiver les iades à venir. : « *On a le sentiment d'apporter tout « tout cuit » mais comme le staff a lieu à 16h30, les iades ne viennent pas, elles vont récupérer leurs enfants à l'école. Mais cela concerne aussi celles qui n'ont pas*

d'enfants à aller chercher... Il y a des personnes qui pourraient être là et qui ne sont pas là... (pause) Quelque part, c'est un échec pour nous, ça veut dire qu'on n'a pas réussi à les motiver... » (site D). Mais ce problème est loin d'être limité aux départements d'anesthésie concernés par notre enquête. En effet, l'étude londonienne sur l'intérêt du DPC, citée précédemment (109), a mis en évidence que l'équilibre de vie est une préoccupation majeure chez les infirmières interrogées : la formation ne doit pas empiéter sur la vie personnelle. C'est pourquoi tout déplacement pour un séminaire en dehors du temps de travail semble mal accepté.

Comment expliquer les problématiques liées aux formations présentielles ?

Peut-être par la différence de culture existant entre le corps médical et paramédical. Les médecins sont très tôt habitués à participer aux staffs et réunions de service, dans le cadre de leurs stages pratiques, ce qui n'est pas le cas des iades : « *chez les iades, il y a un respect extrêmement strict des horaires et quand c'est en dehors des horaires de travail, on ne vient pas et ça a toujours été comme ça, c'est vraiment dommage* », regrette le chef de service du site D. « *Il faut changer les cultures* », pour le chef de service du site B.

Par ailleurs, les médecins n'ont pas le même décompte du temps de travail que les iades. Le travail est comptabilisé en demi-journées, alors que pour les iades, il est compté à l'heure. La demi-journée, pour les médecins et internes, n'a pas de durée définie d'après la Lettre DH/7C n°7291 du 5 septembre 1991 signée de Gérard Vincent, Directeur des hôpitaux. Le nombre d'heures par semaine peut varier de 48 à 60h pour les médecins d'après la loi du 12 décembre 2010 fixant la durée du travail des médecins, dentistes, vétérinaires, candidats médecins en formation, candidats dentistes en formation et étudiants stagiaires se préparant à ces professions (110). En revanche, les iades ne peuvent avoir une durée de travail qui excède 35h par semaine d'après le Décret 2002-8 du 4 janvier 2002.

Les médecins, beaucoup plus présents que les iades au travail, auraient adapté leur rythme de vie à ces contraintes. Cela qui pourrait expliquer leur fort taux de participation à toutes les réunions (staffs, cours, etc..), et, à l'inverse, la réticence des iades à faire des heures supplémentaires pour suivre des formations ou aller au staff. Le chef de service du site B dit à ce sujet que « *le problème majeur de la formation*

pour les personnels non médicaux, c'est le temps de travail. C'est un peu moins vrai pour les personnels médicaux. Les personnels non médicaux se forment ou ont été habitués à se former pendant leur temps de travail, et ça c'est impossible aujourd'hui, ou du moins ça rend les choses excessivement complexes ».

Se pose ici la question du e-learning, nouveau mode d'apprentissage en ligne qui permettrait de lever les contraintes liées aux formations présentiellels. Mais, nouveau, il est encore peu développé dans le monde hospitalier, comme le rappelle certains écrits (88).

Pourtant, A. Muller et P. Carré y voient un intérêt certain (111) : les sites intranet des services pourraient pallier au problème des formations présentiellels, par la mise en ligne de différents cours, consultables chez soi depuis son ordinateur. L'utilisation des NTIC pour l'auto-apprentissage est d'ailleurs le principe fondateur de « *l'entreprise 2.0* », nouveau type d'entreprise très moderne basée sur le numérique, comme l'explique Andrew McAfee, professeur au MIT Sloan School of Management (51).

Finalement, l'apprentissage pour les iades relève plus de l'informel, comme le rappellent A. Muller et P. Carré (111).

Ces apprentissages « *au lit du malade* » (chef de service du site A) sont majorés, pour 3 sur 8 chefs de service, grâce au « *binôme médecin/iade qui est la véritable caractéristique de notre discipline* » (site H). La présence d'étudiants (4 sur 8 chefs de service) permet aussi d'apprendre car « *avoir des apprenants dans les milieux professionnels, quels qu'ils soient, dynamise les équipes, oblige à se remettre en question, donc c'est très bénéfique pour tout corps de métier. Le nôtre n'y échappe pas* » (site H).

Ces binômes « apprenants » sont le lieu privilégié pour transmettre des savoirs, car pour Mr Malicot, président des Compagnons du Tour de France, la transmission du savoir au travail repose avant tout sur les pairs (33).

D'une part, les iades seraient donc dans un mode d'apprentissage plus intuitif que les médecins. L'expérience liée à l'immersion dans la pratique courante, plus que

les apprentissages théoriques, prédomineraient : c'est le « *learning by doing* » décrit par Zarifian (1988). Le risque de tels apprentissages est qu'ils ne se fassent qu'en « *simple boucle* », c'est à dire qu'ils ne soient qu'adaptatifs face à des problématiques simples du quotidien, renouvelant alors insuffisamment les schémas cognitifs d'action, idée développée par Chris Argyris et Donald Schon (26). Pour éviter cet écueil, A.Muller et P. Carré suggèrent d'aller vers une pratique plus réflexive (111).

D'autre part, certains iades pourraient déjà avoir adopté une posture réflexive mais ne pas être en mesure d'exploiter au quotidien les apprentissages résultant de cette réflexivité, pour reprendre l'idée développée par l'AIMS sur les sources de blocage à l'apprentissage (40). Cela à cause des contraintes inhérentes à leur statut effectif et perçu « d'exécutants », sous la responsabilité d'un médecin prescripteur.

3. Analyse des réponses selon le type de structure

La géographie du site favorise-t-elle ou non les apprentissages ?

Au sujet du développement des compétences (question 4), on ne note pas de différence significative entre les réponses des sites pavillonnaires (89% d'avis positifs, n=37 répondants), et celles avec bloc central (90,95% d'avis positifs, n=106 répondants).

Cette tendance se confirme à la question sur l'actualisation des connaissances (question 5) : 85,4% de réponses positives (n=37 répondants) dans les blocs pavillonnaires et 81,7% (n=106 répondants) dans les blocs centraux.

Il en est de même concernant les apprentissages favorisés (question 6) : 88,6% (n=36 répondants) dans les blocs pavillonnaires et 80% (n=104 répondants) dans les blocs centraux.

La géographie du site ne semble pas jouer de rôle particulier en termes d'apprentissage permanent.

La taille de la structure a-t-elle une influence sur l'apprentissage permanent au travail ?

Les blocs centraux de grande taille (sites B, E, G) montrent un taux de réponses positives moins élevé (86,9%, n=52 répondants) que dans les blocs centraux de petite taille (sites (95%, n=54 répondants) au sujet du développement des compétences (question 4).

On observe la même tendance concernant l'actualisation des connaissances favorisées (question 5) : 77,1% d'avis positifs dans les blocs centraux de grande taille (n=52 répondants), contre 86,3% d'avis positifs (n=54 répondants) dans les blocs centraux de petite taille. Mêmes observations sur le thème des apprentissages favorisés (question 6) : 76,5% pour les grands blocs (n=50 répondants) versus 82% dans les petits blocs centraux (n=54 répondants).

La taille de la structure semble jouer un rôle. Le bloc central de petite taille paraît plus propice aux apprentissages que le bloc central de grande taille.

Une des explications pourrait être le nombre plus restreint de spécialités proposées dans les petits blocs centraux comparés aux grands blocs centraux. Mais le nombre de spécialités par site n'a pas été exploré dans cette enquête. Néanmoins, un nombre plus restreint de spécialités dans un bloc favoriserait des apprentissages de meilleure qualité, plus approfondis, en même temps qu'il permet la polyvalence.

Cette hypothèse est renforcée par le chef de service d'anesthésie du site B, qui concède à propos d'une polyvalence poussée que « *Quand vous êtes en zone de polyvalence, vous êtes forcément un peu moins compétent, moins à l'aise car chaque jour, semaine...c'est différent. Vous voyez des choses variées, vous êtes moins sur-compétents dans un petit domaine précis* ». Idée déjà énoncée par Arnaud Poitou, directeur de l'Ecole centrale de Nantes : « *devenir polyvalent, (implique de) maîtriser plusieurs spécialités, (mais surtout) de travailler en profondeur plusieurs disciplines plutôt que de faire un peu de tout* »⁷.

⁷ Arnaud Poitou, directeur de l'Ecole centrale de Nantes dans *Le Monde blogs*, interview faite par Olivier Rollot le 03/07/13

Les blocs centraux de petite taille paraissent donc la structure idéale en terme d'apprenance. Ils semblent favoriser l'apprentissage en double boucle décrit par Chris Argyris et Donald Schon (26). Ce type d'apprentissage est fondé sur des processus cognitifs répondant à une situation complexe qui oblige une remise en question des normes et valeurs : c'est l'apprentissage par *exploration*. Mais surtout, les blocs centraux de petite taille généreraient plus que les autres une forme d'apprentissage de niveau supérieur : l'apprentissage permanent. Celui-ci mène à l'augmentation et à la transformation des bases de connaissances et de valeurs de l'organisation. Le but de ce type d'apprentissage est d'améliorer la capacité de l'organisation d'« apprendre à apprendre ».

Par ailleurs, le nombre plus restreint de personnel dans les petits blocs centraux favoriserait un climat plus familial propice aux échanges, partage d'expériences et interactions dans un climat relationnel constructif.

4. Synthèse sur l'apprentissage permanent au travail dans le département d'anesthésie

L'organisation apprenante, selon la littérature, favorise les apprentissages sous toutes ses formes.

Le département d'anesthésie propose un vaste panel d'activités permettant de se former.

Ces activités de formation sont, pour les personnels interrogés, ce qui leur permet le plus d'actualiser leurs connaissances, d'apprendre et de développer leurs compétences bien qu'une place importante soit accordée à l'informel. Beaucoup d'apprentissages informels se font grâce au staff et au partage d'expérience.

Cependant, une distinction est à faire entre médecins et iades. Les activités permettant l'apprentissage permanent sont plus destinées aux médecins, alors que l'expérience clinique « au lit du malade » apparait prépondérante chez les iades.

Par ailleurs, les personnels interrogés semblent plus apprendre dans les structures avec petit bloc central que dans les structures avec grand bloc central : multidisciplinarité associée à des équipes plus petites semblent être les deux critères explicatifs.

Quoiqu'il en soit, n'oublions pas que la motivation joue un rôle majeur mis en évidence par P.Carré dans le processus d'apprentissage. La structure ne peut pas tout : l'individu reste responsable de sa formation ou de son insuffisance de formation, comme le dit le chef de service du site D : « *C'est une question de responsabilité individuelle des gens devant leur formation. Ils sont aussi parfois responsables de leur absence de formation* ».

De façon générale, le département d'anesthésie répond bien au premier critère de l'organisation apprenante décliné par la littérature : « l'apprentissage permanent au travail ».

B. La notion d'équipe et cognition collective

(Questions n°8, 9 et 15)

Selon Senge (1), le groupe s'organise autour d'une vision commune, collabore et implique chacun autour d'objectifs communs dont le premier est l'excellence. Tout cela permet le « *team learning* » ou apprentissage en équipe, très constructif pour l'individu comme le groupe. La confrontation mutuelle des idées -avec possibilité de critique- fait progresser l'individu, le groupe et l'organisation. C'est l'organisation apprenante.

Cette dynamique d'équipe est-elle présente dans les départements d'anesthésie ?

1. Analyse des réponses tous sites confondus, tous personnels confondus

L'intérêt du groupe, en anesthésie, est majeur. D'après 3 chefs de service sur 8 (site C, E, F), le travail est avant tout collaboratif dans cette spécialité : « *ce n'est pas mon patient mais celui du service, à la différence de la chirurgie.* » (Chef du site C)

Selon 6 sur 8 chefs de service, la notion de groupe en anesthésie passe par un travail selon des références collectives, ce sur quoi insiste la SFAR. Ces références collectives –dites « *bonnes pratiques cliniques* »- ont pour rôle d'homogénéiser les pratiques et de garantir la qualité des soins, le but final étant la gestion des risques, thème développé par Deming (68). Le groupe s'articule donc autour d'une volonté commune d'amélioration d'après les chefs de service des sites C et E, notion largement explorée par Senge qui parle de vision partagée –« *shared visions* »-et d'objectif commun d'excellence (1).

La notion d'équipe fait appel à « *l'implication* » et à la « *valorisation* » de chacun dans le groupe, pour 5 chefs de service sur 8. Cela génère un sentiment d'appartenance, l'un des chefs de service (site A) parlant même de « *patriotisme* », en référence à l'histoire de son service. Nous pouvons mettre cela en lien avec l'histoire de l'anesthésie : les professionnels d'anesthésie se sont toujours organisés en corporation (85). La valorisation de chacun dans l'équipe permet que « *chaque individu apporte son expertise au groupe* » (chef de service du site C). Ainsi, le groupe peut progresser. Des chercheurs du M.I.T (Massachusetts Institute of Technology) ont d'ailleurs démontré, suite à l'étude de petits groupes, que l'intelligence collective était supérieure à la somme des intelligences individuelles (39).

Nous avons analysé les points de vue des chefs de service. Analysons maintenant ce que pensent les personnels d'anesthésie interrogés à propos de la notion d'équipe et de cognition collective.

L'esprit d'équipe (question 9) est effectif pour 82% des personnes interrogées, soit 117 sur 142 (1 non répondant).

Cela se manifeste par : « *l'entraide* » (11 occurrences), la « *communication* » (10 occurrences), le « *partage d'expérience* » (3 occurrences), le « *travail en équipe* » (3 occurrences). Citons ici Senge 8 : « *L'intelligence collective se construit dans l'action partagée* ».

Les réponses à la question sur l'esprit d'équipe (question 9) sont appuyées par celles données à la question sur le fait que **l'expérience de chacun est prise en compte (Question 8)** pour 82,5% du personnel (118 sur 142 répondants). Cela contribue à renforcer l'implication des personnels. Celle-ci est essentielle pour que la structure fonctionne comme une organisation apprenante, comme le rappellent Pedler, Burgoyne et Boydell (65).

L'implication de tous au sein du département d'anesthésie nécessite aussi que chacun puisse s'exprimer et donner son avis. Sur cette question les avis sont plus mitigés : 68% des personnes interrogées pensent qu'ils ont la possibilité de s'exprimer et donner leur avis (question 15). Peut-être l'implication dans l'équipe passe-t-elle plus, dans les départements d'anesthésie, par la participation aux activités du service.

Senge déclare que la notion d'équipe passe aussi par la faculté à penser, réfléchir ensemble, c'est ce qu'il appelle le « *thinking together* » (1).

3 sur 8 chefs de service (site E, C, H) interrogés voient dans le staff un outil de cognition collective particulièrement efficace, confirmé par la plupart des écrits de l'HAS. Le chef de service du site E évoque « *des échanges de haute qualité* ».

Mais la participation globale de l'ensemble des personnels interrogés au staff est plutôt mauvaise : 57 % des répondants, soit 80 sur 139 (4 non répondants) déclarent n'y aller que rarement ou jamais (question 19).

Le chef du service sur le site B appréhende la pause-café comme un outil de cognition collective alternatif favorisant la cohésion de l'équipe. Une étude réalisée en 2001 au sein d'équipes d'anesthésie va dans ce sens (22).

⁸ Interview réalisée par Pascale Marie Deschamps le 2 avril 2014 dans Enjeux Les Echos

2.La notion d'équipe et de cognition collective vue par les médecins et les iades

L'esprit d'équipe (question 9) est bien là pour 82% des personnes interrogées, soit 117 sur 142 (1 non répondant). Cependant, il existe une différence notable entre les avis des médecins et les avis des iades.

94% des médecins (31 sur 33) pensent qu'il existe un bon esprit d'équipe et une cohésion et collaboration de tous contre 75% des iades (61 sur 83 ; 1 non répondant).

Les cadres, eux, sont très positifs, à 95% (17 sur 18).

Qu'est-ce qui peut nuire à l'esprit d'équipe ? Les explications données par les personnes interrogées sont : « *le manque de personnel* » (5 occurrences), « *l'individualisme* » (4 occurrences) et « *l'antagonisme existant entre médecin et iade* » (2 occurrences).

- Le manque de personnel, notamment d'iades, est un facteur pouvant nuire à l'esprit d'équipe, d'après les chefs de service des sites A et G. « *Le manque d'iades induit une augmentation de la charge de travail et peu de temps pour la réflexion collective* », selon le chef du service A. Par ailleurs, cela « *donne moins de marge de manœuvre* », selon le chef du service G.

Si l'on compare les sites D et G (nombre de postes vacants d'iades le plus important) aux sites C et B (nombre de poste vacants d'iades le moins important), les avis montrent une différence significative : les sites les moins en sous-effectif (C et B) affichent 18,4 % d'avis défavorables (6 sur 38), contre 40% (9 sur 31) dans les sites les plus en sous-effectifs (sites D et G).

Le manque de personnel semble effectivement générer un climat de tension, rendant la cohésion et l'entraide plus difficiles. Cela d'autant plus que chacun, pour reprendre ce que dit Crozier (43), rechercherait plus son intérêt que celui de la collectivité, bien loin des valeurs élevées de l'organisation apprenante. La politique hospitalière a bien

intégré ces problématiques. A titre d'exemple, l'AP-HP rappelle dans son projet de soins central 2010-2014 que « *la solidarité entre professionnels est un élément essentiel à la continuité et à la qualité de prise en charge des patients* » (108). Dans ce projet de soins, l'AP-HP met en avant le fait de « *promouvoir l'esprit d'équipe* ».

Par ailleurs, en raison du manque de personnel, les départements d'anesthésie seraient probablement amenés à faire appel à des intérimaires. Le recours à des intérimaires pourrait distendre les liens inter-équipe, en raison de changements trop fréquents de personnels et de leur non inclusion dans l'équipe habituelle.

- Un autre facteur nuisible à un bon esprit d'équipe est la différence existant entre les médecins et les iades.

Si le binôme médecin/iade est vu comme source d'apprenance (chefs de service site B, A, G, H), il n'en demeure pas moins que le niveau de cognition des médecins et des iades est inégal, cela à cause d'une formation initiale et continue différentes, ainsi que de fonctions distinctes même si complémentaires.

En effet, l'iade agit avant tout sur prescription ou protocole, comme le rappelle l'article R4312 du Code de la Santé Publique, alors que le médecin décide de la prise en charge du patient et prescrit selon l'article R4127 du Code de la Santé Publique. Cela pourrait évoquer le modèle taylorien (la tête pense et décide, le corps exécute les tâches). Mais l'iade est souvent amené dans sa pratique quotidienne à gérer des situations complexes et à prendre des initiatives.

Ainsi, les mentalités évoluent. La réflexion sur ce qu'on nomme « *pratiques avancées* » et « *coopérations professionnelles* », très développée dans les pays anglo-saxons, a été entérinée en France par Y. Berland (112). Les coopérations professionnelles sont depuis inscrites dans la dernière loi HSPT (Hôpital, santé, patient, territoire) du 21 juillet 2009.

Les « *pratiques avancées* » correspondent à l'approfondissement d'une compétence ou qualification technique au service de l'activité médicale. « *Les coopérations professionnelles* » permettent le transfert de tâches et compétences dans un champ

de coopération, validé par l'HAS après avis de l'ARS, impliquant au moins 2 professionnels (113).

2 chefs de service sur 8 (D, H) interrogés émettent le souhait de les voir un jour en anesthésie. Pour eux, elles pourraient pallier à la démographie décroissante des médecins tout en augmentant le niveau de cognition et de compétence de chaque membre de l'équipe et donc du groupe. En effet, un niveau de cognition collective élevé passe par un personnel compétent -« *personal mastery* »-, comme l'explique Senge (1). Ce genre de dispositif soulève actuellement des résistances du côté médical bien qu'elles soient encouragées par l'AP-HP dans le projet de soins 2010-2014 (108). L'AP-HP rappelle que l'évolution vers ces nouvelles pratiques est possible grâce à la refonte et l'universitarisation des études paramédicales : « *La réingénierie des métiers paramédicaux et l'universitarisation faciliteront les évolutions des professions, les passerelles et coopérations entre métiers médicaux et paramédicaux et permettront de répondre à la demande de soins. La mise en œuvre de pratiques avancées et les prises en charge innovantes, dans un contexte démographique affectant certaines professions, permettra de développer l'expertise soignante en répondant aux aspirations des professionnels.* »

3 chefs de service interrogés (site D, H, F) voient dans l'universitarisation des études d'infirmier anesthésiste, abrogée par l'arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, un moyen de réduire l'antagonisme entre médecins et iades. En instaurant le stage recherche et l'analyse critique de littérature médicale, le nouveau référentiel tend à amener les iades à un niveau de cognition plus proche de celui des médecins.

- Le dernier facteur nuisant à l'esprit d'équipe est l'absence des iades au staff (question 19) à 88% (73 sur 83 répondants, 1 non répondant). Point mis en exergue par 6 sur 8 chefs de service, qui donnent une explication simple : « *Même si les iades et les ides sont invités à participer régulièrement aux cours ou staffs qui peuvent avoir lieu pour les médecins, leur participation est minimaliste parce que, eh bien ceux qui sont là sont là pour bosser, et ceux qui ne sont pas là ne sont pas là parce qu'ils se reposent... : soit c'est leur jour de repos, soit ils sont en sortie d'activité. Qu'ils soient présents est relativement rare...* (site G)

Etant absents du staff, les iades ne prennent pas part aux échanges et sont éludés de la réflexion collective.

Cela est renforcé par les réponses que donnent les iades à la question concernant la possibilité de s'exprimer (Question 15) : seulement 58% (47 sur 81 ; 3 non répondants) ont le sentiment de pouvoir s'exprimer et que leur avis est pris en compte. Autrement dit, 42% des iades ont un vécu négatif quand à la possibilité de s'exprimer et le fait que leur avis compte. A l'opposé, les médecins disent à 85% (28 sur 33), tout comme 7 sur 8 internes, pouvoir s'exprimer ; ils sont 87,5% (31 sur 32, 1 non répondant) à aller au staff régulièrement, ce qui montre clairement l'importance du staff dans la cohésion d'équipe.

Plusieurs chefs de service émettent le souhait de solutionner ce problème : « *Si on pouvait trouver un système : les lunettes google, ou des (tablettes numériques)... je ne sais quoi, pour que les iades puissent aussi participer au staff tout en étant au bloc, ce serait génial !!* » (Site E).

3. Analyse des réponses selon le type de structure

La géographie du site peut-elle influer sur l'esprit d'équipe ?

Au sujet de l'esprit d'équipe (question 9), on note que dans les blocs centraux l'esprit d'équipe est perçu de façon positive pour 80% des personnes interrogées (n=105) contre 88% (n=37) dans les blocs pavillonnaires.

Globalement, bien que les personnels aient le sentiment général qu'il y a un bon esprit d'équipe, il semble y avoir une différence significative entre les blocs pavillonnaires et les blocs centraux. Les blocs pavillonnaires sont découpés en zones cliniques autonomes et de petite taille. Cela favorise probablement une ambiance familiale et un travail à dimension humaine plus prégnants que dans les blocs centraux.

La taille de la structure joue-t-elle également un rôle ?

- Dans les blocs centraux de petite taille, 90 % des personnes interrogées (sur un total de 54) sont d'avis qu'il existe un bon esprit d'équipe, contre 65% (sur un total de 51) dans les blocs centraux de grande taille.

A l'instar des blocs pavillonnaires et de leurs petites zones cliniques, l'ambiance des blocs centraux de petite taille pourrait favoriser une ambiance familiale propice à un bon esprit d'équipe, en raison d'équipes plus restreintes. Cela pourrait être renforcé par le fait que les petits blocs centraux, par leur pluridisciplinarité, induisent une entraide nécessaire au bon fonctionnement, étant donné la rotation des personnels sur les différentes spécialités (question 11).

- Par ailleurs, l'esprit d'équipe semble être meilleur dans les petits blocs, peut-être en raison de la meilleure possibilité de s'y exprimer (question 15) : 84,8 % (n= 54) dans les petits blocs contre 56% (n=50) dans les grands blocs. Ceci en lien avec, comme précédemment, le fait que les équipes y sont plus petites.

4. Synthèse

Le département d'anesthésie semble être une organisation où l'on ressent une cohésion, la collaboration de tous et une entraide mutuelle dans l'équipe, ce qui répond au deuxième critère de l'organisation apprenante décliné par l'ensemble de la littérature.

Cependant, il existe une différence de vécu entre les médecins et les iades. Les médecins semblent plus satisfaits que les iades, la première explication étant le manque de personnel induisant une surcharge de travail, la deuxième l'absence des iades au staff, moment privilégié pour la cognition collective.

Par ailleurs, la structure semble avoir une influence : les structures de petite taille telles que les petits blocs centraux ou les zones cliniques pavillonnaires sont plus propices à un bon esprit d'équipe.

C. La flexibilité, l'adaptabilité, la réactivité de l'organisation

Selon la littérature, la flexibilité, l'adaptabilité et la réactivité de l'organisation passent par la polyvalence des personnels, la capacité de l'organisation à communiquer (en interne et en externe), un travail par projet, une hiérarchie horizontalisée, une approche participative, le tout en laissant une place à la créativité et à l'innovation.

En anesthésie, la flexibilité, l'adaptabilité et la réactivité sont nécessaires car l'anesthésie est avant tout une spécialité de support, dite « prestataire de service », au service des autres spécialités dont la chirurgie : trois sur 3 chefs de service interrogés (site C, G et F) s'accordent sur ce point.

1. La polyvalence des personnels (question 11)

Dans l'organisation apprenante, la mobilité des postes ou « *job rotation* » favorise la polyvalence des personnels, pour de nombreux auteurs (65).

Pour rappel, la polyvalence se définit comme « *la capacité à exercer plusieurs activités différentes* » (Petit Robert). Est-ce le cas dans les départements d'anesthésie ?

a) Analyse des réponses tous sites confondus, tous personnels confondus

De façon générale, 113 sur 143 soit 79% des personnes interrogées déclarent **changer souvent ou très souvent de secteur (question 11)**, ce que confirment 6 sur 8 chefs de services interrogés. Pour ces 6 chefs de service, la notion de polyvalence est directement reliée à la notion de changement de secteur.

Cependant, le nombre de secteurs par site n'ayant pas été exploré dans cette enquête, les personnels ont pu répondre qu'ils changeaient régulièrement de secteur sur une structure n'ayant par exemple que deux secteurs, ce qui relativise la notion

de polyvalence. Le rythme de changement de secteur (journalier, mensuel, annuel...) n'a pas non plus été exploré par les questionnaires.

Néanmoins, pour garantir la continuité des soins, le travail, est organisé en anesthésie selon un système de gardes garantissant la continuité des soins 24h/24. Ces gardes sont généralement transversales sur tous les secteurs et sont assurées conjointement par les médecins et les infirmières anesthésistes.

La polyvalence des personnels des département d'anesthésie semblerait donc, d'après notre enquête, s'apparenter à ce que G. Drevet (47) décrit comme une « *polyvalence intégrée permanente* » (intra-secteur, intra-unité, intra-équipe), plus poussée, qu'à « *la polyvalence épisodique ou mobilité externe* » (à l'occasion d'un remplacement ponctuel lié à une absence), de moins bonne qualité en terme d'efficience et d'apprenance.

Pour les personnes interrogées, le changement régulier de secteur « *permet d'être polyvalent* » (110 occurrences) et « *permet d'apprendre* » (69 occurrences).

En effet, changer de secteur implique de maîtriser des savoirs nouveaux, aussi bien théoriques, pratiques, qu'organisationnels. Cela demande également une capacité d'adaptation. Arnaud Poitou, directeur de l'Ecole centrale de Nantes, déclare qu'« *être polyvalent, (c'est être) intégrateur de savoirs et entrepreneur. Pour devenir polyvalent, il faut maîtriser plusieurs spécialités. Parce que quand on connaît bien une spécialité, il n'est pas très difficile d'en acquérir une autre et d'être ainsi adaptable* »⁹.

Le corollaire de la polyvalence, c'est donc l'émergence de nouvelles compétences pratiques assimilées par G. Malglaive à des « *savoirs en usage* » (7), utiles pour mener à bien de nouvelles tâches.

Plus ces « *savoirs en usage* » sont nombreux, plus les personnels sont efficents et gagnent en confiance, selon Donabelle Zakkour, DRH à l'hôpital St Georges Ajaltoun et Patrick Tabchoury, Docteur en sciences de gestion et enseignant chercheur (46).

⁹ Le Monde blogs, interview faite par Olivier Rollot le 03/07/13

Et en anesthésie, cela s'avère indispensable pour « faire face à toutes les situations », selon l'un des chefs de service interrogés (site C).

Mais la polyvalence comporte des limites qu'admet le chef de service d'anesthésie du site B : « *Quand vous êtes en zone de polyvalence, vous êtes forcément un peu moins compétent, moins à l'aise car chaque jour, semaine, etc., c'est différent. Vous voyez des choses variées, vous êtes donc moins sur-compétents dans un petit domaine précis.* »

Du point de vue plus institutionnel, la majorité des chefs de service interrogés (6 sur 8) pensent que la polyvalence des personnels, en anesthésie, facilite le fonctionnement interne et la gestion des ressources humaines : « *on est dans de tels soucis de personnel que la polyvalence est obligatoire* » (site E). Remplacer du personnel absent est plus aisé, l'organisation gagne en flexibilité : « *en fonction des nécessités et de « l'adaptabilité », (on peut) faire « glisser » quelqu'un d'un secteur à un autre en fonction des besoins ou du programme opératoire qui parfois change subitement* » (site G). Idée développée par Donabelle Zakkour, et Patrick Tabchoury (46).

Pourtant, si la polyvalence des personnels interrogés dans le département d'anesthésie est bien effective, elle n'est pas toujours bien vécue. Certaines personnes interrogées voient dans le changement régulier de secteur une « *précarité des conditions de travail* » (14 occurrences) mais ils restent une minorité.

b) La polyvalence dans le département d'anesthésie, vue selon les médecins et les iades

83% des iades interrogés (71 sur 84) affirment changer très souvent et souvent de secteur contre seulement 57% des anesthésistes (19 sur 33) et 6 sur 8 internes.

Le différentiel entre iades et anesthésistes s'expliquerait par le fait que les anesthésistes auraient probablement des secteurs préférentiellement en charge au bloc, en raison de leur expertise personnelle plus poussée dans telle ou telle spécialité.

Mais ils resteraient pour autant polyvalents, c'est-à-dire capables d'aller dans tous les secteurs concernés par l'anesthésie. D'une part, parce qu'ils ont une double fonction : les médecins anesthésistes sont aussi médecins réanimateurs et vice-versa ; la spécialité d'anesthésie est toujours couplée avec celle de réanimation, les médecins choisissent ensuite de spécialiser dans l'une ou l'autre durant leur formation. D'autre part, parce qu'en plus de leur activité de bloc, les médecins sont amenés à gérer la salle de réveil et les unités de soins continus ou réanimations chirurgicales, à intervenir dans les unités douleur, à assurer des gardes au Samu...

Les iades changeraient davantage de secteur que les anesthésistes. Cela faciliterait la gestion des plannings dans une période de pénurie de personnel infirmier.

La nécessaire polyvalence des iades serait le reflet d'une évolution du métier d'iade induite par le déficit démographique actuel en anesthésistes, selon le chef du service du site E. Pour lui, les iades auraient plus de responsabilités qu'auparavant, étant souvent seuls en salle pendant que le médecin anesthésiste, en charge de plusieurs salles, règle différents problèmes : « *c'est l'iade qui fait tout, qui s'occupe du malade, qui l'extube et qui appelle le médecin -qui est dans le couloir- quand il y a un problème. Le médecin, lui, est dans le couloir en train de régler des problèmes, au téléphone, de s'occuper de la SSPI, de la prémédication du prochain malade, ... A partir de là, les iades et les médecins doivent être polyvalents pour ne pas cristalliser le système c'est-à-dire qu'à tout moment, comme on est à flux tendu, il faut qu'on puisse soit aller donner un coup de main parce qu'il y a une urgence, soit remplacer quelqu'un d'absent...».* »

c) Analyse des réponses selon le type de structure

- Nous avons vu que la fonction des personnes interrogées pouvait influer sur les réponses. Analysons maintenant si **la géographie de la structure influe sur la polyvalence des personnels d'anesthésie.**

Dans les blocs pavillonnaires, les personnes interrogées affirment à 49,7% (n=37 répondants) changer très souvent ou souvent de secteur, contre 89% (n=106) dans les blocs centraux. Cela parce que, d'après les chefs des services A et D (sites

pavillonnaires), le changement de secteur se fait tous les ans ou 2 ans, soit bien moins souvent que dans les blocs centraux.

Les blocs centraux semblent favoriser la polyvalence. De multiples spécialités y sont souvent proposées, concentrées sur un même site, même si le nombre de spécialités par site n'a pas été exploré dans cette enquête.

La multiplicité des spécialités sur un même bloc amènent le professionnel « *hors de sa zone de confort* », selon le chef de service interrogé sur le site B. C'est le fait de se trouver « *hors zone de confort* » qui, pour lui, permet une « *apprenance maximale* », par obligation de s'adapter à des problématiques différentes chaque jour : « *Les pratiques différentes (un jour de la pédiatrie, le lendemain de l'adulte, un autre de la chirurgie cardiaque et le lendemain de la chirurgie digestive,) et les raisonnement différents font que la confrontation involontaire et intuitive des différentes pratiques que vous rencontrez vont vous pousser à un questionnement. On confronte, on cherche à transposer, et en tentant de changer soi-même, on tente de faire bouger la structure. C'est induire de l'auto-apprentissage par la structure en apportant l'innovation venue d'un autre secteur* ».

A cela, il rajoute que « *pour garantir le caractère apprenant de la structure, il faut maintenir un certain degré de polyvalence, mettre les gens en situation d'inconfort. Car en « zone de confort », la vie est facile et vous ne pouvez pas être en situation d'apprentissage : vous serez juste dans un apprentissage superficiel, une progression très lente liée à l'expérience, et si c'est juste de l'expérience, il n'y a pas de réflexion. On ne se questionne pas sur sa pratique.* »

Il soulève le problème des structures pavillonnaires : « *ce genre de structure va concentrer des gens qui ont besoin de calme, qui ne veulent pas d'anxiété, qui sont bien dans une routine et qui vont être très contents que rien ne se passe* ». Elles n'induisent pour lui qu'un apprentissage superficiel qu'on pourrait rapprocher du courant behavioriste décrit par Skinner, bien loin du socio-constructivisme de Piaget qui sous-tend la philosophie de l'organisation apprenante.

Le chef de service d'anesthésie du site D pavillonnaire confirme cela, parlant « *d'entrée dans la routine dans les blocs pavillonnaires* ».

Arnaud Poitou, directeur de l'Ecole centrale de Nantes, s'oppose à ce point de vue. Pour lui, la polyvalence trop poussée mène à une maîtrise incomplète des disciplines, c'est pourquoi il déclare : « *je demande donc à mes élèves de travailler en profondeur plusieurs disciplines plutôt que de faire un peu de tout* »¹⁰.

- Nous avons vu l'influence de la géographie des départements d'anesthésie sur la polyvalence du personnel. Analysons maintenant si **la taille du site a une influence sur la polyvalence des personnels**.

Dans les petits blocs centraux, 94,5 % des personnes interrogées (n=54) affirment changer très souvent ou souvent de secteur contre 82,2 % (n=52) dans les grands blocs centraux.

Cette différence pourrait trouver son explication dans le fait que dans les grands blocs centraux, les personnels choisissent informellement de se mettre dans la salle X plutôt que la salle Y parce qu'on y fait ce jour la spécialité Z qu'ils maîtrisent mieux. Ils reproduiraient en quelque sorte les conditions des blocs pavillonnaires

Pourtant, selon les chefs de service des secteurs C et F, plus le groupe est grand, plus les expériences individuelles s'additionnent et plus le groupe gagne en polyvalence. Dans le même temps, le groupe amène chaque individu à développer plus de compétences et donc devenir toujours plus polyvalent, cela grâce aux multiples interactions entre les membres du groupe, idée qu'énonce le chef de service du site B : « *Par exemple, s'il y a quelqu'un qui maîtrise l'échographie, dès que l'occasion se présente, il appelle tout le monde et tout le monde vient voir. Toute la structure apprend au rythme de l'amélioration des compétences de chacun.* »

¹⁰ Le Monde blogs, interview faite par Olivier Rollot le 03/07/13

La polyvalence est donc effective dans les départements d'anesthésie où nous avons enquêté, ce qui contribue à en faire des organisations flexibles et adaptables. Mais cette adaptabilité passe aussi par la capacité de l'organisation à communiquer.

2. La capacité de l'organisation à communiquer (question 12)

La littérature traitant de l'organisation apprenante rappelle l'importance d'une communication efficace permettant les échanges permanents dans l'organisation et avec l'environnement extérieur.

a) La communication interne

Elle concerne la capacité de l'organisation à faire circuler l'information dans son enceinte. Est-ce le cas des départements d'anesthésie ?

a.1 3.2.1.1 analyse des résultats tout sites et personnels confondus

L'information circuleraient facilement et en temps réel (question 12) pour 67% des personnes interrogées (96 sur 142 ; 1 non répondant).

Pour le chef de service du site B, la communication interne est indispensable pour l'efficience du système : « *Pour que le système soit apprenant, il faut bien qu'il communique de façon interne* ». Il est en effet reconnu qu'une bonne communication permet de lutter contre les dysfonctionnements. Dans un manuel anglais, édité en 2001 par le Bureau pour le Développement International du Royaume Uni, pour aider les petites entreprises des pays en voie de développement à se développer (114), Richard Duncombe et Richard Heeks insistent sur le fait que « *l'information est*

critique dans le domaine de deux activités : la prise de décisions et l'apprentissage. Si nous n'avons pas accès à des informations de bonne qualité, on prendra à coup sûr de mauvaises décisions et l'apprentissage deviendra impossible. (...) (Il faut donc) aider l'entrepreneur à accéder à une information de meilleure qualité, un type d'information plus ‘CPSOA’ : plus complète et / ou plus précise, et / ou plus significative et / ou plus opportune et / ou présentée de façon plus appropriée ».

La transmission d'information est d'autant plus indispensable pour les chefs de service des sites A, C, G, B que le patient sera pris en charge par des médecins différents : l'anesthésiste qui reçoit le patient en consultation d'anesthésie ne sera probablement pas le même que celui qui réalisera l'anesthésie pour la chirurgie, ni le même qui le prendra en charge en salle de réveil après l'intervention.

Cependant, les résultats de l'enquête montrent que la circulation de l'information ne semble pourtant pas tout à fait optimale pour 33 % des personnes interrogées.

- D'une part, la complexité de la structure du département d'anesthésie est à mettre en cause.

Pour reprendre Mintzberg et sa théorie sur les organisations, le département d'anesthésie correspondrait à des silos, déterminés par les entités chirurgicales – ou secteurs, dans les blocs - auxquelles sont informellement rattachées les équipes d'anesthésie de par leur activité quotidienne de « support de la chirurgie » confirmée par la classification des actes T2A. Ces silos, invisibles sur les organigrammes, nuiraient à l'unification de l'équipe d'anesthésie et entraveraient la bonne circulation de l'information au sein du département d'anesthésie.

Par ailleurs, l'existence de lignes hiérarchiques pour chaque corps de métier - médical et paramédical- contribuerait à scinder davantage l'équipe d'anesthésie. Cette tendance n'est pas uniquement le fait du département d'anesthésie. Elle concerne toute la structure hospitalière, à tel point que l'AP-HP, à titre d'exemple,

prévoit comme axe d'amélioration de mieux « *gérer et faire circuler l'information ascendante et descendante en temps réel* » dans son projet de soins 2010-2014.

Sur les sites enquêtés, le chef de service du site B résume le tout : « *Il y a beaucoup d'interlocuteurs et de sous-structures, c'est très difficile.* »

- D'autre part, la vétusté des moyens informatiques est soulignée par 3 chefs de service sur 8 interrogés (site E, F, D) : « *je pense qu'on est en retard en matière d'utilisation des nouvelles technologies pour la communication ou l'enseignement* » (site F).

Pour eux, cette vétusté ne permet pas de communiquer en temps réel : ils suggèrent d'introduire le Wifi, d'utiliser les réseaux sociaux, des listes de discussion, la vidéo-conférence pour les staffs, des tablettes numériques dans les blocs... Somme toute, de moderniser l'équipement, ce qui se rapprocherait du **concept d'entreprise 2.0** décrit par le Professeur Andrew McAfee (51) comme “*une utilisation de plateformes sociales émergentes au sein de sociétés ou entre des sociétés, leurs partenaires et leurs clients*“.

L'AP-HP, dans son projet de soins central 2010-2014 (108) insiste pourtant sur l'importance de systèmes d'informations et de communication de bonne qualité : « *Il faut partir du « bénéficiaire », le malade usager et ses proches, pour dérouler les processus de prise en charge en sécurisant les interfaces et en assurant la mise à disposition du matériel et des informations requises. (...) La logistique et les fonctions supports, dont l'information et la communication, concourent à (la bonne) prise en charge (du patient) en apportant aux équipes les prestations nécessaires* ».

Les mails sont parfois utilisés mais leur usage reste marginal (39 occurrences). Se pose avec leur utilisation la question de l'ingérence dans la vie privée si des adresses personnelles, et non professionnelles, sont utilisées.

Tous ces éléments expliquent que la voie **informelle** soit privilégiée (101 occurrences), loin devant l'affichage (74 occurrences) ou les réunions (70 occurrences) et les mails (39 occurrences).

La pause-café serait l'un des temps clés pour la communication informelle, comme le rappelle le chef de service du site B dans la lignée de Christophe Dejours (21) qui la décrit de façon globale comme « *un espace de discussion, un espace où peuvent être formulés librement et surtout publiquement des avis éventuellement contradictoires en vue de procéder à des arbitrages et de prendre des décisions sur les questions qui intéressent l'avenir du service (...) et donc impliquent aussi le devenir concret de tous les membres qui le constituent* ».

L'affichage semble être un outil couramment utilisé pour communiquer. Il facilite la transmission d'informations d'ordre organisationnel comme d'ordre plus informel. Mais son efficacité se heurte à la géographie des locaux et implique qu'il soit réalisé sur des zones de passage important, comme dans la salle de pause par exemple.

Les réunions sont des temps formels dédiés aux échanges. Elles jouent un rôle important en anesthésie, arrivant en 3^{ème} position dans les réponses données. Rappelons ici l'importance du staff, soulignée par le chef de service du site B, dans la lignée de l'HAS (87), bien que 59% des personnes interrogées déclarent n'y aller que rarement ou jamais.

Cependant, certains auteurs, dans le courant de l'entreprise 2.0, pensent que les réunions utilisées juste comme outil de communication sont à proscrire. Citons Frederic Cavazza, spécialiste canadien du web et conférencier, qui explique dans l'une de ses conférences (115) que « *les réunions sont comme les séries télé, elles reviennent toutes les semaines, elles durent au moins une demi-heure, elles sont contre-productives car elles s'apparentent à des séances de lecture publique de documents, elles sont un moyen de propagande et coûtent un bras !* ». Il conseille

donc la chose suivante : « *pas de réunion pour informer, ça peut se faire de manière asynchrone* », préconisant même des solutions alternatives comme « *les espaces de travail partagés (open space) pour stimuler les échanges permanents* ».

La transmission et la circulation de l'information dans le département d'anesthésie restent cependant efficientes pour 67% des personnes interrogées. Pour nuancer nos propos, nous allons confronter les réponses des médecins à celles des iades.

a.2 La communication interne vue par les iades, les médecins et les cadres iades

Les résultats de l'enquête montrent une différence significative dans les réponses apportées par les médecins et celles apportées par les iades et leurs cadres, à la question concernant la circulation de l'information (question 12).

Les **cadres** considèrent à 15 sur 18 que l'information circule facilement et en temps réel. La transmission d'information se fait aussi bien de manière informelle que par voie plus formelle comme l'affichage ou les réunions (89% des cadres ont cité chacun de ces items). La communication par mail (33% des cadres ont cité cet item) est peu élevée.

De façon générale, on observe que les cadres utilisent tous les moyens de communication qui s'offrent à eux. Ceci s'explique par le fait que, pour reprendre Mintzberg, les cadres constituent la ligne hiérarchique intermédiaire par laquelle passent toutes les informations, à la fois celles qui viennent de la base et celles qui viennent du sommet de la structure. Les cadres sont les relais entre le chef de service et l'équipe d'iades dans le département d'anesthésie : assurer cette fonction nécessite donc de communiquer.

Toutefois, l'information dont ils semblent détenteurs ne semble pas parvenir de façon optimale aux **iades** : 36 sur 83 (1 non répondant) soit 44%, estiment être mal informés. Et quand ils reçoivent l'information, c'est principalement par voie informelle (94% des iades ont cité cet item).

Rappelons une fois de plus les contraintes de temps, le manque de personnel et la surcharge de travail qui empêchent les iades de « sortir » des blocs pour aller aux réunions ou staffs. L'une des solutions serait de dégager un iade de ses activités de bloc pour pouvoir assister aux réunions ou staffs. Il relayerait ensuite l'information à ses collègues. En effet, pour l'une des personnes interrogées « *la transmission de l'information est meilleure quand l'iade est présent aux réunions* ». Mais notre étude révèle que 88% (n=83) des iades sont absents au staff.

A l'inverse, les **médecins** se sentent bien informés à 85% (28 sur 33), autant par voie formelle grâce aux réunions (71% des médecins ont cité ce terme), que par voie informelle (71% des médecins ont cité ce terme).

La forte participation des médecins aux staffs (87,5%) explique peut-être leur sentiment d'être bien informé.

Par ailleurs, les anesthésistes, à la différence des iades, disposent dans certains sites de bureaux regroupés dans des espaces de travail partagés et ouverts dits *open space*.

Les *open spaces* sont un nouveau type d'agencement reconnu pour faciliter les échanges permanents : il "assouplit les esprits" et "augmente la fluidité de l'information et les échanges informels", affirmait ainsi le secrétaire général de Danone, en 2003 (116). Le travail en *open space* s'est imposé ces dernières années à tel point qu'en 2011, seulement 40 % des personnes déclaraient travailler dans des bureaux individuels selon une enquête réalisée en mai 2011 par l'institut TNS/Sofres pour l'Observatoire de la qualité de vie au bureau Actinéo (117).

Les mails sont deux fois plus utilisés pour les anesthésistes que pour les iades (31% contre 15%), sachant que les anesthésistes et les cadres utilisent en proportion

quasi-égale, mais faible, les mails : 31% des médecins ont cité cet item, 33% pour les cadres.

Cela est confirmé par les chefs de service des sites *C, B, H, D, F* : « *j'utilise le mail tous les 2-3 jours pour m'adresser à l'ensemble des médecins* » (site *F*), « *j'utilise les mails pour communiquer* » (site *B*). L'utilisation plus fréquente du mail chez les médecins que chez les iades est probablement liée à un accès à l'outil informatique plus facile pour les médecins. En règle générale, ils disposent de bureaux équipés d'ordinateurs et ont tous un mail professionnel, ce qui n'est pas le cas des iades.

a.3 La communication interne selon le type de structure

- Les départements d'anesthésie où nous avons enquêté sont de deux types : des structures avec bloc central et des structures pavillonnaires. **La géographie du site peut-elle influer sur la communication interne ?**

La circulation de l'information est plus difficile dans les structures pavillonnaires, d'après 3 chefs de service sur 8 (sites *D, A, B*).

Mais les résultats des questionnaires vont à l'encontre : pour 74% (*n=36*) des personnes interrogées sur les sites pavillonnaires, l'information circule facilement et en temps réel contre 65% (*n=106*) dans les sites avec blocs centraux.

La question qui émerge ici est : l'information circule-t-elle facilement et en temps réel dans l'enceinte de chaque pavillon, ou entre les différents pavillons ? Il y a probablement une distinction à faire entre ces deux notions.

Au sein de chaque pavillon, entité autonome et indépendante, le passage d'information paraît plus aisé. Des équipes plus restreintes, un nombre réduit d'interlocuteurs potentiels, des locaux plus petits et des équipes plus ou moins fixes pendant une période prolongée, qui, de ce fait, se connaissent bien, favorisent une communication de bonne qualité dans l'enceinte de chaque pavillon.

En revanche, entre les pavillons, la communication est peu effective : le chef de service du site D parle de « *fonctionnement archaïque* » et constate qu'il y a « *peu d'échanges entre les pavillons* ». Il ajoute : « *Je ne suis pas sûr qu'il y ait énormément d'échanges d'informations, et non plus une énorme demande... Cela est certainement dû au côté pavillonnaire de l'hôpital, à son côté archaïque* ».

Le chef de service du site B va dans le même sens : « *à l'inverse des blocs centraux, les équipes, sur les structures pavillonnaires, ont privilégié le lien avec les équipes de chirurgie. Par exemple, les anesthésistes du secteur X vont au staff de chirurgie de leur secteur, le secteur X, mais il n'y a pas de staff de service pour l'anesthésie. Là, peut-être que le partenariat anesthésiste-chirurgie est meilleur car ils vivent en « cocon », ensemble mais du coup ces anesthésistes ne voient jamais leurs collègues des autres secteurs, dans les bâtiments voisins.* »

Un département d'anesthésie réparti sur plusieurs pavillons indépendants les uns des autres ne permet pas de garantir une communication interne optimale entre tous les membres du département.

- Nous avons vu que la géographie du site pouvait jouer un rôle sur sa capacité à communiquer de façon efficace en interne. **Nous avons identifié un autre élément pouvant influer sur la communication interne : la taille de la structure.**

Les personnes interrogées dans les blocs centraux de grande taille pensent à 58% (n=52) contre 72% (n=54) dans les blocs centraux de petite taille que l'information circule de façon optimale.

La proportion de personnes d'avis que l'information circule facilement, dans les blocs centraux de petite taille (72%), est quasi-identique à celle retrouvée dans les blocs pavillonnaires (74%).

Cela renforce l'idée que moins il y a d'interlocuteurs, plus l'information circule de façon efficace.

La taille de la structure est donc un facteur qui influence la qualité de la communication interne.

Dans l'organisation apprenante, la communication interne est efficace. Mais l'organisation apprenante est aussi ouverte sur l'extérieur et interagit avec son environnement. Pour cela, elle communique avec les autres.

b) La communication externe (question 13)

Analysons si le département d'anesthésie est une structure qui communique avec l'extérieur.

b.1 Analyse des réponses tous sites confondus, tous personnels confondus

A la question « *mon service n'est pas cloisonné, il échange et partage avec d'autres services* » (question 13) seulement 42% des personnes interrogées émettent un avis positif (60 sur 138, 5 non répondants).

Le peu d'échanges avec l'extérieur s'explique, pour certaines personnes interrogées, par « *la difficulté à mettre en place, à organiser (ces échanges)* » (4 occurrences), au fait que « *le bloc est un milieu fermé et sectorisé* » (4 occurrences).

En fait, pour 4 chefs de service sur 8 (sites G, C, B, A), la communication externe désigne essentiellement la communication avec les chirurgiens. Et sur son caractère réellement effectif, leurs avis divergent. Alors que le chef de service du site G affirme que « *Si vous considérez que la communication extérieure, c'est la communication avec les chirurgiens, oui on communique avec eux.* », le chef de service du site B met plus en avant les difficultés rencontrées pour communiquer avec les chirurgiens : « *Même avec les chirurgiens c'est très difficile parce que l'anesthésie est une entité, les chirurgiens eux se départagent en huit à neuf entités. Chaque entité-ou spécialité- chirurgicale a sa culture, ses habitudes, ses horaires de staff, son mode de fonctionnement. Comment faire pour être au diapason avec tout le monde ? C'est*

très compliqué. » Il ajoute qu' « il y a une vraie difficulté car communiquer à la fois dans son service d'anesthésie et avec les autres services de chirurgie, etc., c'est presque impossible matériellement. Il faudrait trouver un équilibre. Mais le temps manque ! »

Cela n'est pas sans rappeler Mintzberg et sa célèbre description des organisations (9) qui nous montre comment la complexité structurelle des organisations peut avoir un impact sur leur capacité à bien communiquer.

Pourtant, communiquer avec les chirurgiens et autres professionnels amenés à prendre en charge le patient s'impose, comme le rappelle le chef de service du site C : « *aujourd'hui, encore une fois, plus personne n'est isolé dans le monde de la santé. Un patient qui suit un parcours de soins va rencontrer de nombreux interlocuteurs, il n'est plus suivi par un médecin tout seul du début jusqu'à la fin. Même s'il y en a un qui fait le lien, ce médecin en question « l'abandonne » dans les mains d'autres médecins* ». Il est fait ici référence au parcours de soins, mis en place en 2004.

Le parcours de soins a pour but de fluidifier les circuits de prévention et de soins, afin de réduire les dépenses de santé en augmentant l'efficience du système.

L'ARS souligne l'importance d'une « *action coordonnée des acteurs* ». La notion de parcours de soins dans les CHU est si importante qu'elle a fait l'objet d'une présentation orale par Yvonnick Morice, directeur Général du CHRU de Lille (118). Y. Morice insiste sur la nécessaire communication entre tous les acteurs : « *la coordination du parcours de soin du malade se pose à l'intérieur même du CHU (avec) l'hyperspecialisation des équipes, (les) plateaux médico techniques de pointe. (L') enjeu (est de) préserver une approche globale et coordonnée du patient. Pour cela, (il faut) se décloisonner.* »

Toutefois, si le département d'anesthésie communique difficilement dans l'enceinte de l'hôpital, il reste néanmoins ouvert sur l'extérieur. Il échange ponctuellement avec d'autres structures, notamment dans le cadre de recherches multicentriques, comme

le souligne le chef de service du site F: « *On communique avec d'autres établissements le temps de faire certaines recherches quand celles-ci sont multicentriques. On communique entre nous nos résultats, etc, le temps que la discussion s'arrête* ». Mais la vétusté du matériel informatique reste un frein, pour 4 chefs de service sur les 8 interrogés (site D, F, E, H) ; tous les 4 rêvent d'un équipement plus moderne : « *Avec la webcam, on pourrait même communiquer avec les Etats-Unis !* » (site F).

Les salons sont également l'occasion de communiquer avec l'extérieur pour le chef du service G qui insiste sur le rôle joué ici par les cadres : « *si la communication à l'extérieur, c'est les salons ou les écoles d'iades, ça ne me concerne pas directement, c'est là encore une affaire qui est gérée par les cadres d'anesthésie* ». La communication extérieure à l'occasion de salons ou avec les écoles d'iades reste épisodique, ce qui expliquerait que 9 cadres sur 18 (1 non répondant), soit la moitié, pensent que le service échange peu avec l'extérieur (question 13).

La globalité des personnes interrogées pensent donc que le département d'anesthésie communique peu avec l'extérieur. Mais iades et médecins ont-ils le même sentiment ?

b.2 Comparaison des réponses des médecins et des iades

- **Les médecins** pensent à 79% (26 sur 33) que le service n'est pas cloisonné et qu'il échange avec l'extérieur.

Une des hypothèses est que les médecins ont plus d'interfaces avec les autres services. C'est l'idée qu'avance le chef de service du site H : « *Pour les médecins, cela est différent, on a plus d'interfaces ! On a une Unités de Soins Continus chirurgicales où les anesthésistes exercent, ce qui fait qu'ils sont amenés à communiquer et échanger beaucoup plus avec les autres services. Le fait d'avoir plus d'interfaces rend l'échange avec les autres services plus facile !* »

Les anesthésistes communiquent beaucoup avec les chirurgiens ou d'autres professionnels lors de staffs pluridisciplinaires. Leurs gardes au bloc ou dans d'autres secteurs leur permettent de rencontrer divers professionnels. Par ailleurs, ils se déplacent dans tous les services de l'hôpital lorsque des consultations d'anesthésie sont demandées. Ils sont souvent conviés à des réunions organisationnelles transversales sur l'hôpital. Les Réunions de Morbi-Mortalité (RMM) sont aussi l'occasion de communiquer avec d'autres professionnels, car les événements indésirables impliquent souvent plusieurs services. L'activité de recherche et de publication du département d'anesthésie conduit également les médecins à échanger avec l'extérieur.

- A l'inverse, les iades pensent à 75% (59 sur 80, 4 non répondant) que le département d'anesthésie est cloisonné. L'explication serait qu'ils restent au bloc, n'ayant que très peu d'ouvertures sur l'extérieur. Ce que confirme le chef de service du site H : « *avec les autres services, les iades sont limitées car elles ne sortent pas du bloc.* »

Ces rares ouvertures seraient certains cours donnés par les iades, aux infirmiers de l'hôpital -par exemple sur les gestes de premier secours, ou dans les écoles d'infirmiers ou d'infirmiers anesthésistes. L'intégration d'un iade à l'équipe douleur augmenterait les interfaces que peuvent avoir les iades avec les autres services de l'hôpital, tout comme la participation aux groupes de travail transversaux : hygiène, transfusion, matériovigilance...

b.3 La géographie du site influe-t-elle sur la communication externe ?

D'une part, les résultats des questionnaires ne montrent pas de différence significative entre les sites avec blocs pavillonnaires et les sites avec blocs centraux (42% en moyenne d'avis positifs). Néanmoins, pour le chef de service du site B, « *le*

système pavillonnaire (...) c'est le meilleur moyen de « bunkeriser » les gens (...) dans des structures totalement séparées avec un fonctionnement autonome ».

D'autre part, on n'observe pas de différence significative entre les sites avec blocs centraux de petite taille et les sites avec blocs centraux de grande taille (44% en moyenne d'avis positifs)

Pourtant, pour le chef de service du site E, la communication avec d'autres services, structures ou établissements est moins évidente dans les départements d'anesthésie de grande taille : « *Avec les autres services, on ne fait pas grand chose : notre département d'anesthésie est tellement grand...* »

3. La hiérarchie (questions 8, 15, 16)

Dans l'organisation apprenante, en référence à la hiérarchie est horizontalisée de façon à ce que le pouvoir ne soit pas détenu uniquement par les personnes au sommet de l'organisation, mais par chacun des membres qui la constituent. Le chef est donc plus leader d'équipe que véritablement un supérieur hiérarchique.

Comment la hiérarchie se positionne-t-elle et comment est-elle perçue dans le département d'anesthésie ?

a) Analyse des réponses tous sites confondus, tous personnels confondus

- 82% des personnes interrogées (118 sur 142 ; 1 non répondant) estiment que leur **expérience est prise en compte (question 8)**.

- 70 % (98 sur 139) ont le sentiment d'avoir la **possibilité de s'exprimer et qu'on tient compte de leur avis (question 15)**. Pour certaines personnes, « *cela permet un meilleur échange entre le personnel* » (8 occurrences) car « *tous les avis comptent* » (5 occurrences).

- 72,3% (99 sur 137 ; 6 non répondants) trouvent qu'ils sont **accompagnés par leur hiérarchie dans leur projet professionnel et son évolution** (question 16). Cela se manifeste par un « accès aux formations » (8 occurrences), la « valorisation du travail » (5 occurrences) et l'« accès aux mutations » (4 occurrences).

Globalement, les réponses montrent un personnel plutôt satisfait et participatif.

Analysons maintenant le point de vue de la hiérarchie.

- Comment les chefs de service, qui sont le sommet hiérarchique pour Mintzberg, se positionnent-ils ?

6 chefs de service sur les 8 interrogés évoquent, en parlant de leur fonction de chef, l'idée de « coaching » ou « leadership » de l'équipe.

Ainsi, l'un d'entre eux déclare : « *J'essaye de tenir compte de l'avis de tous ! C'est aussi cela le rôle d'un chef ! C'est de coacher son équipe pour amener chacun vers l'excellence, du moins c'est ce que j'essaye de faire* » (site H). Pour un autre, mener une équipe, « *c'est un travail de leadership. Cela consiste à définir des objectifs et à essayer d'assurer cette cohésion entre les uns et les autres, c'est-à-dire de partager ces objectifs, de fédérer les gens, de les accompagner dans leur travail à la fois individuellement et collectivement* » (site C).

Les chefs de service interrogés s'approchent du leadership démocratique de Kurt Lewin (53), ou de la théorie Y de Douglas McGregor (1960) (54). Ces deux auteurs mettent en avant la participation et la responsabilisation de tous.

Le chef de service du site F va plus loin, considérant chacun comme un collaborateur à part entière : « *La hiérarchie, si on parle de moi... eh bien je considère les autres comme mes collaborateurs, il n'y a pas de « c'est moi le chef ». On collabore pour faire quelque-chose, ensemble, que ce soit médical ou paramédical. Les rapports sont très horizontaux, finalement. Il n'y a pas de verticalité, je refuse la notion de verticalité* ». . On s'approche ici de « l'empowerment » -attribution du pouvoir aux

salariés- de Garavan (1997), ou de Dovey qui décrit l'abandon d'une gestion autoritaire au profit d'un management « démocratique » et « participatif », fondé sur un contrat social explicitant les droits et devoirs de chacun (58).

Mais la vision de chacun comme collaborateur, prônée par toutes les publications sur l'organisation apprenante et mise en avant par certains chefs d'anesthésie interrogés, reste invisible sur les organigrammes officiels.

Par ailleurs, considérer chaque membre du département d'anesthésie comme un collaborateur implique pour les chefs de service, comme l'encadrement paramédical, d'entrer dans une logique de « *knowledge management* », décrite par Thomas H. Davenport, universitaire américain et directeur de recherche (60).

Quoiqu'il en soit, les chefs interrogés voient dans l'approche participative une façon moderne de diriger le département d'anesthésie et une nécessité pour s'adapter à la conjoncture actuelle : « *Je bannis les termes « mon service », « mes médecins », ce sont des termes qui n'ont plus lieu d'être de nos jours* » (site F) car « *l'idée, c'est qu'on n'est plus dans l'organisation paternaliste mais dans l'organisation 2014. J'essaye d'appliquer cela du mieux que je peux !* » (site E).

Cependant, cette approche novatrice a ses limites.

D'une part, le chef de service du site F rappelle que « *le leadership s'acquiert, on ne l'a pas d'emblée : ce sont les gens qui vous le donnent. C'est les gens qui vous attribuent des qualités de leader en voyant en vous une personne en capacité de mener le groupe. La meilleure façon de mener une équipe, c'est d'être reconnu comme leader par l'équipe en question* ». Signalons que les chefs de service ne suivent pas de formation obligatoire en management pour accéder à cette fonction. Ils sont simplement choisis par leurs pairs –les médecins- et nommés à cette fonction pour 5 ans, renouvelables. Ceci explique que l'un des chefs de service interrogés déclare que « *les chefs de service, en général, sont des gens qui ont beaucoup de*

qualités en matière de coaching et de capacités d'encadrement. Ils les ont soit naturellement, soit ils les acquièrent par le biais de la formation » (site B).

D'autre part, le chef de service du site G concède que se positionner juste comme leader, au sein du département d'anesthésie, reste difficile à cause des contraintes imposées par l'organisation hospitalière actuelle : « *Il a des moments où vous êtes obligés d'être leader, et il y a des moments où vous êtes obligés de recadrer les gens et vous vous considérez alors plus comme chef. Quand vous avez à gérer un groupe de 200 personnes (45 médecins, les réanimations, les salles de réveil, les iades, les ides...), que ce soit pour le cadre supérieur d'anesthésie ou moi-même, quelle est la nuance ? (...) Parfois vous vous considérez comme leader, parfois vous êtes la cible de reproches et là vous n'êtes plus leader, mais chef et vous rendez des comptes en tant que chef à l'administration. Vous êtes le leader au niveau du groupe car il faut convaincre, essayer d'instiller un minimum de convictions et d'énergie dans les choses que vous allez mettre en œuvre.* »

- Comment les cadres, qui sont la ligne hiérarchique intermédiaire pour Minzberg, se positionnent-ils ?

18 cadres sur 18 affirment prendre en compte l'expérience de chacun souvent ou chaque fois que cela s'y prête (question 8).

16 cadres sur 17 (1 non répondant) disent donner à chacun la possibilité à chacun de s'exprimer et tenir compte des différents avis (question 15).

16 cadres sur 18 disent accompagner chacun dans son projet professionnel et son évolution (question 16).

Les cadres se disent donc très investis auprès des équipes.

Pourtant, un des chefs de service interrogé pense qu'il s'agit ici plus d'une forme d'accompagnement que d'une véritable dynamique de leadership : « *Les cadres, en théorie devraient être les personnes jouant ce rôle de coaching auprès des iades ou des personnels infirmiers. Sauf que ça ne se fait pas beaucoup, pour des tas de*

raisons. La première, elles ne sont pas assez nombreuses. La deuxième, elles ne sont pas formées, elles ne savent pas le faire. Car la formation des cadres en France n'est pas du tout identique à celle des cadres au Canada : là-bas, elles ont toutes des masters multiples, des doctorats dans tous les sens, il y a une réflexion et une prise de recul, elles font de la recherche, etc. (...) Ils n'ont pas été formés au coaching » (site B).

Signalons que la formation de cadre en France, réglementée par le décret du 18 août 1995 relatif à la formation des cadres en santé, intègre pourtant des modules où sont abordés la fonction d'encadrement et le management, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, l'évaluation et la notation des agents, l'animation d'équipe, la négociation et décision, la gestion des conflits et la résolution de problèmes.

- Les chefs de services et les cadres interrogés essayent donc en majorité de manager l'équipe d'une façon proche de celle décrite par les auteurs ayant écrit sur l'organisation apprenante. Cependant, Senge (61) et Winicott (62) rappellent que ce type de management reste difficile à mettre en œuvre : « *les travailleurs pourraient en effet soupçonner leur hiérarchie de chercher à les manipuler ou, plus simplement, se montrer septiques envers elle si une approche apprenante est tentée dans l'organisation. Au lieu d'un climat de coopération et de cohésion, il serait alors plus question d'hypocrisie, de mise en doute, de frilosité et de jeux tactiques de la part des acteurs, bien loin des valeurs de l'organisation apprenante* ».

Cela nous amène nous poser la question suivante : les équipes sont-elles réellement ouvertes à une horizontalisation des rapports hiérarchiques ?

Pour explorer cela, nous avons posé une question concernant **la possibilité pour les étudiants de donner des cours dans le service (question 7)**. En effet, les

étudiants, par leur statut de stagiaire et d' « apprenant », se situent tout en bas de la pyramide hiérarchique. Le fait qu'ils puissent donner des cours dans le département d'anesthésie renverrait les rôles momentanément.

La réponse est négative pour 71% des personnes interrogées (n=139 ; 4 non répondants).

Quelles sont les raisons invoquées ? « *Cela ne s'est jamais présenté* » (11 occurrences), « *ce n'est pas leur rôle* » (11 occurrences), « *pourquoi pas !* » (4 occurrences), « *ce n'est pas leur compétence* » (3 occurrences). Les explications données montrent que, même si certains personnels y sont ouverts, l'organisation du département d'anesthésie ne semble globalement pas favoriser beaucoup ce genre de démarche.

Alors comment expliquer que 29% répondent par l'affirmative à la question ?

Si on affine l'analyse, 40% des médecins (13 sur 32 ; 1 non répondant) répondent par l'affirmative, comme 3 internes sur 8. Côté paramédical, 71,5% des iades (60 sur 84) répondent, à l'instar de 14 cadres sur 18, négativement. La raison la plus probable est que les internes, contrairement aux étudiants infirmiers anesthésistes, seraient parfois amenés à animer des revues de bibliographie ou des staffs –dits « *staffs junior* »- dans le département d'anesthésie.

Globalement, les personnes interrogées se sentent écoutées et accompagnées dans leur projet professionnel. Elles ont le sentiment que leur avis et leur expérience sont pris en compte, ce qui rapproche le management du département d'anesthésie de celui de l'organisation apprenante. Mais médecins et iades ont-ils le même vécu ?

b) L'horizontalité des rapports hiérarchiques dans le département d'anesthésie : comparaison des réponses des médecins et des iades

Les médecins ont le sentiment que leur expérience est prise en compte (question 8) à 93,75% (30 sur 32 ; 1 non répondant) tout comme 75% des iades (63 sur 84 ; 3 non répondants).

Les médecins estiment à 85% (28 sur 33) versus 58% des iades (47 sur 81) pouvoir s'exprimer et que leur avis est pris en compte (question 15).

85% des médecins (28 sur 33) trouvent qu'ils sont accompagnés dans leur projet professionnel (question 16) contre 61,5 % des iades (48 sur 78 ; 6 non répondants)

Les personnes interrogées émettant un avis négatif évoquent « *trop de hiérarchie* » (2 occurrences, question 15 et question 16).

De façon générale, on observe une différence significative entre les réponses données par les médecins et celles données par les iades au sujet des rapports hiérarchiques.

Le partage de pouvoir prôné par les différents auteurs ayant écrit sur l'organisation apprenante ne semble pas être optimal dans le département d'anesthésie. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cela.

D'une part les médecins ont certainement un poids décisionnel plus important que les iades. Non seulement à cause de leur droit de prescription, mais aussi en raison de leur niveau d'études plus élevé. Ce niveau d'études leur procurerait une zone d'expertise qu'ils chercheraient à protéger à tout prix, selon E. Freidson (118).

Les iades possèdent, comparativement, peu de marges de manœuvre : leur rôle « sur prescription » tendrait à les rapprocher d'une fonction d'exécutant plus proche du courant tayloriste que du leadership démocratique de Lewin.

D'autre part, les iades, absents à 83% au staff (65 sur 81 ; 3 non répondants, question 19) ne peuvent pas prendre part aux discussions et décisions collectives qui ont majoritairement lieu à ce moment-là.

- En ce qui concerne l'accompagnement par la hiérarchie dans le projet professionnel, les médecins se sentirait mieux accompagnés que les iades.

La première hypothèse peut être le « *manque de disponibilité des cadres* » (3 occurrences) dans le département d'anesthésie, en lien avec la conjoncture actuelle. Ce que confirme l'AP-HP qui parle de « *sur-sollicitation* » des cadres *hors soins* » avec en parallèle une « *baisse du taux d'encadrement de proximité* » dans son projet de soins central 2010-2014.

La seconde hypothèse serait que leur degré d'ancienneté dans le service, moins élevé que celui des chefs de service (10 cadres sur les 18 interrogés ont 1 à 5 ans d'ancienneté dans le service alors que 6 chefs de service ont plus de 5 ans d'expérience, dont 4 ont plus de 10 ans d'ancienneté), ne permettrait pas une connaissance optimale de tous les agents, de la structure, et de ses problématiques.

La troisième hypothèse, en lien avec la première, serait que les cadres, par manque de temps, se contenteraient de l'entretien annuel d'évaluation en guise d'accompagnement des personnels. L'entretien annuel d'évaluation est certes l'une des missions des cadres, comme le rappelle la lettre circulaire de la Direction des hôpitaux du 20 février 1990 relative aux missions et rôle des surveillants(e) et surveillants(e) chefs hospitaliers : « *le (cadre de santé) participe à l'évaluation, à la sélection et à la promotion des personnels. Il met en oeuvre des moyens permettant aux personnels de progresser en leur faisant prendre conscience de leurs manques, en facilitant l'expression des besoins en formation et en favorisant la participation à des actions de formation* ». Mais, au-delà du temps de l'entretien annuel d'évaluation dont l'importance a de nouveau été soulignée par l'HAS dans le cadre de la certification, l'encadrement, comme le stipule le projet de soins central 2010-2014 de l'AP-HP, doit aussi intégrer plus largement une logique de *knowledge-management* ou gestion des compétences, la qualité des soins en étant le corollaire :

« *L'encadrement, garant de la continuité, de la sécurité et de la qualité des soins doit affecter la bonne compétence au bon endroit au bon moment* » (108). Cette idée de gestion des compétences est largement mise en avant par la littérature traitant de l'organisation apprenante.

Nous avons vu que les réponses différaient suivant les médecins et les iades. La géographie et la taille des départements d'anesthésie peuvent-ils influer sur le management ?

c) Analyse des réponses selon le type de structure

- La géographie du site influe-t-elle sur la façon dont sont perçus les rapports hiérarchiques ?

Concernant la prise en compte de l'expérience, 80% (n=37) des personnes interrogées dans les blocs pavillonnaires pensent qu'elle est effective, tout comme 84,7% dans les blocs centraux.

Dans la même lignée, 67% (n=35) des personnes interrogées dans les blocs pavillonnaires, tout comme 70% dans les blocs centraux (n=104), pensent qu'ils ont la possibilité de s'exprimer et que leur avis est pris en compte.

Il n'y a pas ici de différence significative entre bloc central et bloc pavillonnaire.

En revanche, 76,5% (n=34) des personnes interrogées dans les blocs pavillonnaires contre 69,2% dans les blocs centraux (n=103) trouvent qu'ils sont accompagnés par leur hiérarchie dans leur projet professionnel.

Ceci s'explique par le fait que les blocs pavillonnaires sont constitués de petites entités autonomes gérées bien souvent par une hiérarchie intermédiaire dédiée à chaque pavillon. Des équipes plus petites, « à dimension humaine » permettent probablement aux supérieurs hiérarchiques d'accompagner chacun de façon plus personnalisée. Ce qui donnerait aux équipes un sentiment de hiérarchie plus proche, plus accessible, plus horizontale. Par ailleurs, la structure pavillonnaire permettrait à

l'encadrement intermédiaire plus d'autonomie. Les chefs de service des sites pavillonnaires interrogés vont dans ce sens : « *la hiérarchie ici est horizontale, c'est-à-dire que le DAR est tellement éparpillé sur l'ensemble de l'hôpital que l'autorité du chef de service n'est pas à ce niveau-là* » (site A), « *la structure est trop éclatée : les pavillons sont séparés les uns des autres* » (site D).

- La taille de la structure influe-t-elle sur la façon dont sont perçus les rapports hiérarchiques ?

Dans les blocs centraux de grande taille, 82,3% (n=51) des personnes interrogées pensent que leur expérience est prise en compte tout comme 81,3% (n=54) dans les blocs centraux de petite taille. On n'observe donc pas de différence significative.

En revanche, 56% (n=50) dans les grands blocs centraux disent pouvoir s'exprimer et que leur avis est pris en compte contre 85% (n=54) dans les petits blocs centraux. Cette différence entre les réponses se retrouve au sujet de l'accompagnement par la hiérarchie dans le projet professionnel (question 16) : 63,3% (n=50) des personnes interrogées dans les grands blocs centraux en sont satisfaite contre plus de 75% (n=53) dans les petits blocs centraux. Les structures de petite taille, à l'instar des blocs pavillonnaires permettent un management de meilleure qualité et à dimension plus humaine, favorisé par des équipes de taille plus restreinte.

Outre la polyvalence du personnel, la capacité de l'organisation à communiquer et un management participatif, l'organisation apprenante se distingue des autres par son travail en mode projet. Le département d'anesthésie suit-il ce modèle ?

4. Le travail par projet (question 14)

Le travail par projet est l'une des caractéristiques de l'organisation apprenante pour des auteurs comme Pedler, Burgoyne et Boydell : il permet à l'organisation de travailler de façon flexible et adaptée à l'environnement.

a) Analyse des réponses tous personnels confondus, tous sites confondus

Pour 6 sur 8 chefs de services interrogés, le travail par projet est une méthode utilisée dans les départements d'anesthésie. Les projets peuvent être organisationnels : « *organisation de l'activité d'anesthésie en chirurgie ambulatoire par exemple* » (site C), ou médicaux. 2 chefs de service (sites H et B) assimilent le travail par projet à la démarche de recherche médicale.

Certains, parmi les 6 chefs de service, nuancent cependant leurs propos.

Ainsi, le chef de service du site A considère qu'il est plus exact de parler de « *démarche qualité avec des objectifs basés sur des référentiels* » tandis que le chef de service sur le site F suggère que « *oui, on travaille par projets, mais peut-être pas de façon aussi formalisée qu'en entreprise où le mode projet coule de source* ».

2 chefs de service pensent que le travail par projet est inadapté ou inexistant en anesthésie. Ainsi, le chef du site G explique que « *la plupart du temps, nous avons des interlocuteurs, tels que les chirurgiens ou les médecins, qui ont besoin de notre aide et qui viennent nous voir. Mais la plupart du temps, c'est au dernier moment. Donc il ne s'agit jamais de projets. Vous pourrez considérer que ce n'est pas une bonne organisation mais ça ne j'y peux rien du tout, c'est du à la manière dont les spécialités autres considèrent l'anesthésie-réanimation. La T2A fait qu'actuellement, vous êtes considérés comme un frein et non plus comme un moteur. En tout cas vous n'êtes plus considérés comme interlocuteurs fiables. Les seuls interlocuteurs fiables sont ceux qui ramènent l'argent, autrement dit les chirurgiens. L'argent est*

maintenant l'élément constitutif du système. (...) En anesthésie, vous êtes prestataires de service au même titre que les laboratoires, les radiologues, la biochimie... » Le chef de service du site D ajoute : « *je ne sais pas ce qu'est le travail par projets, expliquez-moi. (...) Les médecins ne fonctionnent pas par projets* ».

Pourtant, le travail par projet est un outil très utilisé dans les entreprises, pour augmenter l'efficience du système. Son utilisation en gestion hospitalière a fait l'objet de plusieurs études (119).

Dans les départements d'anesthésie, peut-on dire qu'on travaille par projets ? Nous allons analyser **l'avis des professionnels interrogés**.

Pour explorer la notion de travail par projet, nous avons posé la question suivante : « **je connais le projet de soins de mon service** », (**question 14**). Seulement 43% (n= 137 ; 6 non répondants) ont répondu par l'affirmative. A la question « j'y participe », 64% (n=125 ; 18 non répondants) ont répondu jamais (40%) ou quelquefois (24%).

Les personnes interrogées ayant répondu négativement évoquent le « *manque de communication IADE / médecin* » (5 occurrences), le « *manque de temps* » (3 occurrences) et le « *manque d'information* » (3 occurrences).

La notion de « projet de soins du service » semble être peu connue du personnel, cela peut expliquer le fort taux de non réponse à cette question (4%).

Pourtant, elle est utilisée par de nombreux hôpitaux ou groupements hospitaliers comme l'AP-HP pour définir des objectifs et actions prioritaires suite à des rapports d'activité mettant en évidence les problématiques à résoudre (100).

Le projet de soins est défini pour l'institution : « *Le projet de soins permet de répondre aux attentes de la personne soignée, de ses proches et des professionnels de l'institution* », selon la Direction Centrale des Soins et des Activités Paramédicales

de l'AP-HP qui ajoute que le projet de soins permet également de « contribuer aux évolutions prospectives nécessaires ainsi qu'à la prise en charge de nouveaux risques », dans un contexte de rationalisation des moyens (108).

Dans le département ou service d'anesthésie, on parle de projet « de service » ou « de département ». Elaboré par le chef de service et le conseil de service ou de département, ce projet prévoit les grandes orientations et les actions à mettre en œuvre pour développer l'activité de soins du service. Tous les deux ans, un rapport d'activité et d'évaluation fait état de l'avancement du projet et apprécie la qualité des soins dispensés, selon l'article L.714-23 de la loi hospitalière de 1991.

Pour mieux comprendre les résultats obtenus à la question « je connais le projet de soins de mon service et j'y participe » (question 14), il convient de traiter séparément les réponses apportées par les médecins et les iades.

b) Analyse des réponses des médecins et des iades

Les médecins sont 25 sur 32 (1 non répondant), soit 78%, à affirmer connaître le projet de soins du département d'anesthésie et 21 sur 26 (7 non répondants) soit 78% déclarent y participer.

En revanche, les iades ne sont qu'une minorité, soit 28 sur 81 iades (3 non répondants) c'est-à-dire 34,6%, à connaître le projet de soins du service. Ce qui explique que 68 sur 82 soit 83% (2 non répondants) disent ne pas y participer. A cela s'ajoutent les réponses apportées par les cadres : 14 sur 16 (2 non répondants) ne connaissent pas le projet de soins du département d'anesthésie et 7 sur 13 n'y participent pas. Le fort taux de non-réponses (5 non répondants sur 18 cadres) est à considérer. Des cadres qui ne pas maîtrisent pas bien la notion de projet de soins du service ne peuvent la rendre intelligible pour l'équipe paramédicale ou la mettre en œuvre.

Comment expliquer une telle différence entre médecins et iades ?

Les médecins participeraient au conseil de service, à la différence des iades, et seraient donc bien mieux informés de ce qu'englobe la notion de projet de soins du service.

Ils auraient également en charge des projets –« organisationnels, médicaux ou de recherche » comme l'énonce le chef de service du site C-. Ces différents projets s'articuleraient autour du projet global de service ou département et seraient ainsi coordonnés par le chef de service. C'est ce qu'explique le chef de service du site F: « *Globalement, moi je travaille en mode projets. J'ai un certain nombre de projets en parallèle sur lesquels je ne me positionne pas obligatoirement comme responsable de tâches : je délègue beaucoup ! Je fais des retours réguliers, des feed-back, avec les responsables de projets pour discuter des tâches (...) Mon rôle est de tout coordonner, pour cela je fais des staffs régulièrement pour voir l'avancement des choses et je fixe des dead-line, comme celle de la SFAR, pour assurer le calendrier. »*

En revanche, la notion de projet serait encore inexistante chez les iades, comme le déclare le chef de service du site B « « *le travail par projet... Ici, vis à vis des iades, ce n'est pas le cas* ». Signalons qu'elle n'est abordée que depuis 2012 dans la formation initiale des iades, abrogée par l'Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste.

Pour ce qui est des cadres, les résultats obtenus dans l'enquête révèlent une méconnaissance latente du sujet. Pourtant, pour le chef de service du site B, la gestion de projet leur incombe aussi. C'est pourquoi il ajoute, au propos précédemment cité : « *le travail par projet... Ici, vis à vis des iades, ce n'est pas le cas. D'abord parce qu'on ne peut pas s'occuper de tout. Deuxièmement, parce que cela devrait être aussi une partie du rôle des cadres... Moi j'ai déjà près de 20 internes, 50 médecins, et 3 hôpitaux à m'occuper... ça fait beaucoup ! Ce n'est pas que je ne veuille pas m'occuper des iades mais il y a un moment où le temps fait défaut et physiquement c'est impossible* ». Notons que le décret du 18 août 1995

relatif à la formation des cadres en santé inclut pourtant l'analyse stratégique et la conduite de projet.

Le travail par projet semble donc est mieux connu et utilisé par les médecins que par les iades, dans le département d'anesthésie.

Nous allons maintenant nous intéresser à la possible influence que peuvent avoir la géographie et la taille des sites enquêtés sur les réponses au sujet du projet de soins du service.

c) La géographie et la taille de la structure ont-elles une influence sur la connaissance du projet de soins du service et le fait que les personnes interrogées y participent ou pas ?

Dans les blocs pavillonnaires, 37,5% (n=33) des personnes interrogées disent connaître le projet de soins du service, et 35,1% disent y participer. On retrouve des proportions quasi-identiques dans les blocs centraux : 45,3% (n=104) pour la connaissance du projet de soins et 36,8% (n=92) pour la participation au projet de soins.

Les petits blocs centraux affichent des meilleurs taux que les grands blocs centraux sur la connaissance du projet de soins (54,7% avec n=53 versus 35,8% avec n=51) et sur la participation des personnes interrogées au projet de soins (45,6% avec n=46 versus 28,2% avec n=46).

Les professionnels seraient mieux informés du projet de soins dans les petites structures, à l'instar des blocs pavillonnaires, probablement parce que l'information y serait mieux diffusée que dans les grandes structures. Les personnels seraient plus impliqués dans le projet de soins du service car il serait probablement plus facile de les motiver à cela, en raison d'un management facilité par une équipe plus restreinte.

Le département d'anesthésie utilise donc le travail en mode projet, mais pas de façon encore systématisée et claire pour les professionnels qui y travaillent.

Le travail par projet est l'un des éléments permettant à l'organisation apprenante de s'adapter à son environnement. La créativité et l'innovation sont des composantes du travail par projet.

5.Créativité et innovation (questions 20 et 22)

Une organisation apprenante, c'est une organisation qui encourage la créativité et l'innovation, comme le rappellent des auteurs tels Senge (41) ou Leonard-Barton (27).

L'innovation et la créativité sont-elles effectives dans le département d'anesthésie ?

Analysons les réponses apportées par l'ensemble des personnes interrogées.

a)Analyse des réponses tous sites confondus, tous personnels confondus

L'innovation est la troisième mission de l'hôpital, après l'enseignement et formation des professionnels et la qualité et sécurité des soins (86). 7 personnes interrogées sur 140 (3 non répondant) y font référence.

En anesthésie, les chefs de service interrogés considèrent tous que l'innovation relève des activités du service. C'est pourquoi 62% des professionnels d'anesthésie enquêtés (89 sur 141 ; 2 non répondants) pensent que **le département d'anesthésie est très favorable au changement ou aux idées nouvelles (question 20)**, tout comme 17 sur 18 cadres.

Pour le chef du site A, l'innovation existe mais dans un cadre très protocolé : la recherche. L'activité de recherche est importante en anesthésie, ce qui explique probablement que 62% des professionnels interrogés dans notre enquête (87 sur 140 ; 3 non répondants) se disent encouragés à faire de la recherche et à publier, dires confirmés par 17 sur 18 cadres (question 22).

Dans l'organisation apprenante, la créativité et l'innovation doivent servir les intérêts de l'organisation, c'est-à-dire lui permettre de s'adapter à l'instabilité et aux mutations de l'environnement le mieux possible (37). Le but de l'innovation, en santé et donc en anesthésie, est de s'adapter à l'évolution des connaissances et des techniques pour « *améliorer la qualité des soins* », comme cela est évoqué dans 6 questionnaires.

Innover est le corollaire de l'accès à la nouveauté pour 11 personnes interrogées. L'accès à la nouveauté passe par les tests de matériels comme l'explique le chef du site G.

Cependant, l'innovation est limitée en anesthésie par les contraintes budgétaires pour 3 chefs de service sur les 8 interrogés (sites D, G, C) : « *On est très contraints, le problème c'est que l'innovation coûte cher ! Alors on peut introduire des techniques nouvelles quand elles sont gratuites ou fournies ou prêtées, mais dès l'instant où il faut investir, je pense à tout le matériel d'intubation difficile avec tous les vidéos-laryngoscopes. Mais si on n'a pas les moyens d'acheter, on ne va pas faire d'innovation. On arrive à imposer chaque année un tout petit peu nos désideratas au plan d'équipement, mais l'innovation ça coûte vraiment cher !*

 » (chef de service du site D).

Les problèmes de manque de personnel sont également soulevés dans 5 questionnaires.

Par ailleurs, innover nécessite de lever les résistances au changement, mises en avant dans 11 questionnaires, ainsi que de motiver les professionnels à faire de la recherche pour 4 autres personnes interrogées.

Les professionnels d'anesthésie auprès desquels nous avons enquêté pensent en majorité que le département d'anesthésie permet la créativité.

Mais médecins et iades ont-ils le même ressenti ?

b) Analyse des réponses des médecins et des iades

27 sur 33 soit 82% des médecins trouvent que le département d'anesthésie est très favorable au changement et aux idées nouvelles et 27 sur 33 soit 82% se disent encouragés à faire de la recherche et à publier.

Les iades sont plus négatifs : 37 sur 82 (2 non répondants), soit 45% des iades qui se sont exprimés ici, pensent que le département d'anesthésie est très favorable au changement et 37 sur 81 soit 45,5% (3 non répondants) se disent encouragés à faire de la recherche et à publier.

Pour expliquer de telles divergences de point de vue, deux hypothèses se présentent.

D'une part, les médecins sont formés très tôt dans leur cursus à la recherche, contrairement aux iades. Pourtant, la participation à des activités de recherche est inscrite dans le décret de compétences des infirmiers : « *Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire* » (article R4311-15 du Code de la Santé Publique).

La formation des iades à la recherche a été entérinée avec la réforme de la formation initiale fixée par l'Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste. Ont ainsi été institués le stage recherche dont l'intérêt est souligné par 3 chefs de service (site H, F et D). Le nouveau référentiel intègre aussi des apports théoriques et pratiques sur l'analyse critique de littérature scientifique et les étudiants infirmiers anesthésistes sont initiés à la production d'écrits. Les iades interrogés, n'ayant pas bénéficié de ce nouveau référentiel, doivent donc trouver d'autres alternatives s'ils souhaitent se former à la recherche.

Mais les contraintes familiales, le manque de temps et l'entrée dans la routine sont autant de freins. Notons qu'environ un tiers des iades interrogés a plus de 10 ans d'ancienneté dans le service.

D'autre part, l'investissement des iades dans la recherche demande du temps, des finances et du personnel, ce qui, dans le contexte actuel de rationalisation des moyens, est difficile, comme le souligne le chef du site E : « *ici, on a un iade par salle et pas plus que cela. Si j'avais deux iades supplémentaires, ils créeraient chacun des choses extraordinaires ! Mais nous n'avons en réalité aucune marge de manœuvre.* » Les iades qui souhaitent faire de la recherche sont donc souvent contraints de prendre sur leur temps personnel, ce qui constitue un frein majeur pour la plupart.

Pourtant, certains dispositifs ont été mis en place pour encourager la recherche infirmière à l'hôpital. En 2010 ont ainsi été créés les programmes de recherche infirmière suivis des Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP) en 2013. La recherche paramédical fait partie, à l'AP-HP, des objectifs détaillés dans son projet de soins central (108):

« *La recherche paramédicale, structurée à l'échelle du groupe hospitalier, doit être développée dans le cadre de l'enrichissement des soins, au bénéfice des malades, des professionnels et de l'Institution. La valorisation des innovations paramédicales favorisera la qualité des soins, participera à la reconnaissance des professionnels et à l'attractivité de l'Institution* ». Les actions prioritaires visées par l'AP-HP pour atteindre ces objectifs sont de « *Valoriser le travail des professionnels 'faire et faire savoir'* », « *Encourager les publications* », « *encourager la recherche paramédicale* » et « *(impliquer) des paramédicaux dans la recherche clinique* ».

C'est pourquoi dans certains départements d'anesthésie, un iade est parfois dégagé des soins pour se consacrer à temps plein à la recherche, mais cela demeure marginal.

Nous avons analysé le point de vue des médecins et des iades au sujet de l'ouverture du département d'anesthésie à la créativité et l'encouragement à la recherche et la publication.

Analysons maintenant si le type de structure (géographie et taille) a pu influencer les réponses.

c) Rôle de la structure (géographie et taille) sur l'ouverture à la créativité

- La géographie du site joue-t-elle un rôle ?

Les structures avec blocs pavillonnaires et les structures avec bloc central présentent quasiment les mêmes proportions de personnes pensant que le département d'anesthésie est favorable au changement ou aux idées nouvelles : 65,2% (n=36) et 62% (n=105).

Les structures pavillonnaires montrent des taux moins bons (51%, n=36) que les structures avec bloc central (64,5%, n=103) au sujet de l'encouragement à la recherche.

Probablement parce que les blocs pavillonnaires induisent un travail plus routinier, sans « surprise » ; les professionnels auraient donc moins de motivation à aller vers des activités de recherche qui demandent un investissement personnel important et impliquent de « sortir » de cette routine.

- La taille des sites a-t-elle une influence ?

En terme d'ouverture au changement et aux idées nouvelles, les petits blocs semblent plus favorables (74%, n=52) que les grands blocs (50%, n=52). Peut-être est-il plus simple d'innover dans les petites structures en raison d'équipes plus restreintes et d'un climat plus familial ?

En terme de recherche et publication, les petits blocs centraux semblent favoriser davantage la recherche que les grands blocs centraux : 73% (n=54) versus 55,9% (n=49). L'activité multidisciplinaire des petits blocs centraux, associée à des équipes de taille plus restreinte, semblerait favoriser l'activité de recherche et de publication.

Globalement, les blocs centraux apparaissent plus propices à l'activité de recherche et de publication, mais en termes d'ouverture au changement, ni la taille ni la géographie du site n'ont d'influence notable.

6. Synthèse sur la flexibilité, l'adaptabilité et la réactivité des départements d'anesthésie

L'enquête montre que le département d'anesthésie ne répond qu'en partie au critère d'adaptabilité, de flexibilité et de réactivité de l'organisation apprenante. La polyvalence des personnels est effective, tout comme la créativité et l'innovation. Mais pour ce qui est de la communication interne et externe, le département d'anesthésie doit encore s'améliorer : l'apport des nouvelles technologies serait vecteur d'amélioration. Au niveau du management, celui-ci apparaît plutôt participatif grâce à l'investissement de l'encadrement, mais le département d'anesthésie manque de marge de manœuvre sur ce point, tributaire des schémas hiérarchiques rigides de l'hôpital. En dépit d'une volonté d'adaptabilité, le travail par projet reste encore limité au cadre de la recherche.

D. L'apprentissage par l'erreur (questions 17 et 18)

Le 4^{ème} critère de l'organisation apprenante est l'apprentissage de ses erreurs. Senge parle de « *systems thinking* », décrivant une structure axée sur les résultats, où la qualité prime et l'erreur permet d'apprendre (1).

Qu'en est-il dans le département d'anesthésie ?

1. Analyse des réponses tous personnels confondus, toutes structures confondues

Au sujet de l'apprentissage par l'erreur, tous les chefs de service s'accordent pour dire que cela est la base de l'anesthésie. Pour illustrer cela, on peut mettre en parallèle ce que dit G. Rousseau (cité dans la revue Echanger, avril 1994) à propos de l'erreur et les évènements indésirables ayant marqué l'histoire de l'anesthésie : « *l'erreur n'est pas seulement l'effet de l'ignorance, de l'incertitude, du hasard (...), mais l'effet d'une connaissance antérieure qui avait son intérêt, ses succès, mais qui, maintenant, se révèle fausse, ou simplement inadaptée* ».

L'efficacité de l'apprentissage par l'erreur a été si bien comprise par les Anglais que ceux-ci en ont fait une maxime, reprise par les chefs de service des sites C et D : « *Je crois qu'on apprend beaucoup de ses erreurs et le meilleur enseignant, comme le disent les Anglais, c'est l'erreur : 'your best teacher is your last mistake'* ». (site D)

En anesthésie, la gestion de l'erreur est obligatoire dans le cadre de la certification (v2010 et v2014) et de la démarche qualité. L'importance de tels dispositifs a été soulignée de façon générale par des auteurs comme Garvin (70).

L'apprentissage par l'erreur est formalisé par les Réunions de Morbi-Mortalité pour l'ensemble des chefs de service interrogés.

Les RMM ont lieu au moins une fois par an sur les sites concernés par notre enquête. Mais les chefs de service interrogés ne sont pas tous d'accord sur le rythme idéal pour ces réunions. Pour le chef de service du site D, « *le nombre de RMM est très insuffisant et quand elles ont lieu, c'est quelque-chose qui permet de mettre en évidence des dysfonctionnements et de revenir sur ces dysfonctionnements pour ensuite avancer.* »

A ce point de vue s'oppose celui du chef de service du site B qui, bien qu'il souligne aussi la nécessité des RMM dans la démarche qualité, insiste sur la difficulté à assurer un suivi efficace de ces RMM au long terme : « *La complexité de mise en œuvre des RMM est complètement sous-estimée dans tous les documents fondateurs de ce système-là. (...) La RMM c'est quoi : c'est une réunion où l'on parle*

de l'événement indésirable grave certes, mais après la réunion ce n'est pas fini ! Ce n'est en fait que le début.

Au cours de la réunion RMM, on va proposer des mesures d'amélioration mais il faut ensuite les mettre en œuvre et en assurer le suivi. (...)

Quand vous faites une RMM, c'est beaucoup de travail et après c'est 10 ans de suivi !! Ce n'est pas parce que vous aurez démontré lors du premier audit consécutif, le premier « après », que c'est mieux qu'avant. Si vous ne faites rien, le niveau de qualité rechute.

Les gens qui se sont impliqués dans les RMM doivent continuer à travailler, voir pourquoi les gens n'ont pas tous participer, quels ont été les freins, comment on pourrait faire pour continuer à s'améliorer ce qui représente des années de travail ! Quand vous faites une RMM, c'est au moins 5 ans de suivi !! (...) Si vous avez 4 RMM par an, l'année suivante vous en avez 8, l'année d'après 12 etc etc et à chaque fois il faut les représenter, les suivre, faire le travail d'évaluation et les protocoles. Vous imaginez le travail ? C'est gigantesque ! C'est un vrai problème de mise en œuvre, non pas au début mais pour le suivi à long terme. Au bout d'un moment, le risque c'est que le système s'effondre : on élimine les premières RMM, on les laisse tomber alors que peut-être elles auraient besoin d'être plus suivies, peut-être de façon plus espacée, pas tous les ans obligatoirement. Car la qualité a toujours tendance à rebaisser si l'on n'est pas vigilant.»

Le personnel d'anesthésie participe-t-il à ces RMM ? (Question 17)

La majorité des professionnels interrogés, soit 76% (n=139) disent ne participer aux RMM que rarement ou jamais. Cette tendance est la même sur tous les sites pris individuellement.

Se pose ici la question des représentations de l'erreur chez les personnes enquêtées. Cela pourrait expliquer l'absence notoire aux RMM. De façon plus pragmatique, la RMM est une réunion « de plus ». Il resterait, comme les pour les

autres réunions, difficile pour l'ensemble du personnel d'y participer : manque de temps, de disponibilité, charge de travail élevée.

Les professionnels interrogés sur l'ensemble des sites participent peu ou pas aux RMM et aux EPP. Peut-être est-ce parce que le département d'anesthésie dispose d'une autre activité d'analyse de pratique moins formalisée : le staff. Le staff est abordé par les chefs de service du site E et B. La proportion de personnes y participant (42%, n=137) (question 19) est légèrement supérieure à celle retrouvée pour les RMM (24%, n=139), bien qu'elle reste faible.

Peut-être l'apprentissage par l'erreur serait-il plus informel, dans le département d'anesthésie ? Deux chefs de service (sites C et B) abordent ce sujet, parlant « *de partage informel d'expériences entre collègues* » (site C) et du rôle joué par la pause café, comparée à « *un bar d'escadron, comme chez les pilotes* » (site B), rôle déjà souligné dans une étude réalisée en 2001 (22).

RMM et staff ne sont pas les seules activités formalisées permettant l'apprentissage par l'erreur.

3 chefs de service (G, B, F) évoquent aussi **l'évaluation des pratiques professionnelles** (EPP).

Les pratiques professionnelles sont-elles réellement évaluées dans le département d'anesthésie ? Analysons ce qu'en pensent les professionnels interrogés.

49 % (n=139) disent qu'il est courant d'évaluer les pratiques dans le département d'anesthésie (question 18) car, pour certains, cela permet « *d'améliorer la qualité des soins* » (6 occurrences) et de « *remettre à niveau les connaissances* » (3 occurrences).

Dans le sens inverse, plus de la moitié pensent que les pratiques professionnelles ne sont pas évaluées-ou peu dans le département d'anesthésie, certains donnant le « *manque de temps* » (4 occurrences) et le « *manque de motivation du personnel* » (3 occurrences) comme motifs. L'absence et le peu de participation des personnes interrogées aux EPP (70% affirment y participer quelquefois ou jamais) pourrait être le corollaire du sentiment que les pratiques sont peu évaluées en anesthésie

Comment expliquer de tels résultats ?

Au niveau individuel, les professionnels pourraient être réticents à évaluer leurs pratiques. Ils assimileraient ces évaluations à un contrôle de leur travail, craignant la remise en cause de leurs compétences. Peut-être aussi n'y verraient-ils aucun intérêt, ayant l'impression de « bien faire », c'est-à-dire de travailler selon les recommandations d'experts, ce que confirme le chef de service du site B : « *(les gens disent) : pourquoi vous me dérangez, moi je sais faire, j'ai l'habitude de faire et si je ne faisais pas bien, ça se verrait. (...) Ils se confortent dans l'idée qu'ils font bien. Ils ne savent pas qu'ils sont dans le faux parce qu'ils n'ont pas été récemment formés pour actualiser leurs connaissances.* » Mais cette hypothèse est infirmée par les réponses favorables (84%, n=143) apportées par l'ensemble des professionnels interrogés à la question sur l'actualisation des connaissances dans le département d'anesthésie. Rappelons que les recommandations d'experts permettent d'éviter l'erreur. Les protocoles de prise en charge qui en découlent sont ainsi décrits comme « *des garde-fous* » par le chef de service du site G.

Au niveau institutionnel, pour reprendre la théorie d'Argyris sur l'apprentissage organisationnel (26), les EPP pourraient révéler des écarts si importants entre ce qu'il convient de faire -*la théorie affichée*- et ce qui est réellement fait -*la théorie d'usage*- que le département d'anesthésie pourrait s'en trouver menacé. Mais cette supposition est mise en demeure par l'obligation de qualité et de gestion des risques imposée par la certification. La loi n°91.748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière impose aux établissements de santé publics et privés de développer « *une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités de prise*

en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience ». L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a confirmé ce principe de l'évaluation des pratiques professionnelles. Les hôpitaux ont bien intégré ces obligations dans leur fonctionnement. L'AP-HP rappelle ainsi dans son projet de soins central 2010-2014 que « la qualité est partie intégrante du soin et de la prise en charge des patients. L'ensemble des professionnels de santé y contribue. Les caractéristiques physiopathologiques des malades imposent la réalisation du bon geste au bon moment. Pour y parvenir, il faut déterminer ce qui est nécessaire et réaliser des gestes professionnels maîtrisés. Dans cet objectif la quantité et la qualité des professionnels sont déterminantes ». Il est probable, à la lumière de ce projet de soins central, que le contexte de rationalisation des moyens et la pénurie de personnel sur les sites d'anesthésie enquêtés rendent difficile la réalisation d'EPP.

Pour affiner notre analyse concernant les RMM et les EPP dans le département d'anesthésie, confrontons maintenant les avis des médecins et ceux des iades.

2. Analyse des réponses des médecins et des iades

- Au sujet des RMM, 80 sur 84 iades n'y vont pour la plupart jamais, ou quelquefois pour certains.

Cela pose un problème : les iades sont parfois concernés par les sujets de RMM. S'ils sont absents, les évènements indésirables ne peuvent être corrigés de manière optimale. C'est ce qu'explique le chef du site B : « *l'accident dont je vous parlais est passé 3 fois en RMM. La première fois, ça a complètement capoté et on a du faire une deuxième RMM 6 mois plus tard pour élaborer un protocole. Il n'y avait aucun iade présent alors que ce sont les plus concernés par le problème... C'est compliqué avec les iades. Et si les iades n'ont pas l'information sur le protocole, ce n'est même pas la peine d'imaginer que le système va s'améliorer.* »

Rappelons que si les iades sont absents aux RMM, ils le sont aussi à 88% (n=83) au staff.

Les hypothèses pour expliquer la non-participation des iades aux RMM sont les mêmes que celles données pour la question du staff : manque de disponibilité et charge de travail importante, pénurie de personnel empêchant de « sortir » des blocs, contraintes personnelles. Le problème d'absentéisme des iades aux RMM n'est pas isolé : les infirmières, de façon générale, n'y participent pas, quel que soit le service concerné. A titre d'exemple, l'AP-HP prévoit, en réponse à la non-participation des paramédicaux aux RMM par « *manque de disponibilité* » d'*« intégrer les paramédicaux aux RMM et comités de sécurité des soins »* et de *« développer la ‘pédagogie de l’erreur’ et le retour d’expérience »*. L'AP-HP propose même de comptabiliser le *« nombre de paramédicaux impliqués dans les RMM »* pour apprécier l'efficacité de ces mesures (108).

Les cadres iades pourraient encourager les iades à aller aux RMM. Mais même eux n'y participent qu'à 50% (9 sur 17 ; 1 non répondant), pour des raisons possiblement similaires : charge de travail élevée et déjà beaucoup de réunions à honorer.

Pourtant une étude en 2009 a montré que la participation des iades aux RMM avait un réel intérêt (120). Les iades étaient amenés à effectuer un travail bibliographique et à remettre en question leurs pratiques, ce qui permettait de développer leurs compétences et d'améliorer la qualité des soins. La participation des iades aux RMM se révélait être une plus-value pour le service. Mais l'étude de 2009 a mis en évidence que les RMM nécessitent du temps.

Côté médical, la participation des médecins aux RMM est plus élevée que celle des iades. 20 médecins sur 33, soit presque les 2 tiers, y participent très souvent ou souvent.

Mais les réponses données ici sont peut-être sous-évaluées. Le « *peu* » de RMM par an, mis en avant par les chefs de service, peut expliquer que certains médecins interrogés aient le sentiment de n'y participer que « *quelquefois* », la notion de temps

étant relative et variable d'un individu à l'autre. Peut-être qu'ils assisteraient en fait à 3 sur 4 RMM par an, par exemple, c'est-à-dire à presque toutes. Par ailleurs, pour ces médecins ayant répondu « quelquefois », on peut émettre l'hypothèse qu'en cas d'impossibilité d'assister à une RMM, le staff pourrait servir de « session de rattrapage ». Le staff est en effet plus fréquent que la RMM. C'est un temps où sont analysés plus informellement qu'en RMM les problèmes rencontrés dans la prise en charge des patients.

La RMM pourrait également être peu suivie par certains médecins en raison des représentations que ceux-ci peuvent avoir de l'erreur. Ils pourraient craindre que ces réunions ne soient l'occasion d'un procès par leurs pairs, avec mise en exergue de leurs « fautes » et « incompétences », bien loin de ce que préconise l'HAS sur la gestion constructive de l'erreur dans une vision systémique.

Une dernière hypothèse expliquerait le tiers de médecins absents aux RMM. Organiser et élaborer une RMM serait compliqué et demanderait beaucoup de travail. Le chef de service du site B insiste sur cet aspect : « *il faut trouver des gens qui veulent s'y mettre et préparer une RMM représente beaucoup de travail. Il faut interroger les gens qui ont participé à l'événement, il faut en faire la synthèse, analyser les causes racine, préparer la réunion, faire des diapositives, organiser la réunion, faire venir tout le monde, solliciter les gens, etc. C'est loin d'être simple au niveau de la quantité de travail et de l'organisation pratique* ».

- **Au sujet des EPP**, seulement la moitié des médecins (17 sur 33) déclarent qu'évaluer les pratiques est courant dans le département d'anesthésie, proportion quasi-identique chez les iades (33 sur 81 soit 43%, 3 non répondants). Pourtant, ce n'est pas ce que déclarent les cadres iades : 13 sur 17 (1 non répondant) disent l'inverse.

Parallèlement, 20 sur 29 médecins (4 non répondants) soit 69% ne participent que quelquefois ou jamais à ces EPP, à l'instar des iades : 57 sur 72 (12 non répondants), soit 80%. Les cadres semblent plus investis : 11 sur 13 (5 non répondants) disent y participer.

Le problème de la non-participation des professionnels aux EPP n'est pas limité qu'au département d'anesthésie. Il concerne les autres services hospitaliers, à tel point que l'AP-HP, à titre d'exemple, parle d' « *impliquer les professionnels dans la démarche qualité et l'évaluation de leurs pratiques* » (108).

L'EPP, pour les médecins comme les iades, est pourtant une obligation le cadre du Développement Personnel Continu (DPC) et son non-respect est susceptible d'entrainer des sanctions. Mais les professionnels ont-ils connaissance de ces éléments ? Probablement pas ou peu.

Les cadres, en revanche, seraient plus au fait de la réglementation concernant l'analyse de pratique. Deux écrits appuient ces suppositions : le décret du 18 août 1995 relatif à la formation des cadres en santé qui fait mention de l'initiation à l'activité d'analyse de pratiques abordée pendant la formation initiale, ainsi qu'un document produit par l'AP-HP où il est noté que « *l'encadrement doit (...) assurer la conformité des soins aux bonnes pratiques* » ceci dans l'optique de la certification (108).

Médecins et iades participeraient de façon inégale aux RMM : les médecins y seraient davantage impliqués et présents. L'absence des iades aux RMM serait susceptible d'affecter la capacité de l'organisation à apprendre de ses erreurs et donc la qualité des soins. Le staff, bien qu'il ne les remplace pas, représenterait une alternative aux RMM. Pour ce qui est des EPP, elles resteraient encore marginales pour l'ensemble des personnes interrogées, malgré l'investissement de l'encadrement dans la démarche.

Nous avons donc pu observer des divergences de réponses entre médecins et iades.

De la même façon, la structure (géographie et taille) aurait-elle une influence sur les réponses qu'ont donné les professionnels au sujet des RMM et des EPP ?

3. Analyse des réponses selon la structure

Concernant les RMM, on n'observe pas de différence significative que le site soit pavillonnaire ou central, ou encore de grande ou petite taille pour les blocs centraux.

Les taux de participation restent faibles, aux alentours de 25% des personnes interrogées. Les pratiques professionnelles sont peu évaluées, quel que soit le site (environ 45% des réponses), bien que les petits blocs centraux affichent des chiffres légèrement supérieurs (54,5%, n=54) comparé aux blocs pavillonnaires ou grands blocs centraux.

4. Synthèse sur l'apprentissage par l'erreur

Le département d'anesthésie met bien en place des dispositifs permettant d'apprendre de l'erreur. Cela dans le cadre de ses obligations réglementaires. La RMM et l'EPP en sont deux modalités bien décrites, le staff se présentant comme une alternative. Cependant, la participation des personnels, notamment les iades, aux RMM et EPP apparaît mauvaise, ce qui ne permet probablement pas un bon apprentissage organisationnel et la correction optimale des erreurs.

E. la mémoire collective (question 21 et 23)

La capacité de l'organisation à se souvenir est l'un des critères de l'organisation apprenante.

Le département d'anesthésie a-t-il une mémoire collective ?

1. Analyse des réponses tous personnels et tous sites confondus

Les chefs de service interrogés évoquent tous une mémoire informelle liée aux individus, au groupe et à son histoire. Mais la mémoire informelle a ses limites, soulignées par 5 sur 8 chefs de service (C, D, G, H, B) et des auteurs comme Koenig (35) : alors que l'ancienneté et l'expérience du personnel sont des facteurs favorisants, la mobilité du personnel et les départs à la retraite y nuisent. Fait constaté dans le projet de soins central 2010-2014 de l'AP-HP : « *50% des équipes vont partir en retraite : risque de perte de mémoire et de compétences collectives* ».

Ainsi, pour maintenir la mémoire collective, les chefs de service des sites C et B disent veiller à la distribution des âges dans l'équipe, afin que les équipes soient « *homogènes* ». Cela est confirmé par les résultats de notre enquête : 47% des personnels interrogés ont entre 1 à 5 ans d'ancienneté dans le service, et 26% plus de 10 ans.

Cependant, la mémoire informelle est soumise à divers aléas que permet d'éviter l'écrit pour l'ensemble des chefs de service interrogés.

4 chefs de service (sites A, B, D, H) mettent en avant l'écrit comme élément fondamental en matière de gestion des risques et d'apprentissage organisationnel, dans la lignée d'auteurs tels Koenig : « *la mémoire collective est mise face à des événements indésirables. Il y a un logiciel Osiris, qui marche plutôt bien, pour déclarer les événements porteurs de risque ou évènements indésirables qui vont*

permettre de mettre en place de nouvelles mesures » (chef de service du site A). Le chef du site B complète ce propos : « *Les RMM, les EPP, les staffs, les protocoles, bref, tout ce dont on vient de parler à propos de l'apprentissage par l'erreur, entretiennent et participent à la mémoire collective* ».

La mémoire collective est consignée grâce à divers supports, selon Argyris (26) : protocoles, archives, compte-rendus, procédures, ... Eléments cités par les chefs de service interrogés : « *La mémoire est matérialisée par des procédures ou de règles de fonctionnement. On a un cahier de procédures, c'est-à-dire comment on fait dans telle ou telle situation : état de choc, hyperthermie maligne...* » (Site A).

Nous avons interrogé les personnels d'anesthésie sur l'existence de protocoles régulièrement remis à jour (**question 21**) et sur la présence de compte-rendu pour chaque réunion, accessibles pour tous

- **Au sujet des protocoles**, 70% des personnes interrogées (n=141) confirment leur existence et leur remise à jour tout comme 77% des cadres (14 sur 18).

L'anesthésie est en effet une spécialité où l'on travaille beaucoup selon des protocoles ou *guide-lignes*. Ces protocoles sont écrits à partir des recommandations formalisées d'experts, la SFAR par exemple, et correspondent à l'état de l'art à un moment donné.

Les personnels estiment à 83 sur 127 (16 non répondants) soit 65%, être informés de façon personnalisée et collective quand ces protocoles sont mis à jour. L'information sur ces mises à jour n'est donc pas optimale pour 44 personnes (35%). Ceci en lien avec la question posée sur la transmission de l'information (question12) préférentiellement faite par voie informelle, donc possiblement plus aléatoire.

Certains professionnels interrogés pensent que si les protocoles ne sont pas actualisés, c'est par « *manque de temps* » (3 occurrences).

Les protocoles, lorsqu'ils existent, sont rangés dans des classeurs (121 réponses),

Les réponses sous-entendent que les protocoles sont consignés par écrit. Le chef du site F déclare ainsi : « *On matérialise plutôt des conclusions collectives sur des supports qui sont consultables en cas de situation difficile. Ces supports (classeurs) sont accessibles à tous (...)* ».

Le numérique tend à remplacer les versions papier : il est placé en deuxième position par les professionnels interrogés (60 réponses). Mais à ce sujet, le chef du site F ajoute « *(...) mais on n'utilise probablement pas assez les nouvelles technologies* ». Signalons pourtant que les temps évoluent. A titre d'exemple, il existe des traités d'anesthésie électroniques tel le TAGMAP (Traités d'Anesthésie Générale à Mise à Jour Périodique) (121). Ces traités numérisés permettent l'accès rapide et facile à une information actualisée. L'avantage de ces supports numériques est d'abolir les délais d'attente générés par l'édition papier.

- **Au sujet des compte-rendu de réunions** (question 23), 78 sur 139 soit 65% (4 non répondants) estiment que les réunions font l'objet de compte-rendu accessibles.

Certaines réunions ne donnent peut-être pas lieu à des comptes-rendus du fait de leur caractère informel, comme le confirment certaines réponses : « *compte-rendu variable selon les réunions* » (4 occurrences).

Certaines personnes interrogées déclarent que suite aux réunions, l'information est transmise « *à toute l'équipe* » (8 occurrences) et Mais il n'est pas fait mention, dans les réponses données, de la traçabilité systématique de ces compte-rendus. Aussi peuvent-ils être n'être qu'oraux et informels, bien que certaines personnes les disent « *envoyés par mail* » (4 occurrences).

Nous avons analysé de façon globale la notion de mémoire collective. Est-elle perçue différemment selon les iades et les médecins ?

2. Analyse des réponses des médecins et des iades

- Au sujet de l'existence de protocoles régulièrement remis à jour, les réponses données par les médecins et iades sont proches.**

Les médecins sont 74% (23 sur 31 ; 2 non répondants) à répondre par l'affirmative, contre 67% des iades (56 sur 84). Le léger différentiel observable viendrait du fait que les médecins seraient plus souvent ceux qui rédigent et valident les protocoles. Plus amenés à les travailler, ils auraient davantage le sentiment qu'il existe des protocoles réactualisés régulièrement, à la différence des iades.

- Concernant les comptes-rendus de réunions, on observe peu de différences entre les réponses médicales et paramédicales.** Les médecins sont 14 sur 32, soit 44% (1 non répondant) à affirmer que chaque réunion donne lieu à un compte-rendu accessible et diffusé à tous, à l'instar de 46 sur 80 iades, soit 55 % (3 non répondants).

Côté médical, les médecins assisteraient probablement davantage aux réunions, n'ayant donc pas besoin de compte-rendu puisqu'ils étaient présents. La notion de compte-rendu serait ainsi perçue différemment que chez les iades.

Côté paramédical, les cadres assureraient la diffusion des comptes-rendus aux iades, mais la diffusion serait « *meilleure quand l'iade est présent aux réunions* » (1 occurrence). Ces compte-rendus, dont l'existence est confirmée par 15 cadres sur 18, pourraient aussi bien être aussi bien écrits qu'oraux, les réponses ne le précisent pas.

Nous avons observé que les réponses des médecins et des iades présentaient de grandes similitudes.

L'existence de protocoles et de compte-rendus de réunion varie-t-elle suivant le type de structure ?

3.Analyse des réponses selon le type de structure

Etudions si la géographie du site a une influence sur la capacité de l'organisation à se souvenir.

- **Concernant l'existence de protocoles**, on note une différence significative entre les structures de type pavillonnaire et les structures de type bloc central. Les professionnels interrogés dans les blocs pavillonnaires affirment à 80% (n=36) qu'il existe des protocoles et que ceux-ci sont régulièrement remis à jour, contre 68% (n=105) dans les blocs centraux. Les protocoles pourraient être plus nombreux dans les blocs pavillonnaires en raison de la nécessité de standardiser les pratiques sur ces sites géographiquement éclatés.

- **Au sujet des compte-rendus de réunions**, on observe la même tendance : près de 80% des professionnels interrogés dans les blocs pavillonnaires (n=35), contre 49% (n=105) dans les blocs centraux, disent que chaque réunion fait l'objet d'un compte-rendu diffusé à tous et accessible. Cela peut s'expliquer par le meilleur passage interne de l'information dans les blocs pavillonnaires : la diffusion de l'information auprès d'équipes plus restreintes serait plus aisée (75% dans les blocs pavillonnaires contre 65% dans les blocs centraux, voir question 12).

La taille de la structure a-t-elle aussi une influence ?

- Les différences entre grande et petite structure sont peu marquées au sujet de l'existence de protocoles régulièrement remis à jour : 65% avec n=51 dans les grandes structures contre 71% avec n=54 dans les petites structures.

- Concernant l'existence de compte-rendus après chaque réunion, accessibles pour tous, on observe une différence entre grands blocs centraux (43% d'avis positifs, n=51) versus petits blocs centraux (54% d'avis positifs, n=54). Dans les petits blocs centraux, l'information circuleraient mieux que dans les grands blocs centraux, en

raisons d'équipes plus restreintes (72% dans les petits blocs versus 58% dans les grands blocs, voir question 12).

4. Synthèse sur la capacité du département d'anesthésie à se souvenir

La mémoire du département d'anesthésie est de 2 ordres : informelle et formelle. La mémoire informelle est liée à l'histoire des équipes et à la somme des expériences individuelles. Fragile en raison du turn-over des personnels, elle implique de privilégier la mémoire écrite. Dans le département d'anesthésie différents supports existent dont les protocoles et les compte-rendus de réunions. Fréquemment utilisés selon les personnes interrogées, ils permettent de consigner les apprentissages organisationnels nés d'évènements indésirables.

F. l'organisation centrée sur l'individu

L'organisation apprenante place l'individu au centre de son fonctionnement.

Qu'en est-il du département d'anesthésie ?

1. Analyse des réponses tous personnels et tous sites confondus

(questions 10 et 24)

Concernant l'épanouissement de chacun visé par le service (question 10), 66% (n=140 ; 3 non répondants) estiment que c'est le cas et 76% (n=141 ; 2 non répondants) disent s'épanouir au travail (question 24).

Pour comprendre ces chiffres, il convient d'analyser l'avis des chefs de service.

Le chef de service du site E insiste sur le fait que pour lui, la bientraitance du personnel a un impact positif direct sur la prise en charge du patient : « *bien traiter le personnel, c'est bien traiter le malade* », tout comme le soulignent 8 réponses dans les questionnaires (question 24) : « *épanouissement au travail : retentissement sur la qualité des soins* ».

L'anesthésie est une spécialité très pourvoyeuse de stress. Un travail effectué dans des conditions défavorables nuirait à la qualité des soins prodigués, selon le chef de service du site E. Dans cet ordre d'idée, le rapport IFOP 2008 intitulé « *baromètre du bien-être psychologique au travail* » montre que le bien-être psychologique au travail permet notamment d'améliorer les relations internes et d'augmenter la compétitivité et la productivité de l'entreprise (76).

Dans les départements d'anesthésie enquêtés, 4 chefs de service sur les 8 (sites La Pitié, B, G, H) rappellent que le contexte de pression économique et la pénurie de personnel induisent une « *obligation de productivisme et un travail à flux tendu nuisibles au bien-être au travail* ».

L'AP-HP a mis en exergue ces problématiques dans son projet de soins central 2010-2014 : « *Raréfaction des ressources- Turn over et problèmes démographiques de certaines professions* », « *Difficultés d'attractivité et de fidélisation des professionnels* ».

Mais la pénurie de personnel, autrement dit « *les conditions de travail* », bien que mise en avant 8 fois dans les questionnaires (question 24) ne semblent pas être un élément déterminant majeur du bien-être au travail en anesthésie. Dans notre étude, 58% (n=17 répondants) n'ont pas le sentiment de s'épanouir au travail sur le site G où la pénurie de personnel est la plus marquée (12 postes vacants iades sur 37, soit 32%) alors que sur le site B, où la pénurie est la plus faible (2 postes vacants d'iades sur 50, soit 4%), 68% (n=18), soit 10% de plus que le site G, disent ne pas s'épanouir au travail.

Par ailleurs, les taux de satisfaction globalement bons retrouvés dans notre étude vont à l'encontre des résultats du rapport national « *sur la santé, la satisfaction au travail et l'abandon du métier de soignant* » édité en 2004 (75). Dans ce rapport, malgré la fierté liée à la profession exercée (87% des réponses), les conditions de travail (manque de travail en équipe, soucis sur la qualité des soins, horaires, pénurie de personnel, pénibilité des tâches, salaire) et le sentiment de non-reconnaissance de l'implication des soignants envers leur métier ont une influence directe négative sur leur sentiment de bien-être et sur leur motivation au travail. Cela se traduit par un désengagement vis-à-vis de l'institution (score d'implication des soignants de 60 % envers leur institution).

Peut-être les départements d'anesthésie concernés par notre enquête réussissent-ils à dépasser ces problématiques grâce à « *l'existence d'un bon esprit d'équipe* » (C, D, G, H), confirmé par 83% des personnes interrogées (question 9) et « *le sentiment de faire un travail intéressant* » (chef de service du site H ; 8 occurrences au niveau des questionnaires, question 24).

Pour ces chefs, il faut donc veiller à maintenir une bonne entente dans l'équipe (sites C, D, G) et valoriser les personnels (sites C, D, E, B). C'est le rôle de l'encadrement, d'après les 8 chefs interrogés : « *Mon rôle, c'est de faire en sorte, pour éviter le burn-out ou les situations de stress inutiles, de créer une ambiance très favorable* » (site E). Cela est d'ailleurs rappelé dans le projet de soins central 2010-2014 de l'AP-HP : « *l'encadrement doit concourir à créer un climat propice à l'épanouissement professionnel des équipes pour stabiliser le turn over et prévenir le burn out* ». 16 cadres sur 18 se placent dans cette dynamique. Pour les personnes interrogées, l'épanouissement au travail passerait par « *un planning adapté* » (12 occurrences), « *l'écoute* » (11 occurrences) et « *l'accès aux formations* » (5 occurrences).

L'attractivité des sites en termes de spécialités proposées (chefs de service des sites B, H) est importante. Le chef de service du site D évoque la valorisation salariale des gardes d'iades, dans la lignée des « *commitment* » cités par certains auteurs sur

l'organisation apprenante (65). De façon plus récente, l'AP-HP parle de « *Prendre soin des professionnels - Valoriser le travail des équipes soignantes* » (108).

Tous ces éléments permettraient en fait de répondre aux besoins fondamentaux de l'être humain en matière de sécurité, d'appartenance, d'estime et d'accomplissement de soi décrits par Maslow, éléments fondateurs du bien-être au travail.

2. Analyse des réponses des médecins et des iades

Côté médical, 22 médecins sur 31 (2 non répondants), soit 70%, pensent que l'épanouissement de chacun est visé par le service (question 10) et 26 sur 32 (1 non répondant), soit 81%, disent s'épanouir au travail (question 24).

Côté paramédical, 47 iades sur 83 (1 non répondant), soit 56%, pensent que l'épanouissement de chacun est visé par le service (question 10) et 62 iades sur 82 (2 non répondants), soit 76%, ont le sentiment de s'épanouir au travail.

Les médecins sembleraient plus satisfaits que les iades. Les iades seraient plus touchés que les médecins par les problématiques liées au manque d'effectifs et de budgets. Ils auraient le sentiment de moins pouvoir s'exprimer (58%, n=81) comparés aux médecins (85%, n=33) (question 15), ce qui nuirait au sentiment de bien-être au travail.

Nous avons étudié les réponses du point de vue médical et paramédical. Etudions maintenant les réponses selon le type de structure.

3. Analyse des réponses selon le type de structure

La géographie du site a-t-elle une influence ?

En termes de sentiment d'épanouissement au travail (question 24), les blocs pavillonnaires paraissent plus favorables que les blocs centraux : 86,3% (n=37) contre 76,8% (n=105).

Les réponses des personnes interrogées montrent que l'épanouissement visé par le service (question 10) semble meilleur au niveau des blocs pavillonnaires que des blocs centraux : 72% (n=36) versus 63% (n=104).

Les blocs pavillonnaires sont des entités indépendantes, de taille souvent plus réduite que les blocs centraux. Le climat y serait plus familial, les équipes se connaîtraient mieux, le travail y serait plus « *routinier* » (chefs de service du site B et D) et donc moins générateur de stress, d'où le sentiment que le service est plus propice au bien-être.

La taille du site a-t-elle une influence ?

Les personnes interrogées au niveau des grands blocs centraux expriment un avis plus négatif que celles interrogées sur les petits blocs centraux au sujet de l'épanouissement visé par le service : 48% (n=52) versus 78% (n=52)

Cette tendance se retrouve au sujet du sentiment de s'épanouir au travail : 68,6% (n=51) dans les grands blocs centraux versus 85% (n=53) dans les petits blocs.

Les petits blocs centraux montrent des résultats quasi-similaires aux blocs pavillonnaires, ce qui confirmerait que la petite taille de ces sites a bien une influence positive sur le bien-être au travail.

Plus les équipes sont grandes, plus leur gestion apparaît complexe. Dans de grands groupes, les problématiques individuelles sont atténuées au profit des problématiques collectives. Le but est de protéger les intérêts de l'ensemble du groupe car, selon un grand principe philosophique, « *la liberté des uns s'arrête là où commence celle des autres* ». C'est ce qu'explique le chef du site F : « *Quand on privilégie un individu, on lèse par définition un autre individu, donc l'organisation n'est*

jamais centrée sur l'individu mais sur le groupe. Le facteur tranchant, décisif, n'est jamais l'individu et ses préoccupations personnelles mais le groupe et ses préoccupations collectives ».

4. Synthèse des réponses sur l'épanouissement au travail

En dépit du contexte de rationalisation des moyens et de la pénurie de personnel, les départements d'anesthésie enquêtés semblent plutôt favorables à l'épanouissement personnel. L'épanouissement personnel dépend de besoins fondamentaux comme la sécurité, l'appartenance, d'estime et d'accomplissement de soi décrits par Maslow. Dans les départements d'anesthésie enquêtés, ces besoins semblent comblés grâce à un bon esprit d'équipe et l'investissement de la hiérarchie auprès des équipes.

VI. Discussion

6 critères définissent l'organisation apprenante. Le but de l'enquête était de comprendre si le département d'anesthésie fonctionne comme une organisation apprenante.

Voici la synthèse de notre analyse, à la lumière des critères de l'organisation apprenante, des 8 entretiens et des 143 questionnaires recueillis lors de l'enquête.

A. Synthèse de l'analyse

1. L'apprentissage permanent au travail

Le département d'anesthésie propose dans le cadre de sa mission de formation, transversale à l'hôpital, un grand nombre d'activités permettant l'apprentissage et le développement des compétences.

Ces activités de formation, mises au premier plan par les personnes interrogées, permettent d'actualiser les connaissances pour 84%, d'apprendre pour 80% et de développer ses compétences pour 84%. Les apprentissages informels sont valorisés grâce au staff et au partage d'expérience. Cependant, on note une distinction entre médecins et iades. Les médecins bénéficient davantage de formations que les iades pour qui l'apprentissage par l'expérience, dit « *au lit du malade* », prime.

Les structures qui apparaissent le plus favoriser les apprentissages au travail sont les petits blocs centraux : plusieurs spécialités proposées mais dans un nombre limité.

2.La notion d'équipe et de cognition collective

Le département d'anesthésie semble être une organisation dont le fonctionnement est basé sur la cohésion, la collaboration de tous pour 81%. La notion d'équipe et de cognition collective apparaissent fondamentales, le staff en est l'un des éléments clés.

Cependant, médecins et iades appréhendent différemment la notion d'équipe. L'absence de 88% des iades au staff en serait l'une des raisons. Contraints de rester au bloc en raison de la pénurie de personnel, les iades disposeraient de moins de temps pour la réflexion clinique.

Par ailleurs, la structure semble avoir une influence sur l'esprit d'équipe : ainsi, les structures de petite taille telles que les petits blocs centraux ou les zones cliniques pavillonnaires seraient plus propices à un bon esprit d'équipe.

3.L'adaptabilité, la flexibilité, la réactivité

L'enquête montre que le département d'anesthésie ne répond qu'en partie au critère d'adaptabilité, de flexibilité et de réactivité de l'organisation apprenante.

- La polyvalence est effective : 79% déclarent changer régulièrement de secteur. Les blocs centraux sont les structures qui apparaissent le plus contribuer à entretenir la polyvalence.
- L'information circuleraient facilement et en temps réel (question 12) pour 67% des personnes interrogées (96 sur 142 ; 1 non répondant). La voie informelle semble privilégiée (101 occurrences), loin devant l'affichage (74 occurrences), les réunions (70 occurrences) et les mails (39 occurrences). 58% des personnes interrogées (n= 138) pensent que le service n'est pas ouvert sur l'extérieur. La vétusté de l'équipement informatique, mise en avant, semble nuire à la qualité de la transmission de l'information en interne et en externe. Le développement du numérique et des nouvelles technologies permettrait plus d'échanges en temps réel

et un travail en réseau. Ce concept s'appelle l'« entreprise 2.0 ». Mais le département d'anesthésie n'y est pas encore, bien que les choses tendent à évoluer.

- Les personnes interrogées se sentent écoutées et accompagnées dans leur projet professionnel à 71% (n=137). Elles ont le sentiment que leur avis et leur expérience sont pris en compte (70%, n=139). Chacun est impliqué bien que les médecins aient un poids décisionnel plus important que les iades. L'encadrement, très investi auprès de l'équipe, favorise un management participatif limité par une organisation hospitalière encore bien taylorienne.
- Le travail en mode projet reste peu développé. Seulement 43% (n= 137) disent connaître le projet de soins du service. A la question « *j'y participe* », 64% (n=125 ; 18 non répondants) ont répondu « *jamais* » (40%) ou « *quelquefois* » (24%). Pour les personnes ayant répondu par l'affirmative, le travail par projet reste limité au secteur de la recherche.
- La créativité et l'innovation passent par la recherche. 62% des professionnels interrogés se disent encouragés à faire de la recherche et à publier. Mais, bien que le département d'anesthésie soit très favorable au changement ou aux idées nouvelles pour 62%, il dispose en réalité de peu de liberté en raison des contraintes budgétaires.

Le département d'anesthésie est donc une organisation tendant vers la flexibilité et l'adaptabilité malgré la persistance de freins liés à l'organisation hospitalière dont le département d'anesthésie est tributaire.

4.L'apprentissage par l'erreur

La gestion des risques est primordiale et fait partie des obligations réglementaires du département d'anesthésie dans le cadre de la démarche qualité. L'activité d'analyse de pratiques passe par les RMM et les EPP. Mais les professionnels interrogés semblent peu impliqués dans ces dispositifs. Au sujet des RMM, alors que 2 tiers des médecins (20 sur 33) déclarent y participer, 80 sur 84 iades n'y vont que quelquefois et pour la plupart jamais.

Médecins et iades participent de façon inégale aux RMM : les médecins y seraient davantage impliqués et présents. L'absence des iades aux RMM serait susceptible d'affecter la capacité de l'organisation à apprendre de ses erreurs et donc la qualité des soins. Le staff représenterait une alternative aux RMM sans pour autant les remplacer. Pour ce qui est des EPP, elles resteraient encore marginales pour l'ensemble des personnes interrogées, malgré l'investissement de l'encadrement dans cette démarche.

Le taux de participation des professionnels interrogés aux RMM est bas : environ 45%, quels que soient le type et la géographie de la structure. Les petits blocs centraux affichent des taux légèrement supérieurs (54,5%, n=54) comparés aux blocs pavillonnaires ou grands blocs centraux.

Le département d'anesthésie serait donc, en tant qu'organisation, dans une démarche d'apprentissage par l'erreur même si certains progrès restent à faire en termes de participation des personnels.

5.La mémoire collective

La mémoire du département d'anesthésie est de 2 ordres pour les chefs de services interrogés : informelle et formelle. La mémoire informelle est liée à l'histoire des équipes et à la somme des expériences individuelles. Fragile en raison du turn-over des personnels, elle implique de privilégier la mémoire écrite. Dans le département d'anesthésie différents supports existent dont les protocoles et les compte-rendus de

réunions. 65% (n=139) des personnes interrogées estiment que les réunions font l'objet de compte-rendu accessibles. 70% des personnes interrogées (n=141) et 14 cadres sur 18 confirment l'existence et la remise à jour à jour de protocoles.

Fréquemment utilisés, protocoles et compte-rendus permettent de consigner les apprentissages organisationnels nés d'évènements indésirables.

La capacité du département d'anesthésie à se souvenir est donc bien effective.

6.L'organisation centrée sur l'individu

Concernant l'épanouissement de chacun visé par le service, 64,5% (n=140) des personnes interrogées estiment que c'est le cas et 76% (n=141) disent s'épanouir au travail.

Les médecins sembleraient plus satisfaits que les iades (81% n=31 versus 76% n=82). Les iades seraient plus touchés que les médecins par les problématiques liées au manque d'effectifs et de budgets. Ils auraient le sentiment de moins pouvoir s'exprimer (58%, n=81) comparés aux médecins (85%, n=33) (question 15), ce qui nuirait au sentiment de bien-être au travail.

Les petits blocs centraux montrent des résultats quasi-similaires aux blocs pavillonnaires en termes d'épanouissement au travail. Il y serait meilleur que dans les grands blocs centraux en raison d'équipes plus restreintes, ce qui facilite leur gestion, et d'un climat probablement plus familial.

Le département d'anesthésie serait donc une organisation globalement centrée sur l'individu et, à fortiori, le patient.

Nous avons résumé les points importants de notre étude. Cependant, celle-ci présente certaines limites.

B. Limites de l'étude

1. Limites des outils d'enquête

Nos outils d'enquête ont pu induire des biais.

a) - Pour ce qui est des questionnaires :

Les données recueillies étaient d'ordre qualitatif. Ainsi, chaque mot pouvait être interprété de façon différente selon les personnes interrogées, ce qui a pu influencer les réponses données.

Les nombreuses questions, au nombre de 25 avec des sous-questions, ont pu provoquer lassitude et fatigue chez les personnes interrogées. De ce fait, ces personnes ont pu mal répondre, voire ne pas répondre, à certaines questions, notamment les questions ouvertes.

Certaines questions comprenaient en fait deux questions dans la même question. Les personnes interrogées ont donc pu hésiter sur la réponse à donner : à quelle question répondre ?

Bien que nous ayons pris le soin de poser les questions dans un ordre aléatoire, il pouvait subsister un effet de Halo entre les questions, ce qui a aussi pu influencer les réponses.

b)- Pour ce qui est des entretiens semi-directifs :

Les chefs de service interviewés avaient pris connaissance au préalable du thème des entretiens, lors de la prise de rendez-vous. Ils ont donc pu se préparer aux entretiens, ce qui a pu influencer certaines réponses.

Certains entretiens ont été parfois interrompus, pour des raisons de service par des sonneries de téléphone ou par des personnes qui entrent dans le bureau. Cela a pu

interférer sur le bon déroulé des entretiens : les chefs de service interrogés ont pu être perturbés dans leur réflexion.

Toute la difficulté des entretiens était de ne pas induire de réponses tout en restant dans le thème.

Le temps que chaque chef de service avait à consacrer à nos entretiens était limité, ce qui a pu empêcher d'approfondir certains points.

Le fait de se savoir enregistré, même si les chefs de service avaient donné leur accord, a pu influer sur les réponses données : peut-être ont-ils répondu ce qu'ils pensaient devoir nous répondre. C'est l'effet Hawthorne.

2. Limites de l'enquête

a) La population concernée

Notre étude ne concernait qu'un groupe hospitalier, sur une seule région et il n'a pas été possible, pour des raisons de temps et de moyens, d'inclure plus d'hôpitaux.

Par ailleurs, nous avions choisi de nous limiter à des CHU publics. Si nous avions inclus des hôpitaux privés et/ou non CHU, cela aurait probablement influé sur les résultats.

Les professionnels interrogés dans chaque département d'anesthésie étaient les iades et les médecins anesthésistes travaillant au bloc, ainsi que quelques cadres iades et internes. Or, le département d'anesthésie ne se limite pas au personnel intervenant au bloc. Il aurait été préférable d'interroger l'ensemble des personnels évoluant au sein du département d'anesthésie : infirmiers, aides-soignants... Cependant, cela n'a pas été possible pour des contraintes de temps et de faisabilité.

b) La méthodologie d'enquête

- Bien que nous ayons obtenu les autorisations des autorités compétentes pour distribuer nos questionnaires, il apparaît que dans les sites pavillonnaires, elles n'étaient valables que pour certains pavillons. Tous les pavillons des sites pavillonnaires n'ont donc pas été enquêtés. La raison était que la période d'enquête se situait sur une période où beaucoup de questionnaires étaient diffusés en même temps (autres mémoires en cours).
- Les questionnaires ont été distribués en main propre par nos soins, ou par des relais (cadres,...) ce qui a pu induire un biais de sélection involontaire des personnes à qui le questionnaire a été distribué.

c) Les données recueillies

Il s'agissait d'une enquête mixte : questionnaires et entretiens. Les données recueillies étaient d'ordre qualitatif.

Pour ces raisons, le traitement des données s'est révélé complexe et il a pu y avoir un biais d'interprétation de notre part, en raison du sens que chacun attribue aux mots.

L'absence de logiciel de statistiques pour calculer le p-value incite à modérer l'interprétation des résultats. Il s'agit de tendances globales.

Malgré les limites que nous avons détaillées ci-dessus, notre étude présente des points forts.

3. Points forts de l'étude

Notre étude concernait plusieurs départements d'anesthésie, qui, même s'ils appartenaient au même groupement hospitalier, restent représentatifs des départements d'anesthésie d'autres hôpitaux Français. En effet, les départements d'anesthésie, avec la certification, ont tous les mêmes missions et obligations. Par

ailleurs, l'anesthésie reste codifiée par de grandes règles qui sont les recommandations formalisées d'experts. Pour ces deux raisons, l'organisation et le fonctionnement des départements d'anesthésie tendent à être identiques.

Au sujet de la population enquêtée, bien que nous soyons conscients de n'avoir interrogé qu'une partie des professionnels évoluant dans le département d'anesthésie, il n'en demeure pas moins que nous avons réussi à recueillir un nombre d'avis conséquent permettant de mettre en évidence des tendances globales. Le choix de se limiter au bloc nous a paru important pour généraliser nos résultats : tous les départements d'anesthésie n'ont pas forcément la même composition mais tous ont des blocs.

Notre étude présente donc un intérêt réel, d'autant plus qu'un tel sujet n'a jamais été traité auparavant.

Il serait intéressant d'approfondir, lors de prochaines études, certains points qui n'ont pas pu être développés ici.

VII. Conclusion

D'après tous les chefs de service interrogés, le département d'anesthésie est une organisation qui tend à être une organisation apprenante. En effet, par ses nombreuses activités de formation, le travail collaboratif, le management participatif, la gestion des risques et l'activité de recherche-publication, le département d'anesthésie révèle sa capacité à s'adapter à son environnement d'une façon tout à fait remarquable malgré l'archaïsme de l'organisation hospitalière et le contexte de rationalisation des moyens.

Mais certains progrès restent à faire. Notre étude a montré une différence de vécu entre les médecins anesthésistes et les iades au sujet du département d'anesthésie « organisation apprenante ». Le département d'anesthésie semble être plus « organisation apprenante » pour les médecins que pour les iades. Le caractère central ou pavillonnaire et la taille des départements d'anesthésie sont également susceptibles d'avoir une influence sur leur aptitude à être des organisations apprenantes. Mais ces points mériteraient d'être éclaircis à l'avenir, n'ayant pas été développés ici.

Quoiqu'il en soit, la vétusté du matériel informatique reste probablement le dénominateur commun à toutes ces problématiques.

Moderniser l'équipement et développer les NTIC permettrait de réduire les écarts entre médecins et iades, ainsi que ceux existant entre les départements d'anesthésie, pour amener le système vers plus de performance. Cependant, cela représente actuellement un coût encore trop important.

Mais le monde évolue si vite... Qui sait, dans quelques années, peut-être se demandera-t-on si le département d'anesthésie, plus qu'une « organisation apprenante », n'est pas une « organisation 2.0 » ?

« Je me transforme moi-même pour transformer mon organisation »¹¹

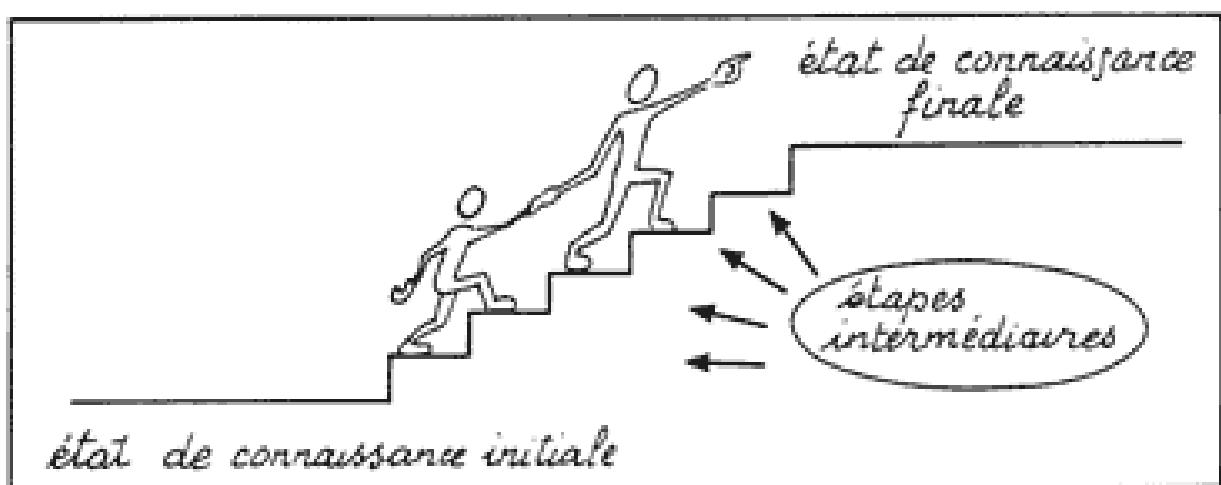


Figure 17:l'état de connaissance finale (les 3 modèles de l'apprentissage, Source: Arsac, G., Germain, G. & Mante, M. (1988)^o

¹¹ organisation Dell publishing group First Editions

Bibliographie

1. Senge PM. *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday/Currency; 2006.
2. Swieringa J. *Becoming a learning organization: beyond the learning curve*. Wokingham, England ; Reading, Mass: Addison-Wesley; 1992. 154 p.
3. L. Marchand. un changement de paradigme pour un enseignement universitaire [Internet]. montréal; 1998. Disponible sur: cfd.teluq.quebec.ca/distances/D2_2_b.pdf
4. Carré P. *L'apprenance: vers un nouveau rapport au savoir*. Paris: Dunod; 2005. 212 p.
5. Beaujolin F. *Vers une organisation apprenante*. Paris: Ed. Liaisons; 2001. 167 p.
6. Malaquin-Pavan É. *Savoir transmettre, un enjeu de professionnalisation*. Soins. nov 2012;57(770):28-32.
7. Malglaive G. *Enseigner à des adultes: travail et pédagogie*. Paris: Presses universitaires de France; 1990. 285 p.
8. Le Boterf G. *Construire les compétences individuelles et collectives agir et réussir avec compétence*. Paris: Éditions d'Organisation-Eyrolles; 2010. 288 p.
9. Mintzberg H, Romelaer P. *Structure et dynamique des organisations*. paris: les éditions d'organisation; 1996. 437 p.
10. Carré P, France, Délégation à la formation professionnelle. *L'Autoformation dans la formation professionnelle*. Paris: La Documentation française; 1992. 210 p.
11. LAUNAY-VACHER G. *L'hôpital a encore à apprendre*. Monit Hosp. mars 2012;244(management):17.
12. Learning Theories of Instructional Design [Internet]. [cité 4 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.usask.ca/education/coursework/802papers/mergel/brenda.htm>
13. Se former par l'apprentissage - Ministère de l'éducation nationale [Internet]. [cité 4 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/cid155/se-former-par-l-apprentissage.html>
14. Memoire Online - Motivation et réussite des apprentissages scolaires - Jean Baptiste NDAGIJIMANA [Internet]. [cité 12 janv 2014]. Disponible sur: http://www.memoireonline.com/10/09/2770/Motivation-et-reussite-des-apprentissages-scolaires.html#_Toc205048935
15. Skinner BF. *Pour une science du comportement: le behaviorisme*. Neuchâtel, Suisse: Delachaux & Niestlé; 1979.
16. Ausubel DP. *The Acquisition and Retention of Knowledge: A Cognitive View* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2000 [cité 9 mai 2014]. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1007/978-94-015-9454-7>
17. Gagné RM. *The conditions of learning*. 3d ed. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1977. 339 p.
18. Chalon-Blanc A. *Piaget: constructivisme, intelligence: l'avenir d'une théorie*. Villeneuve d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion; 2011. 218 p.
19. Bruner JS. *Acts of meaning*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1990.
20. Peter J-M. « Les apprentissages informels », un concept à l'épreuve de la recherche en formation : les enjeux du débat: Compte rendu de la journée d'étude organisée par la

revue Savoires, le 6 avril 2011. Les apprentissages informels : continent caché de la formation tout au long de la vie. Savoires. 2011;26(2):123.

21. Dejours C. Le facteur humain. Paris: Presses universitaires de France; 2014. 128 p.
22. Thonnerieux H. Le café, un éveil pour l'anesthésie. oxymag. juin 2001;58:21 - 23.
23. Mollet épouse Proust Caroline. mémoire présenté dans le cadre de l'obtention du diplôme de cadre de santé (IFCS-AP/HP) du master 1 « Economie de la santé et des politiques sociales. Spécialité Economie et Gestion de la Santé - Formation Continue » (Université Paris-Dauphine) : une parenthèse à investir, quand esprit d'équipe et détente se « compausent ». [Paris]: institut de formation des cadres de santé, centre de développement des compétences, DRH AP-HP; 2012.
24. Cross J. Informal learning: rediscovering the natural pathways that inspire innovation and performance. San Francisco: Pfeiffer/Wiley; 2007. 292 p.
25. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall; 1984. 256 p.
26. Argyris C, Schön DA. Apprentissage organisationnel: théorie, méthode, pratique. Paris; Bruxelles: De Boeck Université; 2002. 380 pages p.
27. Leonard-Barton, D. The factory as a learning laboratory. Sloan Manage Rev. 1992;23 - 38.
28. Cohendet P, Créplet F, Dupouët O. Innovation organisationnelle, communautés de pratique et communautés épistémiques: le cas de Linux. Rev Fr Gest. 1 oct 2003;29(146):99 - 121.
29. Wenger E. Communities of Practice. Learning as a Social System. Syst Think [Internet]. juin 1988 [cité 22 mars 2014]; Disponible sur: <http://www.co-i-l.com/coil/knowledge-garden/cop/lss.shtml>
30. Cellier H. Le double visage de Janus, enseigner et apprendre. Soins Cadres. août 2013;22(87):24 - 26.
31. Gillier Jean-Philippe. Se reconnaître dans une clinique de la transmission. Soins Cadres. Aout 2011;(79):20 - 23.
32. Legendre P, Legendre P. L'inestimable objet de la transmission: étude sur le principe généalogique en Occident. Paris: Fayard; 1985. 407 p.
33. Malicot. Compagnonnage et tutorat : cours pour les iades. [Internet]. Paris, Institut de formation des infirmiers anesthésistes Hôpital La Pitié-Salpêtrière; 2014. Disponible sur: www.compagnons-du-devoir.com
34. De Weze Jocelyne, Breme Vincent. La transmission des savoirs en psychiatrie, une réconciliation indispensable. Soins Cadres. Aout 2011;(79):27 - 28.
35. Koenig G. L'apprentissage organisationnel : repérage des lieux. Rev Fr Gest. 1 janv 2006;32(160):293 - 328.
36. Livian Y-F. Organisation Théories et pratiques. Dunod; 2008.
37. Belet D. Devenir une vraie entreprise apprenante: les meilleures pratiques. Paris: Editions d'Organisation; 2003. 217 p.
38. Grimaud A. L'entreprise apprenante : une conception inachevée ? Acte de la VIIIème conférence de l'Association Internationale du Management Stratégique (AIMS) [Internet]. Chatenay-Malabry; 1999 [cité 12 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.strategie-aims.com/events/conferences/15-viiieme-conference-de-l-aims/communications/2311-lentreprise-apprenante-une-conceptualisation-inachevee/download>
39. Centre de Ressources en Economie et Gestion. Intelligence collective et gestion des

ressources humaines [Internet]. Académie de Versailles; [cité 1 févr 2014]. Disponible sur: http://www.creg.ac-versailles.fr/IMG/pdf/intelligence_collective.pdf

40. Leroy F. « L'apprentissage organisationnel : une revue critique de la littérature », Acte de la VI^e Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique (AIMS). Louvain la Neuve; mai 27, 1998.
41. Senge PM. *The dance of change: the challenges of sustaining momentum in learning organizations*. New York: Currency/Doubleday; 1999. 608 p.
42. Garside Pam. The learning organisation : a necessary setting for improving care ? Qual Health Care. 1999;(8):211.
43. Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective. Paris: Editions du Seuil; 1977. 500 p.
44. Barreau P. L'hôpital est-il une organisation apprenante ? Soins Cadres. août 2011;79(dossier « la transmission des savoirs »):29.
45. Nantueil M de, El Akremi A, éditeurs. La société flexible: travail, emploi, organisation en débat. Ramonville Saint-Agne: Erès; 2005. 459 p.
46. Zakkour Donabelle, Tabchoury Patrick. La polyvalence à l'hôpital, une utilité pour la gestion. Hum Health. janv 2010;(10).
47. DREVET Géraldine. La gestion des compétences comme levier stratégique. [Rennes]: Ecole Nationale de Santé Publique; 2004.
48. Pedler M. *The learning company: a strategy for sustainable development*. London ; New York: McGraw-Hill; 1991. 213 p.
49. Josserand E, Grima F. Congrès ASAC-IFSAM 2000 : « organisation en réseau et apprentissage, une analyse inter-individuelle de la dynamique relationnelle ». Montréal, Québec, Canada; juill, 2000.
50. McAfee A. Enterprise 2.0: The Dawn of Emergent Collaboration. MIT Sloan Manag Rev. 2006;47(3):21- 28.
51. Organisation apprenante 2.0 [Internet]. [cité 20 avr 2014]. Disponible sur: <http://fr.slideshare.net/fguillotte/organisation-apprenante-20>
52. Dhénin J-F. Management & gestion des unités commerciales. Rosny-sous-Bois: Bréal éd.; 2004.
53. Francès R. Motivation et efficience au travail. Liège: Mardaga; 1995. 168 p.
54. Bizac M. Colloque « L'établissement formateur », L'organisation apprenante [Internet]. oct 13, 2009. Disponible sur: http://medias.formiris.org/efa_6_10.pdf
55. Marquardt MJ. *The global learning organization*. Burr Ridge, Ill: Irwin Professional Pub; 1994. 311 p.
56. Nonaka I, Takeuchi H, Ingham M, Koenig G. La connaissance créatrice: la dynamique de l'entreprise apprenante. Paris; Bruxelles: De Boeck Université; 1997.
57. Dovey K. The Learning Organization and the Organization of Learning: Power, Transformation and the Search for Form in Learning Organizations. Manag Learn. 1 sept 1997;28(3):331- 349.
58. Miralles P. Le management des talents. Paris: Harmattan; 2007. 286 p.
59. Davenport TH. Ten principles of knowledge management and four case studies. Knowl Process Manag. sept 1997;4(3):187 - 208.
60. Senge Peter. « Leading Learning Organizations : The Bold, the Powerful, & the

Invisible » in M. Goldsmith and F. Hasselbein (eds.), *The Leader of the Future*. San Francisco. CA: Jossey-Bass Inc.; 1996.

61. Winnicott DW, Monod C. *Jeu et réalité: l'espace potentiel*. [Paris]: Gallimard; 2006. 275 p.
62. Broni O. *Dynamiser les projets d'entreprise: l'apport des sciences modernes pour réinventer les projets d'entreprise*. Paris: Maxima; 2000. 192 p.
63. Welschbillig L. *la gestion de projet*. Paris, Institut de formation des infirmiers anesthésistes Hôpital La Pitié-Salpêtrière; 2013.
64. Pedler M, Burgoyne, John, Boydell, Tom. *The learning company: a strategy for sustainable development*. London; New York: McGraw-Hill; 1997. 243 p.
65. Legault J-P. *Une organisation apprenante et performante pour améliorer la qualité, l'expérience du CSSS de la Baie-des-Chaleurs* [Internet]. Montréal, Québec, Canada; 2012 [cité 8 déc 2013]. Disponible sur: http://www.mdas.umontreal.ca/rayonnement/colloque_jean_yves_rivard/documents/Legault_J-P.pdf
66. HAS. *Guide et méthodes pour gérer les risques* [Internet]. 2013 [cité 12 janv 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661502/fr/guides-et-methodes-pour-gerer-les-risques
67. Deming WE. *Out of the crisis*. Cambridge, Mass.: MIT Press; 2000. 522 p.
68. Fillol C. *L'entreprise apprenante--le knowledge management en question?: études de cas chez EDF*. Paris: Harmattan; 2009. 277 p.
69. Garvin DA. *Building a Learning Organization*. Harv Bus Rev [Internet]. juill 1993 [cité 1 mars 2014]; Disponible sur: <http://hbr.org/1993/07/building-a-learning-organization/ar/1>
70. CEDIP. « *L'organisation apprenante* » *Fiche Technique n°16* [Internet]. Ministère de l'Egalité, des Territoires et du Logement ; Ministère de l'Ecologie, du Développement Durable et de l'Energie; 2006 [cité 21 déc 2013]. Disponible sur: http://www.cedip.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/ftech16bis_cle73f12f.pdf
71. Castagnoli S. *L'organisation apprenante : une approche bidimensionnelle* [Internet]. CERMAT-IAE de Tours, Université de Tours; [cité 15 janv 2014]. Disponible sur: http://cermat.iae.univ-tours.fr/IMG/pdf/_05-126_SCastagnoli.pdf
72. Haefliger S. *L'organisation apprenante a-t-elle un avenir ?* 1999.
73. Louche C. *Introduction à la psychologie du travail et des organisations: concepts de base et applications*. Paris: A. Colin; 2007.
74. Estryn-Behar M, Caillard JF, Le Nézet O, Charton-Promeyrat C, Heurteux P, Ben-Brick E. *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant* [Internet]. 2004 janv p. 47. Report No.: partie 1. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/estrynbbehar.pdf>
75. IFOP. *Baromètre : le bien être psychologique au travail* [Internet]. 2008 sept p. 32. Disponible sur: http://www.wk-rh.fr/actualites/upload/social/social_actu7074_Etude-IFOP-MMP%20VF.pdf
76. Amadieu J-F, Cadin L. *Compétence et organisation qualifiante*. Paris: Economica; 1996. 110 p.
77. Zarifian P, Aubé N. *Cahier des charges de l'organisation qualifiante et flexible. rapport LATTS, ENPC*; 1992.
78. Mallet J. *Colloque « L'entreprise apprenante » : Développement des personnes et des organisations*. Aix-en-Provence; mai, 1995.
79. Arnulf G. *L'histoire tragique et merveilleuse de l'anesthésie*. Paris: Lavauzelle; 1989.

231 p.

80. Zimmer M. Histoire de l'anesthésie: méthodes et techniques au XIXe siècle. [Les Ulis]: EDP sciences; 2008.
81. Cousin M-T. L'anesthésie-réanimation en France. Des origines à 1965 Tome I. Paris: Harmattan; 2005. 378 p.
82. Balagny E. Infirmiers anesthésistes, histoire d'un combat. Oxymag. mai 2008;21(100):6- 9.
83. Kern E, Lassner, Jean, Vourc'h, Guy, Desmonts, Jean-Marie. Regard sur l'anesthésie-d'hier. Paris: Glyphe & Biotem; 2003.
84. Desmonts J-M. Regard sur l'histoire des 50 dernières années de l'anesthésie-réanimation française. Ann Fr Anesth Réanimation. sept 2008;27:S273- S274.
85. Les missions de l'hôpital – Hôpital.fr [Internet]. [cité 21 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Nos-missions/Les-missions-de-l-hopital>
86. HAS. Les staffs d'une équipe médico-soignante, Les groupes d'analyse de pratiques (GAP), Les pratiques réflexives sur situations réelles (Fiche méthode) [Internet]. 2013 [cité 6 févr 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/staff_gap_fiche_technique_2013_01_31.pdf
87. Hautemulle M. Dossier l'e-learning. Infirm Mag. nov 2013;(332):35 - 43.
88. Jégu. Le virtuel au chevet du réel. Infirm Mag. 1 nov 2013;(332):15.
89. Renou J, Couaraze S. Le simulateur d'anesthésie, un outil de formation continue à la gestion de situations de crise. Oxymag. oct 2011;24(120):8- 12.
90. Benamou D. Etats généraux de l'Anesthésie Réanimation - Quels enjeux pour la sécurité du patient ? Les propositions du CAMR [Internet]. 2010 [cité 12 mai 2014]. Disponible sur: http://www.ifits.fr/IMG/pdf/Securite_Anesthesique.pdf
91. Peraldi C. Rôle de l'IADE dans les EPP et RMM. paris; 2013.
92. Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) - Ministère des Affaires sociales et de la Santé - www.sante.gouv.fr [Internet]. [cité 23 avr 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/programme-hospitalier-de-recherche-infirmiere-et-paramedicale-phrip,6777.html>
93. Livian YF. Introduction à l'analyse des organisations. Paris: Economica; 1995. 112 p.
94. Kervasdoué J de, Billon S. L'hôpital. Paris: Presses universitaires de France; 2011. 128 p.
95. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Hôpital 2007 : la tarification à l'activité [Internet]. 2010 [cité 16 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/hopital-2007-la-tarification-a-l-activite.html>
96. Or Zeynep, Renaud Thomas. Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) : enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères. IRDS; 2009.
97. Gertner G. Les pôles, une source de conflits entre médecins ? Point de vue du Dr Pinaud, chef du pôle Anesthésie-Réanimation du CHU de Nantes. PHAR. sept 2005;(34):10- 11.
98. Shojania KG, Sampson M, Ansari MT, Ji J, Doucette S, Moher D. How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis. Ann Intern Med. 21 août 2007;147(4):224- 233.

99. Direction de l'Inspection et de l'Audit. Rapport d'Activité 2012 de l'AP-HP [Internet]. 2012 p. 100. Disponible sur: http://cme.aphp.fr/docs-raps/thematiques_adm_fin/activite_des_grh/rapport_activite_2012_aphp
100. HAS. Programmes de formation type et modalités pédagogiques (Fiche 32) [Internet]. 2012 [cité 6 mars 2014]. Disponible sur: <http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche32.pdf>
101. Apec.fr - Cadres - Annuaire des métiers [Internet]. [cité 23 avr 2014]. Disponible sur: <http://annuaire-metiers.cadres.apec.fr/metier/medecin-chef-de-service>
102. Fonction publique hospitalière : droit individuel à la formation (Dif) - Service-public.fr [Internet]. [cité 10 mai 2014]. Disponible sur: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F3080.xhtml>
103. DGOS, Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Le développement professionnel continu (DPC) : une démarche innovante au service des patients [Internet]. 2010 [cité 30 déc 2013]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/le-developpement-professionnel-continu-dpc-une-demarche-innovante-au-service-des-patients.html>
104. Haute Autorité de Santé - Développement Professionnel Continu [Internet]. [cité 21 avr 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/fr/developpement-professionnel-continu
105. Haute Autorité de Santé - DPC, mode d'emploi [Internet]. [cité 12 janv 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288606/fr/dpc-mode-d-emploi
106. Comité d'enquête sur le coût et le rendement des services. Formation continue des agents de la fonction publique de l'Etat [Internet]. 2007 janv p. 189. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000474/>
107. Direction centrale des soins et des activités paramédicales de l'AP-HP. Projet de soins central de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Plan stratégique 2010-2014 [Internet]. 2009 [cité 16 avr 2014]. Disponible sur: http://www.aphp.fr/paramedical/wp-content/blogs.dir/18/files/2012/04/Projet_de_soins_central_2010_2014.pdf
108. Gould D, Drey N, Berridge E-J. Nurses' experiences of continuing professional development. *Nurse Educ Today*. août 2007;27(6):602-609.
109. Rebuffat Y. Temps de travail des médecins, ce que tous les PH devraient savoir. *J Synd Natl Prat Hosp Anesth-Réanim Elargi*. juill 2012;(61):4-7.
110. Muller A, Carré P. Evolution des compétences infirmières et formation tout au long de la vie. *Savoirs Soins Infirm* [Internet]. 2010 [cité 16 oct 2013]; Disponible sur: www.em-premium.com/article/238827
111. Berland Y. Mission « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » [Internet]. 2003 oct p. 58. Report No.: rapport « transfert de compétences ». Disponible sur: http://www.soc-nephrologie.org/PDF/enephro/textes/rapport_berland.pdf
112. Michon D. Rapport BERLAND, vers de nouvelles collaborations professionnelles ? *Soins Cadres*. mai 2005;(50):31-35.
113. Heeks R, Duncombe R, University of Manchester, Institute for Development Policy and Management. *Information, technology and small enterprise: a handbook for enterprise support agencies in developing countries*. Manchester: Institute for Development Policy and Management, University of Manchester; 2001.
114. Cavazza F. Les réunions sont toxiques, apprenez à vous en passer [Internet]. Montréal, Québec, Canada; 2012 [cité 12 avr 2014]. Disponible sur: <http://fr.slideshare.net/fredcavazza/les-reunions-sont-toxiques>
115. Dans la cage de l'open space [Internet]. [cité 3 mai 2014]. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/culture/article/2012/10/18/dans-la-cage-de-l-open-space_1791111.php

space_1777656_3246.html

116. Bedeau L, Piquandet J, Loussouarn S. ACTINEO, l'observatoire de la qualité de vie au bureau [Internet]. TNS SOFRES; 2011 mai p. 6 p. Disponible sur: http://www.terracognita-france.fr/cariboost_files>Note_de_syntheseBAROMETRE_ACTINEOTNS_SOFRES_2011.pdf
117. Morice Y, Renard V. Parcours de soins : quelle place pour le CHU ? [Internet]. Bordeaux; déc 6, 2012 p. 18 diapositives power-point. Disponible sur: [http://www.reseau-chu.org/?id=177&print=1&type=98&tx_ttnews\[tt_news\]=3890&no_cache=1](http://www.reseau-chu.org/?id=177&print=1&type=98&tx_ttnews[tt_news]=3890&no_cache=1)
118. Freidson E. La Profession médicale. Paris: Payot; 1984. 369 p.
119. Vinot D. Le projet d'établissement à l'hôpital. De la formalisation du concept à son instrumentalisation [Internet] [thèse]. [Lyon]: Université Jean Moulin-Lyon 3; 1999 [cité 12 avr 2014]. Disponible sur: <http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/47/76/92/PDF/TheseDV.pdf>
120. Besselièvre M, Broker L, Bonnet F. La Revue de mortalité-morbidité : Un outil de développement des compétences des infirmiers anesthésistes. Oxymag. avr 2009;(105):13.
121. Dalens B. Traité d'Anesthésie à Mise à Jour Périodique [Internet]. Arnette; [cité 12 mai 2014]. Disponible sur: <http://urgentologue.free.fr/dmdocuments/anesthesie/Dalens.pdf>

ANNEXES

Sommaire :

Annexe 1 : Grille d'entretien semi-directif.....	263
Annexe 2 : Questionnaire médecin, interne, iade.....	266
Annexe 3 : Questionnaire cadre d'anesthésie.....	274

Grille d'entretien semi-directif

1°) Présentation

Bonjour, nous sommes élèves infirmiers-anesthésistes.

Dans le cadre de notre formation, nous effectuons un travail de fin d'études sur le fonctionnement des départements d'anesthésie.

L'objectif de cette étude est de savoir si ce fonctionnement s'apparente ou non à celui d'une organisation apprenante.

2°) Généralités

Tout d'abord, pouvez-vous nous rappeler la composition de votre département d'anesthésie (services inclus dans votre département d'anesthésie).

Combien de médecins travaillent dans votre département d'anesthésie ?

Et combien d'infirmiers anesthésistes ?

3°) Les représentations de l'organisation apprenante

Que signifie pour vous la notion d'organisation apprenante ?

Que mettez-vous derrière ce terme ?

A votre avis, en quoi cela peut-il avoir un intérêt dans votre département d'anesthésie ?

4°) Les différentes caractéristiques de l'organisation apprenante

Nous allons maintenant aborder avec vous les critères qui définissent l'organisation apprenante tels qu'ils sont rapportés dans la littérature.

- 1ère caractéristique : l'apprentissage permanent au travail

Qu'en pensez-vous ? Est-ce possible ?

Et concernant votre département d'anesthésie : qu'en est-il ? Qu'est-ce qui est mis en place pour favoriser les apprentissages ?

- 2ème caractéristique : la notion d'équipe et de cognition collective

Qu'en pensez-vous ? Cela est-il possible ?

Et concernant votre département d'anesthésie : qu'en est-il ? Comment appréhendez-vous cela au quotidien ? Quelle politique menez-vous ?

Selon la littérature, cela regroupe une vision commune, la collaboration et implication de tous, des objectifs communs, le premier étant l'excellence.

- 3ème caractéristique : la flexibilité, l'adaptabilité, la réactivité de l'organisation

Qu'en pensez-vous ? Que mettez-vous derrière ces notions ? Comment cela peut-il se matérialiser, se concrétiser ? Qu'en est-il de votre département d'anesthésie ?

Selon la littérature, cela regroupe :

- la polyvalence de chaque membre de l'équipe (mêmes questions),
- la capacité de l'organisation à bien communiquer (en interne et en externe)
- le travail par projets,
- la hiérarchie plus « leader » que chef de son équipe : comment vous positionnez-vous par rapport à votre équipe ? quelle est votre politique ?
- la place laissée à la créativité de chacun : qu'en est-il dans votre service ?

- 4ème caractéristique : l'apprentissage de ses erreurs et succès

Qu'en pensez-vous ? Que peut apporter cela ? En quoi cela est-il applicable dans votre département d'anesthésie ? Dans cette optique, qu'est-ce que est mis en place dans votre département d'anesthésie ?

- 5ème caractéristique : la mémoire collective

Que sous-entend cela pour vous ? Comment préserver la mémoire collective au sein du département d'anesthésie ? Pourquoi cela est-il important ? Qu'en est-il dans votre service ?

- 6ème caractéristique : la dimension holistique

Qu'en pensez-vous ? Pensez-vous que cela soit important au travail? Pourquoi ? En quoi le développement personnel de chaque membre de votre équipe peut-il influencer la qualité des soins ? Qu'en est-il concrètement dans votre service : quelle politique menez-vous ?

Au total : en regard de tous les items évoqués et des réponses que vous nous avez données, votre département d'anesthésie fonctionne-t-il comme une organisation apprenante ?

Si non : quels sont pour vous les freins, c'est-à-dire ce qui empêche votre département d'anesthésie d'être un système vraiment apprenant ?

Comment envisagez vous tout cela à l'avenir ?

Nous vous remercions de votre disponibilité

Questionnaire médecin, interne, iade

Dans le cadre de notre travail de fin d'étude, nous réalisons une recherche sur les départements d'anesthésie et leur fonctionnement.

Nous vous serons reconnaissants de bien remplir ce questionnaire.

.....MERCI....

1-Je suis médecin anesthésiste

 Interne

 IADE

2-Je suis diplômé(e) depuis

.....

3-Je travaille dans ce service depuis

.....

4-Mon service me permet de développer mes compétences

 Tout à fait d'accord

 Plutôt d'accord

 Plutôt pas d'accord

 Pas du tout d'accord

Comment?.....

5-Mon service me permet d'actualiser mes connaissances

 Tout à fait d'accord

- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Comment ? (lister)

6-Mon service favorise les apprentissages

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Sous quelle forme? ..

7-Les étudiants ont la possibilité de dispenser des cours dans le service

- OUI
- NON

Pourquoi ?

8- Mon expérience est prise en compte

- chaque fois que cela s'y prête
- Souvent
- Rarement
- jamais

9-J'ai le sentiment qu'il existe dans mon service un esprit d'équipe, que la cohésion et la collaboration y sont des valeurs fortes

- Tout à fait d'accord

- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Pourquoi?.

10-Mon service vise l'épanouissement de chacun

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Pourquoi?....

11-Dans mon service, on change régulièrement de secteur.

- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois
- Jamais

Si oui, changer de secteur

- Me permet d'être polyvalent
- Me permet d'apprendre
- Représente pour moi une précarité des conditions de travail
- Autre (préciser)

12- L'information dans mon service circule facilement et en temps réel.

- Tout à fait d'accord

- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

- Comment :**
- informel (pause-café, ...)
 - Réunion
 - Affichage
 - Autre (préciser)

13- Mon service permet des échanges et partages d'informations avec les autres services. Il n'est pas « cloisonné »

- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois
- Jamais

Pourquoi ?.....

- 14-Je connais le projet de soins.de mon service**
- OUI
 - NON

- Et j'y participe**
- Toujours
 - Souvent
 - Rarement
 - Jamais

Pourquoi ?

15-Mon service me donne la possibilité de m'exprimer et tient compte de mon avis.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Pourquoi ?

16-Ma hiérarchie m'accompagne dans mon projet professionnel et dans son évolution.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Pourquoi ?....

17-Dans mon service, il est courant d'évaluer nos pratiques professionnelles

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Pourquoi ?

Et je suis acteur, partie prenante de ces évaluations pratiques

- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois

Jamais

Pourquoi ?

18-Je participe aux RMM (réunions morbi-mortalité)

- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois
- Jamais

Pourquoi ?

19-Dans mon service, le staff est un moment d'apprentissage, d'information et d'échanges

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Pourquoi ?

- | | |
|----------------------|-----------------------------------|
| J'y participe | <input type="checkbox"/> Toujours |
| | <input type="checkbox"/> Souvent |
| | <input type="checkbox"/> Rarement |
| | <input type="checkbox"/> Jamais |

Pourquoi?

20-Mon service est très favorable au changement ou aux idées nouvelles

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Pourquoi ?.

21-Dans mon service, il existe des protocoles et ceux-ci sont régulièrement ajourés

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

Si non pourquoi?

Si oui, chaque modification donne lieu à une information personnalisée et collective :

- Oui

- Non

Sous quelle forme sont matérialisés ces protocoles ? :

- Classeur
- Informatique
- Autre

22-Dans mon service on m'encourage à faire de la recherche et à publier.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord

- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Pourquoi ?

23-Dans mon service, toutes les réunions font l'objet d'un compte-rendu accessible et diffusé à tous

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

Pourquoi ?

24-J'ai le sentiment de m'épanouir dans mon travail.

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

Pourquoi ?

25- Je souhaite dire autre chose :

MERCI

Questionnaire cadre d'anesthésie

**Dans le cadre de notre travail de fin d'étude,
nous réalisons une recherche sur les départements
d'anesthésie et leur fonctionnement.
Nous vous serons reconnaissants de bien remplir ce
questionnaire.**

.....
MERCI
....

1-Je suis cadre supérieur

- Cadre
- Faisant fonction de cadre

2-Je suis diplômé(e) depuis

3-Je travaille dans ce service depui

4-Mon service permet à tous de développer ses compétences

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Comment ?

5-Mon service permet à tous d'actualiser ses connaissances

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Comment ? (lister)

6-Mon service favorise les apprentissages

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Sous quelle forme?

7-Les étudiants ont la possibilité de dispenser des cours dans le service

OUI NON

Pourquoi ?

8- Je prends en compte l'expérience de chacun

- chaque fois que cela s'y prête
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Comment ?.....

9-Je cherche à développer dans mon service l'esprit d'équipe, la cohésion et la collaboration de tous

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Pourquoi?.

10-Mon service vise l'épanouissement de chacun

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Comment ?

11-Dans mon service, je permets à chacun de changer régulièrement de secteur.

- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois
- Jamais

Si oui, changer de secteur

- permet la polyvalence

- permet d'apprendre
- Représente pour le personnel une précarité des conditions de travail
- Autre (préciser)

12- L'information circule facilement et en temps réel dans mon service.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

- Comment ?**
- informel (pause-café, ...)
 - Réunion
 - Affichage
 - Autre

13- Mon service n'est pas « cloisonné », il échange et partage des informations avec les autres services.

- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois
- Jamais

comment ?

14-Le projet de soins est connu de tous dans mon service

- OUI
- NON

Et j'invite chacun à y participer

Toujours

- Souvent
- Rarement
- Jamais

Pourquoi ?

15- Je donne la possibilité à chacun de s'exprimer et je tiens compte de son avis.

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Pourquoi ?

16-J'accompagne chacun dans son projet professionnel et dans son évolution.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Pourquoi ?.

17-J'encourage chaque membre de mon équipe à participer aux RMM (réunions morbi-mortalité)

- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois

Jamais

Pourquoi ?

18-Dans mon service, il est courant d'évaluer nos pratiques professionnelles

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Pourquoi ?

Et j'incite chacun à y participer Très souvent
 Souvent
 Quelquefois
 Jamais

Pourquoi ?

19-Dans mon service, le staff est un moment d'apprentissage, d'information et d'échanges

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Pourquoi ?

Je permets à chacun d'y participer Tout à fait d'accord
 Plutôt d'accord

- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Pourquoi ?

20-Mon service est très favorable au changement ou aux idées nouvelles

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Pourquoi ?

**21-Dans mon service, il existe des protocoles et ceux-ci sont régulièrement
ajourés**

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

Si non pourquoi?

**Si oui, chaque modification donne lieu à une information personnalisée et
collective :** Ou Non

Sous quelle forme sont matérialisés ces protocoles ?

- Classeur
- Informatique
- Autre

22-Dans mon service j'encourage chacun à faire de la recherche et à publier.

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Pourquoi ?

23-Dans mon service, toutes les réunions font l'objet d'un compte-rendu accessible et diffusé à tous

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

Pourquoi ?..

24-J'accorde beaucoup d'importance à l"épanouissement de chacun au travail.

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

Pourquoi ?.

25- Je souhaite dire autre chose :