



ÉCOLE D'INFIRMIERS ANESTHÉSISTES DE STRASBOURG
6 , rue Saint Marc 67000 Strasbourg
03.88.11.60.12

DIPLÔME D'ÉTAT INFIRMIER ANESTHÉSISTE
MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDE
ANNÉE 2018

LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

AU BLOC OPÉRATOIRE

Directeur de mémoire :
Mr FAVRET Stéphane

HERTFELDER Claudia
Promotion : 2016-2018

Sommaire

Remerciements	1
Introduction	2
Partie 1 : Cadre conceptuel	4
I. Les représentations sociales	4
1. Définition	4
2. Différentes fonctions des représentations sociales.....	5
3. Les représentations sociales au bloc opératoire	6
II. L'identité professionnelle	7
1. Définition	7
2. Construction de l'identité professionnelle	8
III. Histoire des professions	9
1. Le métier d'infirmier.....	9
2. Histoire de l'IBODE.....	9
3. Histoire de l'IADE.....	11
4. Histoire de l'anesthésie et du médecin anesthésiste réanimateur	13
5. Histoire du chirurgien.....	15
IV. Le bloc opératoire	17
1. Définition, organisation	17
2. Notion de temps	18
3. Notion d'espace, posture physique	20
V. Le pouvoir et l'autorité au bloc opératoire	21
1. Définition	21
2. Hiérarchisation des tâches	22
3. Le Rôle de l'uniforme :.....	22
VI. Le travail en équipe	23
1. Définition	23
VII : Intérêt professionnel	24
PARTIE 2 : Travail de recherche :.....	25
I. Objectifs	25
II. Méthodologie	25
1. Choix de la méthode	25
2. Population étudiée.....	26
3. Élaboration du questionnaire.....	26
4. Diffusion du questionnaire.....	26
5. Élaboration du guide d'entretien.....	27

III. Résultat du Questionnaire.....	28
1. Professions interrogées	28
2. Ancienneté dans la profession	29
3. Structure dans laquelle est exercée la profession	29
4. Comment décrieriez-vous le climat qui règne dans votre bloc opératoire ?.....	30
5. Comment l'expliquez-vous ?.....	30
6. Quels mots vous viennent à l'esprit lorsqu'on évoque le travail en équipe dans votre bloc opératoire ?.....	31
7. Quels peuvent être les axes d'amélioration à apporter au travail d'équipe et leurs freins ?.....	32
8. Comment qualifiez-vous vos relations avec les différents professionnels ?.....	32
9. Quels sont les aspects positifs et négatifs du travail au bloc opératoire et pourquoi ?.....	33
10. Êtes-vous satisfait de vos conditions de travail , expliquez.....	33
11. Êtes-vous satisfait de vos relations avec vos supérieurs , expliquez	34
12. Êtes-vous satisfait de vos relations avec le patient ?.....	34
13. Citez quelques mots qui selon vous définissent la notion de « qualité de travail »	35
14. Quels seraient selon vous, les points à améliorer pour gagner en qualité de travail ?.....	35
15. Comment se mesure, selon vous, l'efficacité du travail au sein du bloc opératoire ?.....	36
16. Que vous soyez directement concerné ou que vous observiez ceci d'un œil extérieur, comment qualifieriez-vous les relations MAR-Chirurgien ; expliquez	36
IV. Analyse du questionnaire	37
V. Résultats des entretiens.....	39
1. Thème : Identité des interlocuteurs.....	39
2. Thème : Le travail en équipe.....	39
3. Thème : Gestion du bloc opératoire.....	40
4. Thème : Échange sur les retours des professionnels.....	40
VI. Biais et Limites.....	41
1. Population sondée	41
2. Moyen de diffusion du questionnaire	41
3. Constitution du questionnaire	41
4. Taux de participation	41
5. Nombre d'entretiens.....	42
6. Temps.....	42
VII. Discussion	43
Conclusion :.....	46
Bibliographie :.....	47
Annexe 1 :.....	49
Annexe 2 :.....	54
Annexe 3 :.....	57

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements aux personnes qui m'ont aidées et soutenues dans la réalisation de ce mémoire.

A Monsieur Stéphane FAVRET, en sa qualité de directeur de mémoire, pour m'avoir conseillé, aidé et orienté tout au long mon travail.

A l'équipe pédagogique pour leur encadrement bienveillant durant ces deux années de formation, pour leurs conseils et leurs sourires.

A mes collègues de promotion qu'il a toujours été agréable de retrouver tous les débuts de semaine. Un grand Merci à Anne pour m'avoir poussée toujours plus loin!

A ma famille, à mes amis, merci pour leur patience, leur soutien et leurs encouragements durant la réalisation de mon projet professionnel.

Merci à Nico pour sa grande patience durant ces deux années !

Introduction

En entamant ces deux années d'études, j'ai découvert un milieu qui m'était jusqu'alors presque inconnu : le milieu du bloc opératoire. En effet, ayant travaillé dix années en tant qu'infirmière en réanimation médicale, je n'ai été confrontée que quelque fois dans ma carrière à ce microcosme.

Le bloc opératoire est un système clos, l'atmosphère qui y règne varie d'un lieu de stage à l'autre, voire même d'un moment à l'autre pouvant passer de la sérénité à l'explosivité. Le caractère stressant du travail m'a souvent été évoqué pour m'expliquer ces changements d'ambiance.

J'ai appris à connaître, appréhender et apprivoiser ce milieu tout au long de mes différents stages. C'est un lieu où sont pratiqués des actes de haute technicité. Les impératifs de sécurité règnent, les différentes spécialités cohabitent et les moyens humains mobilisés sont conséquents. Le travail d'équipe y joue un rôle primordial, il peut y avoir jusqu'à dix intervenants autour d'un même patient et autour de la table d'opération. Les rôles de chacun y sont préalablement établis.

J'ai choisi, pour mon mémoire professionnel de fin d'études, de travailler sur ce travail d'équipe, cette complémentarité, cette collaboration, voire, par moment cette dualité. J'ai vécu plusieurs situations en stage qui m'ont interpellées à différents niveaux : j'y ai vu des incompréhensions entre différents professionnels, des priorités différentes entre chacun, qui pouvaient engendrer des pertes de temps ou des conflits. J'y ai également vu des jeux de pouvoir. En parallèle, les études à l'école d'infirmiers anesthésistes m'ont ouvert l'esprit dans des domaines nouveaux, telle que la sociologie, et j'ai rapidement eu envie d'allier les deux, c'est à dire de traiter ce problème de dualité, de conflit au bloc opératoire en étudiant l'Homme dans son rapport avec l'autre.

Je me suis beaucoup questionnée sur le sujet, je me suis demandée comment se construisait le travail d'équipe, quels en étaient ses moteurs mais aussi ses freins ? Quelle est la légitimité de chaque acteur ? Pourquoi observe-t-on ce jeu de pouvoir ? Quel est le rôle des représentations sociales et des identités professionnelles dans ces interactions ? Le but de cette démarche est de comprendre les mécanismes relationnels en place au bloc opératoire et de savoir si l'IADE (infirmier anesthésiste diplômé d'état) peut avoir une influence sur ces derniers. Enrichie de multiples lectures, j'en suis arrivée à la problématique suivante :

« En quoi la posture de l'IADE peut-elle contribuer voire améliorer l'action collective organisée du bloc opératoire ? Comment chaque groupe professionnel influence-t-il les conditions de travail des autres ? Et en quoi la redistribution des pouvoirs peut-elle influencer voire améliorer la dynamique d'un bloc opératoire ? »

Pour répondre à cette problématique, je développerai en premier lieu les notions de représentations sociales et d'identité professionnelle afin d'acquérir les bases nécessaires à l'approfondissement de la problématique.

Je détaillerai ensuite l'historique des différentes professions représentées dans un bloc opératoire dans le but de mieux comprendre les interactions actuelles.

Je décrirai également l'organisation du bloc opératoire, en mettant l'accent sur les différents enjeux.

Ensuite, j'éclaircirai les notions de pouvoir et d'autorité au travail et expliquerai ce qu'est le travail en équipe ainsi que ses bénéfices et freins.

Dans un dernier temps, après avoir expliqué ma démarche et mes outils de recherches, j'analyserai et présenterai les résultats de mon étude qualitative réalisée par différents moyens : questionnaires et entretiens.

Partie 1 : Cadre conceptuel :

I. Les représentations sociales

1. Définition

Les représentations sociales sont au centre de notre quotidien. Elles nous permettent d'appréhender les situations de la vie courante, de les comprendre et de les expliquer, elles nous permettent également de prendre des décisions et surtout de les justifier. Elles s'appuient sur différents éléments : les valeurs, la morale, l'éducation, les croyances, les opinions.

Il s'agit d'un processus psychologique qui permet à l'individu ou au groupe social d'interpréter et d'analyser les faits sous un mode intuitif et empirique. Les représentations sociales offrent un cadre de référence bien connu, un système de valeurs et de norme auxquels le groupe social adhère et va permettre de donner une signification aux nouveaux objets ou nouvelles croyances. Cette nouvelle signification va s'ancrer dans les processus cognitifs du groupe social pour finir par devenir une réalité elle-même et un nouveau cadre de référence. Les représentations sociales, même si propre à chaque individu, sont indissociables du groupe social, de la pensée collective et donc de la représentation collective.

Pour la psychosociologue Denise Jodelet, *«le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. En tant que telles, elles présentent des caractères spécifiques sur le plan de l'organisation des contenus, des opérations mentales et de la logique. Le marquage social des contenus ou des processus de représentation est à référer aux conditions et aux contextes dans lesquels émergent les représentations, aux communications par lesquelles elles circulent, aux fonctions qu'elles servent dans l'interaction avec le monde et les autres.»* [1]

Une autre définition, donnée par Gustave Nicolas Fisher décrit la représentation sociale comme un *«processus, un statut cognitif permettant d'appréhender les aspects de la vie ordinaire par un recadrage de nos propres conduites à l'intérieur des interactions sociales.»* [2]

La représentation sociale permet ainsi à l'individu de situer ses actions au sein d'un groupe social et d'adapter ses comportements. Elle définit ce qui est socialement acceptable et ce qui ne l'est pas. Elle établit des consensus basés sur des savoirs tacites et définit ainsi à l'individu sa ligne de conduite s'il ne désire pas être rejeté par le groupe social.

Selon Jean-Claude Abric, « *la représentation sociale se structure en éléments organisateurs stables et non négociables (formant le noyau de la représentation) autour duquel des éléments périphériques instables et négociables exercent le rôle de tampon à la réalité.* »[3].

Une modification d'un éléments du noyau aura pour effet de transformer radicalement une représentation.

Les représentations sociales ne sont donc pas figées, il s'agit de la théorie du noyau central ou le système central est déterminé par les conditions historiques, sociologiques, idéologies et est marqué par la mémoire collective et le système de norme du groupe social. Il s'agit d'un système fixe. Le système périphérique quant à lui est en prise avec les contingences quotidiennes et s'adapte aux changements de l'environnement, aux évolutions sociales. Les éléments périphériques instables et négociables dont parle Jean-Claude Abric renvoient ainsi à une dimension plus individuelle au sein du groupe.

Ainsi, il devient évident, par cette dernière explication, que le noyau central de la représentation sociale est fortement lié à l'histoire et à la notion de groupe. Il n'est pas figé mais fixe, ce qui signifie que le temps sera le meilleur allié pour apporter des modifications significatives à ce noyau central.

2. Différentes fonctions des représentations sociales [4]

Les représentations sociales correspondent donc à un processus permettant d'interpréter la réalité pour mieux l'intégrer. Elles jouent ainsi un rôle fondamental dans la dynamique des relations sociales et des pratiques et possèdent différentes fonctions :

- **fonction de savoir** permettant de comprendre et d'expliquer la réalité_: elle est en lien avec les connaissances pratiques, l'échange, la transmission et l'intégration du savoir commun. Elle met en jeu le système cognitif, et permet la communication.

- **fonction d'orientation** qui va permettre de situer une action selon des normes communes fixées par le groupe social et, va permettre de distinguer ce qui est socialement acceptable de ce qui ne l'est pas.

-**fonction de justification** qui va permettre à l'individu de justifier ses actions via les représentations sociales considérées par l'ensemble du groupe comme des vérités vraies. Elle joue un rôle important dans le maintien ou le renforcement des positions sociales.

-**fonction identitaire** qui va permettre de se situer individuellement et de définir l'identité sociale, via un système de normes, de valeurs et de comparaison. Elle préserve ainsi la spécificité des groupes sociaux. Cette fonction correspond à un des éléments périphériques instables cité précédemment.

Chaque individu ayant sa propre singularité, va donner naissance à ses propres représentations et chaque groupe social choisit de reconstruire la réalité sociale sous une forme

compatible avec ses valeurs et ses intérêts. Ainsi, chaque groupe social peut avoir une lecture différente d'un objet selon les idéologies.

3. Les représentations sociales au bloc opératoire

Ainsi, les représentations sociales influent en permanence les individus. Elles permettent de réfléchir, de comprendre, d'agir, de se positionner selon le système de référence propre à chacun et ce, autant dans la vie personnelle que professionnelle. Elles influent également sur les interactions sociales et donc professionnelles. Il n'est pas possible d'en faire abstraction et la multiplicité des représentations sociales peut susciter de l'incompréhension, de la négation, du refus entre deux personnes où alors peut également les mettre en adéquation. Ces représentations n'échappent pas au milieu du bloc opératoire, milieu dans lequel un nombre important de professionnels se côtoient et sont amenés à travailler ensemble dans un objectif commun, et ce dans un espace géographique restreint.

L'étude de ces représentations au travers des groupes professionnels et non à l'échelle individuelle montre déjà qu'elles peuvent être source de nombreux désagréments. Ainsi, pour en revenir à la problématique, le collectif IADE aura, de part sa formation commune, son champ d'action, une vision différente que celle du chirurgien ou encore que celle qu'aura le collectif IBODE (Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État). Ce dernier aura eu une formation différente, avec un champ d'action différent et des priorités différentes. Il en va de même pour tous les professionnels du bloc opératoire et ce peu importe le sens de l'interaction. Malgré tout, ces professionnels se doivent de travailler en étroite collaboration avec un objectif final commun qui est le bon déroulement de l'intervention dans sa globalité. Les représentations sociales existantes ne doivent pas éloigner l'individu de l'objectif principal, sous ou sur estimer le travail de l'autre. La construction d'une identité professionnelle propre peut permettre d'affirmer ses positions et surtout, peut permettre aux autres professions de modifier ses représentations sociales et d'agrandir sa vision des choses.

II. L'identité professionnelle

1. Définition

Selon le Larousse, l'identité est : « *Caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité.* »

L'identité se définit au travers de l'histoire d'un individu, de son vécu, de ses expériences, de ses savoirs. C'est un processus qui s'effectue via l'identification à l'autre mais aussi via l'affirmation de sa différence. Elle est évolutive tout au long de la vie de l'individu, elle est dépendante des interactions entre l'individu et le milieu. Elle n'est pas figée. Elle est, selon DUBAR C « *le fruit de la socialisation successive* ». [5]

Toujours selon Dubar C, l'identité se construit autour de trois dimensions : le moi, le nous et les autres. Nous ne pouvons nous construire seuls.

Le sentiment d'identité est composé de différents sentiments : celui d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance. Celui-ci est organisé autour d'une volonté d'existence.

L'identité professionnelle quant à elle est « *ce qui permet aux membres d'une même profession de se reconnaître eux mêmes comme tels et de faire reconnaître leur spécificité à l'extérieur. Elle suppose donc un double travail, d'unification interne d'une part, de reconnaissance externe d'autre part. D'autres matériaux, que les modèles professionnels, participent donc la construction de ces identités ; car si ces dernières supposent certes une communauté des pratiques, elles se constituent aussi dans les similitudes d'accès au métier, se forgent dans le creuset des instituts de formation, se nourrissent de la culture du métier et se légitiment et se consolident au sein des organisations de défense et de représentations collectives.* » [6]

L'identité professionnelle est donc une composante de l'identité propre. Elle se construit par les relations professionnelles, le sentiment d'appartenance à un groupe, les valeurs véhiculées par le travail, la signification individuelle, les désirs ou perspectives d'évolution, de changement. Elle permet de trouver sa place dans un schéma social, de s'identifier à ses pairs, à un groupe, de se positionner par rapport aux chefs et aux subordonnés.

Un métier possède également une identité, une représentation sociale. L'identité professionnelle apporte donc une reconnaissance sociale via ces représentations. L'individu appartient à un groupe, il exerce un métier socialement indispensable, il use d'un vocabulaire particulier, le tout constituant son espace social identifiable.

2. Construction de l'identité professionnelle

Un individu choisit son métier en fonction de son histoire, de sa sensibilité, de ses attirances pour certains domaines, de ses expériences. Son métier va être un des composant de son identité et va lui apporter une reconnaissance sociale, une reconnaissance d'autrui et une reconnaissance de soi.

Pour exercer un métier, il va falloir que l'individu acquiert des savoirs, des savoirs-faire, des compétences. Il va adopter une logique d'action. Il s'agit de l'identité par le métier.

Ensuite, le travail est largement admis comme moyen de socialisation. Cette socialisation se fait via l'appartenance à un groupe, de même niveau hiérarchique ou non. Elle se construit par identification, opposition, comparaison...

Pour finir, cette identité professionnelle se construit également via l'entreprise, et l'identification aux valeurs qu'elle véhicule.

L'identité professionnelle connaît la même caractéristique que l'identité propre, c'est à dire qu'elle n'est pas figée et se construit en permanence en fonction de nos expériences et vécus. Elle est indissociable de la relation à autrui.

La recherche d'identité se fonde sur trois motivations :

- le besoin de réalisation qui s'exprime dans le domaine professionnel.
- le besoin d'appartenance qui est du domaine affectif.
- le besoin de pouvoir, pouvoir en tant qu'appropriation des compétences et qui fait parti du domaine cognitif.

A travers l'explication des concepts de représentations sociales et d'identité professionnelle, il est démontré que l'intérêt de les étudier réside dans la recherche d'un intérêt commun, dans la quête de sens. Les étudier permet de donner du sens aux différentes conduites, de comprendre la réalité à travers un propre système de référence et donc de s'y adapter et s'y définir une place. Cela permet également de maîtriser l'environnement, de comprendre les enjeux sociétaux et d'interpréter le monde et la vie quotidienne. Un caractère constructif est retrouvé dans cette étude, c'est-à-dire une construction de la réalité sociale ainsi que l'appropriation par l'individu du sens du métier. Elle offre également à l'individu la possibilité d'exprimer son caractère créatif avec l'évolution envisageable de l'activité. Enfin, l'étude des représentations sociales et de l'identité professionnelle permet à l'individu d'identifier ce qui est licite, tolérable ou inacceptable dans un contexte donné.

Elle permet ainsi à chaque professionnel exerçant au bloc opératoire de se construire par rapport aux autres, de s'identifier à ses pairs et de se dicter une ligne de conduite. Chaque profession se construira via le système de référence qui lui aura été inculqué de par sa formation et par ses pairs. La difficulté du bloc opératoire réside dans le fait que plusieurs professions se côtoient et exercent dans un but commun avec des systèmes de référence différents.

Ainsi, l'infirmier anesthésiste construit son identité professionnelle de par son passé d'infirmier et son histoire personnelle. Les représentations qu'il se fait du métier vont le pousser à s'engager dans une nouvelle formation. Les savoirs acquis tout au long de la formation théorique, pratique, les rencontres avec les différents professionnels, les tuteurs de stage, la reconnaissance de son statut vont participer à l'élaboration de sa nouvelle identité professionnelle. Nous savons que la place historique occupe une place importante dans l'élaboration de cette pensée sociale et de la construction de cette identité professionnelle. C'est pourquoi, il m'a paru important d'étudier l'histoire des différentes professions exercées au bloc opératoire afin d'en comprendre les représentations actuelles.

III. Histoire des professions

1. Le métier d'infirmier

Le métier d'infirmier tel qu'on le connaît aujourd'hui existe depuis le XXème siècle. Le rôle d'aidant et de soignant était tenu par la famille du malade avant le Moyen-Age. Le clergé a longtemps géré le personnel soignant, qu'il ait été religieux ou laïc. Ce personnel était composé majoritairement de personnes de sexe féminin. Ces femmes aidaient leur prochain le plus souvent suite à un appel divin ; elles avaient ce qu'on appelle la vocation. Ce terme est encore régulièrement évoqué lorsqu'on parle du métier d'infirmier. Jusqu'à la fin de XIXème, les infirmiers étaient considérés comme des auxiliaires. Ce n'est que plus tard, avec l'apparition de nouvelles technologies qu'il vit ses fonctions évoluer. La notion de rôle propre n'apparaît qu'en 1961.

Les IADE et IBODE que l'on retrouve au bloc opératoire ont été infirmiers au préalable et bénéficient de la même formation initiale. Ces professions sont deux spécialités de la profession infirmière.

2. Histoire de l'IBODE [7][8][9][10]

Ce n'est qu'à partir des années 1970 que les infirmiers de bloc opératoire sont reconnus via la création d'un Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Infirmier de Salle d'Opération par le décret n°71-388. Ce décret institue les modalités d'admission à l'enseignement ainsi que son contenu. Le diplôme n'est cependant pas obligatoire pour exercer cette activité et de ce fait, jusque dans les années 1990, de nombreuses aides opératoires n'étaient pas détentrices de diplôme mais exerçaient leur fonction parce qu'elles étaient les maîtresses ou secrétaires des chirurgiens. Le lien qui unissait les deux acteurs n'étaient pas d'ordre professionnel mais plutôt de l'ordre de l'intime, de l'affect.

De nombreuses évolutions ont eu lieu entre temps, la dernière datant de l'arrêté du 27 janvier 2015 relatif aux actes et activités et à la formation complémentaire prévus par le décret n°2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire. Cet arrêté définit un référentiel d'activités pour l'exercice des actes et activités prévus à l'article R. 4311- 11-1 du Code de la Santé Publique.

Ce référentiel détaille les actes et activités que les Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômé D'État sont seuls autorisés à réaliser. Ce sont des activités réalisées « sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment et dans les conditions fixées par un protocole », ou « au cours d'une intervention chirurgicale, en présence du chirurgien et dans les conditions fixées par un protocole », et enfin « en présence et sur demande expresse du chirurgien ». La formation conduit à la délivrance d'un Certificat de Capacité d'Exercer ces actes exclusifs. Sa durée est fixée à 49 heures, soit sept journées de sept heures de formation. L'organisation de cette formation est laissée aux écoles. Les établissements de santé ont jusqu'au 31 décembre 2020 pour faire former leur personnel IBODE déjà en place. Pour les étudiants IBO, la formation est intégrée aux 18 mois d'enseignement. Actuellement, l'avancé probable suivante s'oriente vers l'obtention d'un grade master.

L'historique de cette profession montre l'évolution d'un métier relativement jeune, où l'on passe d'écoles non reconnues par les Hautes Autorités à un Diplôme d'État encore en pleine évolution. Dans un passé pas si lointain, les relations d'IBODE à chirurgien étaient des relations avec des liens de subordination fort et qui pouvaient dépasser la sphère strictement professionnelle. Les compétences et qualifications n'étaient pas ou peu reconnues puisque le chirurgien n'hésitait pas à incorporer son entourage, femmes ou secrétaires, dans son milieu professionnel. Ainsi subsiste peut-être la relation de séduction entre l'IBODE et le chirurgien et peut-être même cette relation de pouvoir ; pouvoir de celui qui a les moyens d'offrir un emploi, pouvoir de celui qui sauve des vies. Parallèlement, l'idée de profession « vocation » était encore très largement répandue.

Le reliquat de ce passé a toujours des conséquences aujourd'hui. Les infirmières étaient vouées corps et âme à leur vocation et/ou à leur chirurgien et ne comptaient pas leurs heures : « L'habitude a été prise chez les supérieurs de disposer du temps des inférieurs. »[9]. Or, aujourd'hui, le personnel obéit à des horaires et des contraintes organisationnelles indépendantes du chirurgien et leur reconnaissance est une preuve de respect et de considération. En pratique, il n'est pas rare d'observer des IBODE sauter la pause déjeuner ou prolonger leur service par contrainte organisationnelle et chirurgicale.

Ainsi, nous voyons qu'actuellement, il existe encore cette idée d'infirmière subordonnée au chirurgien et faisant preuve d'adaptabilité à toutes épreuves. En faisant le lien avec le paragraphe concernant les représentations sociales, il est plus facile de comprendre pourquoi ces idées subsistent. Il s'agit d'une part de l'Histoire, de ce que l'on appelle le noyau central. Et ce noyau central n'est que très peu mobile, son évolution prend du temps et nécessite une évolution des mentalités sur le long terme.

3. Histoire de l'IADE [11], [12]

La profession d'infirmier anesthésiste n'existait pas avant la deuxième guerre mondiale en France. Elle a évolué au gré du progrès de la science médicale, des réformes hospitalières et des conflits avec les médecins anesthésistes. Elle n'a cessé de progresser en termes de compétences et de statut. L'anesthésie a été importée des États-Unis par Sœur Mary Bernard et Alice Magaw dans les années 1850-1900, puis la première guerre mondiale a contribué à l'avancé de de cet art. Au départ, l'anesthésie était sous la tutelle du chirurgien et il n'était pas rare que ce soit son chauffeur, son épouse ou une religieuse qui la réalise.

Le premier enseignement d'anesthésie naît dans les années 1945-1950 et est destiné autant aux médecins qu'aux infirmiers. A cette époque naissent les premières tensions entre médecins et infirmiers. En effet, 2 groupes professionnels sont en train de naître et *« l'émergence de nouveaux groupes professionnels transforme l'équilibre entre les acteurs et peut contribuer à relancer des luttes, jeux de conflits, alliances, emprunts, coalitions ayant pour enjeu la maîtrise d'une juridiction. »* [13]. La réglementation de la profession est encore quasi inexistante

S'en suivent de nombreux conflits opposant les deux professions. Les médecins anesthésistes et chirurgiens ayant tenté, à plusieurs reprises, de limiter la profession L'IADE :

- En 1961, le premier programme d'étude en deux ans voit le jour et l'anesthésie générale est inscrite par le ministère dans les actes professionnels autorisés aux infirmiers. Le corps médical proteste... Les tensions peuvent être expliquées par une sorte de concurrence, un statut qui change et peut faire peur *« les professions étant en relation les unes avec les autres, elles font système parce qu'un changement de position (renforcement ou affaiblissement) pour l'une d'entre elles modifie la position des autres. »*[13]

-En 1967, Mr le professeur René Baumann, professeur en chirurgie demande la suppression des infirmiers aide anesthésistes. Le ministère s'y oppose.

-En 1974, certains médecins anesthésiste réanimateur et certains chirurgiens s'allient et déposent au Parlement un amendement qui prévoit de faire disparaître la profession d'infirmiers aides anesthésistes, sans succès.

-En 1981, lors de la refonte du décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, les médecins anesthésistes demande le retrait de la liste des actes infirmiers l'anesthésie générale, encore une fois, sans succès.

A partir de ce moment-là, la profession d'infirmier anesthésiste ne sera plus contestée directement dans son existence, en revanche, des batailles auront lieu en termes de distribution des compétences. *« La réduction du pouvoir professionnel peut ainsi être le fait du renforcement d'un groupe professionnel voisin. »* [13]

Cette histoire quelque peu chaotique peut s'expliquer par le fait que l'anesthésie, étant une science relativement nouvelle avec tout un statut à mettre en place, une légitimité à trouver, dût gérer des conflits entre médecins et infirmières car chacun veut y prouver son utilité *« ... des professions, en concurrence les unes avec les autres, [qui] aspirent à se développer, s'emparant de telle ou telle sphère de travail qu'elle transforme ainsi en « juridiction » au moyen de savoir professionnels et de revendications destinées à obtenir une légitimité auprès des pouvoirs*

publics. »[14]. Qu'une profession se construise un statut est une démarche importante dans la construction de l'identité professionnelle. Le statut est une reconnaissance sociale, salariale, une reconnaissance de compétences, du niveau d'études, des responsabilités.

En 1988, les infirmiers anesthésistes obtiennent l'exclusivité de compétence ainsi qu'un programme d'études. La pédagogie est sous l'autorité de DRASS et la gestion sous celle d'un CHU. Le directeur scientifique est obligatoirement un professeur des universités, qualifié en anesthésie-réanimation. Il ne s'agira plus seulement d'apprendre à effectuer des actes, mais d'acquérir tout une démarche réflexive. Le Diplôme D'État D'Infirmier Anesthésiste est créé en 1991 suite à la mobilisation des professionnels !

Les revendications ne sont pas terminées et, suite à des manifestations importantes, les infirmiers anesthésistes obtiennent en 2002 le statut de salarié. Ils deviennent les seuls professionnels bénéficiant d'une réglementation en Europe parmi les infirmiers spécialisés. Le statut est spécifique et la reconnaissance également salariale.

En 2012, toujours grâce à de nombreuses mobilisations, le grade master est délivré à la profession d'infirmier anesthésiste. Il s'agit de la première profession soignante à en bénéficier.

A travers l'étude de cette histoire, nous nous rendons compte que la profession d'infirmiers anesthésistes est une profession jeune, qui a dû se battre pour obtenir la reconnaissance qu'elle a actuellement. C'est également une profession méconnue du grand public, qui dans ses débuts, s'est partagée les compétences avec les médecins anesthésistes réanimateurs. L'exclusivité des compétences est enfin reconnue, malgré tout, elle reste dans l'ombre du médecin aux yeux du grand public. Elle n'a, pendant longtemps, pas été acceptée par les chirurgiens, et la discipline même de l'anesthésie a eu du mal à s'imposer comme une discipline à part entière. Nous en déduisons bien les représentations sociales qui peuvent perdurer actuellement, et les difficultés que peuvent rencontrer les infirmiers anesthésistes pour faire valoir leurs compétences sur le terrain.

En effet, certains médecins anesthésistes réanimateurs peuvent encore voir en l'infirmier anesthésiste un concurrent, un adversaire, et inversement. Le chirurgien quant à lui ignore probablement les spécificités des compétences de chacun et préférera voir un anesthésiste réanimateur auprès de son malade plutôt qu'un infirmier. Enfin, un IBODE souhaitera voir sa spécialité reconnue à niveau équivalent.

4. Histoire de l'anesthésie et du médecin anesthésiste réanimateur

(MAR)

L'essor de l'anesthésie est lié à l'amélioration des techniques chirurgicales par les chirurgiens britanniques du XIX^{ème} siècle. Le protoxyde d'azote, ou « gaz hilarant », est la première substance dont les pouvoirs anesthésiants ont été reconnus. De 1853 à 1934, des progrès sont réalisés dans le domaine pharmacologique, en revanche, les chirurgiens ont considérablement freiné cette avancée. *« En effet, il faut ajouter au poids des convictions religieuses, le problème posé par l'émergence de l'anesthésie à l'homme de l'art : elle interrompt son face à face avec le malade. Or, dans cet affrontement physique où le savoir du praticien s'affronte au corps pour imposer son pouvoir et extirper le mal, il n'y a pas de place pour un tiers. Finalement, c'est la promesse de réaliser de nouvelles prouesses jusque là interdites par l'intervention de la mort qui convainc pleinement les chirurgiens. »* [15]

En France, dans les années 1850, l'anesthésie est considérée comme une assistance opératoire et est déléguée à n'importe quelle personne disponible : chauffeur, étudiant, religieuse... Et ce jusqu'à la fin de la 2^{ème} Guerre mondiale. Fin 1930, la première société française d'anesthésiologie et d'analgésie apparaît. En 1940, on dénombre moins de 20 médecins indépendants pratiquant l'anesthésie générale (celle-ci continue à être réalisée sans réglementation et sous la responsabilité exclusive du chirurgien.). L'émergence est progressive à partir de 1945 mais les conditions d'exercice sont difficiles. La rémunération est décidée par les chirurgiens.

En 1946 naît le premier syndicat d'anesthésistes. Mais il faut encore attendre douze ans pour qu'en 1958 la définition de leurs activités augmente. Or, *« Le manque de prestige de cette catégorie de médecins et leur absence de fixation précise dans les services les amènent à une présence ininterrompue et déterritorialisée qui leur vaut d'être considéré par le personnel médical comme des médecins généralistes de l'hôpital. »* [15]

En 1964, nous assistons à la création des départements d'anesthésie qui donnent l'indépendance aux médecins anesthésistes vis à vis des chirurgiens. Ce n'est qu'en 1966 que l'anesthésie-réanimation devient une spécialité médicale en France.

« Au début des années 1980, la profession reste cependant dans une situation ambiguë. Les textes réglementaires en ont fait une spécialité de plein droit mais les tensions avec les infirmières spécialisées (les IADE) sont latents ; les conflits avec les chirurgiens, les cardiologues et les gastro-entérologues perdurent. » [15]

La profession étant peu valorisée, elle attire des personnes d'origine plus modeste et n'ayant que très peu de lien avec le milieu hospitalier, contrairement aux spécialités chirurgicales. Peu d'entre eux arrivent à occuper des postes hospitalo-universitaires et *« La fragile autorité morale dont il disposent les conduit souvent à échouer dans les négociations internes aux hôpitaux pour l'obtention effective de départements ou salle de réveil... si le dédain du monde médical pour l'anesthésie, activité perçue comme d'une simplicité ridicule s'estompe progressivement à la fin des années 1960, les nouvelles recrues des années 1970 accèdent encore généralement au métier en portant sur leurs épaules le poids du dénie de soi. »* [15]

La réforme de l'internat en 1981 marque un tournant dans la profession. Elle prend une valeur sociale différente et de ce fait, attire une population différente : « *la composition sociale de ce groupe se déplace pour donner une plus large représentativité à des postulants issus des professions libérales et des cadres du privé. Des trajectoires d'ascension sociale grand-parent/parent/enfant constitue une règle que l'arrivée en médecine de cette génération entérine. Les primo-accédants forment encore et toujours la presque totalité de la communauté.* » [15]

Au fur et à mesure, Les MAR ont su s'imposer et faire accepter leur spécialité comme une spécialité médicale à part entière et à faire reconnaître leur compétences. « *Depuis 2001, le SNPHAR, mène avec succès des négociations relatives à l'intégration du temps de garde au temps travaillé et à l'instauration de l'aménagement du temps de travail en secteur hospitalier. Le statut de médecin anesthésiste-réanimateur paraît désormais solidement bien ancré.* » [15]. En revanche, « *de manière presque contradictoire, les anesthésistes cherchent aussi à rompre l'obligation de leur présence permanente dans les blocs opératoires et à déléguer une part croissante du travail de surveillance et d'entretien de l'anesthésie aux infirmières anesthésistes.* » [15]

Nous voyons bien, à travers l'histoire de l'anesthésie, que le chirurgien a toujours été le chef d'orchestre du bloc opératoire. Le médecin anesthésiste-réanimateur a su se battre, trouver sa place et s'imposer en tant que spécialité à part entière. L'utilité d'un MAR n'est plus à démontrer ! En revanche « *la position du chirurgien, consacrée en élite hospitalière par les verdicts des classements académiques et l'accumulation des signes de reconnaissance, autorise la poursuite d'une domination, certes euphémisée, sur son partenaire médical au sein du bloc opératoire.* » [15].

Actuellement, chaque spécialité que ce soit l'anesthésie ou la réanimation a ses champs de compétence bien définie et même si le travail se fait en collaboration, l'un ne peut empiéter sur le domaine de l'autre. D'après le Conseil national de l'ordre, ordre des médecins : « *L'anesthésiste-réanimateur, pas plus que le chirurgien ou d'autres spécialistes, ne doit entreprendre d'actes pour lesquels il n'est pas compétent. Le code de déontologie médicale prévoit le recours chaque fois que cela est nécessaire à un tiers compétent (article 32), et l'article 70 rappelle que le médecin ne doit pas intervenir dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. Chirurgien et anesthésiste-réanimateur forment une équipe. Médecins de spécialités complémentaires, ils participent conjointement à la prise en charge du patient au cours de la période pré, per et post-opératoire, avec pour objectif de lui assurer la meilleure qualité des soins et la plus grande sécurité. Le chirurgien, habituellement premier consulté, organise la prise en charge du patient en ce qui concerne les soins chirurgicaux. La pratique d'une activité partagée, au bénéfice du patient, dans des locaux communs, nécessite la définition préalable, dans le respect mutuel, des compétences et des responsabilités de chacun, basée sur l'observance des règles de la déontologie médicale.* » [16][17]

Nous avons vu dans la première partie que les représentations sociales sont des vérités ancrées dans des groupes sociaux, qu'elles résultent de croyances transmises de générations en générations et que de les modifier nécessite de bousculer des acquis. Les sociétés savantes ont déjà fait le chemin et l'égalité MAR-Chirurgien n'est plus à prouver. Or, dans les faits, il existe encore quelque stigmates du chirurgien « chef du bloc » : « *Dans sa version archétypale, le chirurgien au bloc, ordonne, rudoie, exige, tance et accrédite ; il orchestre les allées et venues, les silences, la*

montée en tension, les temps mort et même le relâchement. Mais lorsqu'ils doivent décrire l'opération, les anesthésistes tendent à minimiser l'inégalité du rapport entretenu avec lui... Ils l'excusent en rappelant la difficulté de son activité... Ils affirment être habitués et ne plus y faire attention, relativisent en précisant que c'est pire ailleurs, que c'est surtout les autres qui en souffrent, qu'ils sont capables de se défendre quand ça va trop loin. »[15]

« L'asymétrie relationnelle est renforcée par les métaphores que les anesthésistes, comme les autres agents, convoquent pour situer les rôles en salle d'opération lorsque en chirurgie cardiaque, le pompier, le gazier et le pompiste interviennent conjointement. »[15]

Involontairement, ils contribuent à maintenir le schéma du chirurgien dominant, schéma socialement accepté depuis des décennies. Cette représentation sociale étant tellement forte, puissante et ancrée, que même les médecins anesthésistes réanimateurs y sont soumis, ce qui peut expliquer cette forme d'acceptation et de modestie de la part des MAR.

5. Histoire du chirurgien [18]

La chirurgie est un des plus anciens arts médicaux et consiste à réaliser des interventions manuelles et instrumentales sur l'être vivant à des fins thérapeutiques. La chirurgie a pendant longtemps été à l'origine de nombreuses complications telles que l'hémorragie ou l'infection. Ces complications, souvent mortelles, ont pu être atténuées par l'avancée des connaissances scientifiques en termes d'anatomie, de physiologie et d'hygiène.

Au moyen âge, l'Église condamnait la pratique de la chirurgie. Les médecins étaient pour beaucoup membre du clergé et ont donc abandonné cette pratique. Les arracheurs de dents, les barbiers ou les forains se sont ainsi initiés à la pratique de la petite chirurgie. Cette discipline est restée reléguée à ce niveau là pendant de longues années, d'où l'appellation à l'époque de barbier-chirurgien. Les médecins et chirurgiens étaient séparés, les premiers étudiaient à l'université tandis que les seconds étaient considérés comme les petites mains.

En 1311, la reconnaissance des chirurgiens non barbiers est obtenu via un édit. Les barbiers-chirurgiens possèdent toujours un droit d'exercer. S'en suit des longues années de bataille entre ces deux professions.

Dans les années 1400, Les chirurgiens parisiens décideront que les apprentis chirurgiens devront au préalable se faire recevoir Maître-ès-Arts et que dorénavant l'enseignement de la chirurgie sera fait en latin. Dès lors les chirurgiens vont constituer une aristocratie nettement distincte de la foule ignorante des barbiers. L'enseignement de la chirurgie est maintenant calqué sur celui de la médecine et les examens se terminent par la réception solennelle du bonnet magistral.

En 1545, les chirurgiens bénéficient enfin de la même reconnaissance que les universitaires et, en mai 1579, il est stipulé que les chirurgiens pourront ainsi être nommés qu'en présence et avec approbation des docteurs en médecin.

En 1656, après de longues décennies de tergiversations, les chirurgiens et barbiers-chirurgiens ne forment plus qu'un seul corps professionnel. Mais il n'en va pas de l'acceptation de tout le monde

et finalement, ce n'est que dans les années 1750 que la séparation entre les deux professions est officielle. La bataille des chirurgiens se poursuit, ils ne sont toujours pas considérés par leur pairs médecins même si, dans l'ordre social, les deux sont portés au même rang.

L'évolution suivante est due à la résolution des problèmes de saignement, d'infection et de douleur. Le domaine de la chirurgie a ainsi pu progresser et les techniques chirurgicales s'améliorèrent jusqu'à devenir la chirurgie que nous connaissons, chirurgie qui s'appuie sur des savoirs et des compétences qui ne sont plus à prouver.

De nos jours, la profession de chirurgien nécessite un BAC + 10 années au minimum. Les études demandent un investissement, une rigueur hors norme. *« Les conditions de recrutement des chirurgiens, marquées par la nécessité d'obtenir un bon classement afin de pouvoir choisir la spécialité au terme d'une formation longue ponctuée de deux concours, et le sentiment qui découle de ces consécutions successives de faire partie d'une « élite ». »* [19]

La formation demande effectivement des qualités d'endurance et de pugnacité : *« Dispositions à l'action, au leadership, à l'assurance, à la combativité ou encore à l'endurance physique sont en effet attendues de tout candidat au métier. »* [19]

Les études comprennent beaucoup de stage et de transmission de savoirs via les aînés. La dextérité ne peut s'acquérir que par l'expérience. Ces qualités d'endurance et de pugnacité sont également valables sur les terrains de stage où le futur chirurgien devra faire ses preuves, prouver qu'il est capable et savoir s'imposer face à des professionnels bien en place. *« En effet, le métier est transmis aux aspirants chirurgiens dans un climat marqué par la compétition et par la brutalité des échanges interpersonnels. »* [19]. Une hiérarchie nécessaire et dure s'impose au bloc opératoire. Elle s'impose par la caractère vital des opérations, par les risques encourus ne serait-ce que déplacer son bistouri d'un demi millimètre. La pression est constante sur les épaules du chirurgien, il doit cependant apprendre à faire confiance à ses internes, pour les former et en faire des professionnels efficaces. Cette pression peut se manifester par des comportements pouvant être qualifiés d'inadaptés ou d'agressifs : *« La hiérarchie est omniprésente et les internes rapportent souvent comment leurs supérieurs les ont réprimandés vertement ou humiliés publiquement à leurs débuts, ce qu'ils ont dû apprendre à encaisser avec le temps mais qui les a bien souvent fait pleurer, généralement le soir en rentrant chez eux, à l'insu des collègues. »* [19]

Le bloc opératoire est un milieu assez mystérieux. Peu de personnes ont l'occasion d'y passer du temps, de faire partie de son fonctionnement. Faire partie d'une équipe de bloc opératoire peut en ce sens déjà être une sorte de privilège. Ce privilège ainsi que l'élitisme de la profession de chirurgien façonnent notre chirurgien en devenir. Nous avons en effet vu que l'identité professionnelle se construit avec nos pairs, se construit aussi via la représentation de la profession. Ajoutons à cela, l'admiration que peut avoir un jeune interne pour les prouesses d'un chirurgien. *« Il faut reconnaître que la chirurgie, en vertu de la longueur de sa formation spécifique, du degré d'investissement qu'elle induit sur le plan horaire (avec des gardes impliquant de longues heures de présence à l'hôpital) et sur le plan émotionnel, du prestige qui lui est attaché, a sans doute un fort pouvoir structurant sur l'identité de ses membres. »* [19]

Les chirurgiens occupent également une place prépondérante dans l'organisation de l'hôpital, ils peuvent être amenés à diriger un service hospitalier ou à devenir des enseignants-chercheurs « *leur position dominante dans la division du travail hospitalière (ils commandent le personnel paramédical et doivent s'imposer auprès de leurs collaborateurs médecins) ; et la valorisation sociale et médiatique de leur activité aident à comprendre par exemple le développement des dispositions à l'assurance et au leadership que les chirurgiens arborent.* »[19]

Nous l'avons compris, les chirurgiens, de par leur formation, leurs encadrements sur le terrain, leurs difficultés rencontrées, mais aussi par les représentations que la population a d'eux et l'exigence qui leur est demandée tant en terme d'efficacité que de productivité se doivent de se construire une personnalité forte et dominante. Ce qui explique que nous allons pouvoir trouver des traits de caractère similaires chez une majorité de leur population.

IV. Le bloc opératoire

1. Définition, organisation

Le bloc opératoire est le lieu dans lequel va collaborer un certain nombre de personnes pour atteindre un but commun qui est le bon déroulement de l'intervention chirurgicale selon des critères d'efficacité, d'hygiène, de sécurité. Il s'y déroule des moments forts, intenses, pouvant être source de stress, de satisfaction ou d'insatisfaction. Il s'agit d'un espace physique restreint, dans lequel la nécessité de vêtir une tenue spécifique s'impose. Son accès est réservé et limité. L'intensité des événements qui s'y déroulent ainsi que la proximité avec les autres catégories professionnelles peut accentuer les émotions ressenties et de ce fait, les réactions qui en découlent.

C'est un endroit clos, à l'écart du reste, ce qu'il s'y passe ou s'y dit n'est ni visible ni entendu par l'extérieur. Il peut de ce fait n'y avoir aucune asepsie verbale.

Les interactions obéissent ainsi à leurs propres règles et le bloc opératoire peut devenir un :

« *Lieu potentiel de tension, lieu soustrait au regard et aux oreilles des patients, lieu où la toute-puissance et la gloire du chirurgien sont à leur comble, lieu où les collaborateurs des chirurgiens sont dans une relation de subordination bien plus manifeste, le bloc est un formidable condensateur des modalités les plus brutales de la domination chirurgicale et un excellent observatoire pour voir la socialisation chirurgicale dans ce qu'elle a de moins euphémisé .* ». [19]

La complexité du fonctionnement d'un bloc opératoire et la multiplicité des intervenants nécessitent une structure de coordination et des personnels qualifiés afin d'orchestrer l'ensemble des activités qui se déroulent au sein de cette structure. Pour ceci, nous allons trouver le chef de bloc opératoire, le coordonnateur du bloc opératoire ainsi que le conseil de bloc opératoire.

Or, dans une salle d'opération, pendant le déroulement d'une intervention, comment s'organise cette coordination ? Chaque profession a sa propre fonction, régit par les décrets de compétences propres à chacun. Le travail en collaboration est indiqué, or, nous pouvons constater qu'en pratique, cela ne se déroule pas toujours aussi posément : « *Nous avons effectivement pu*

constater sur le terrain à plusieurs reprises la grande directivité des chirurgiens ou leurs attitudes condescendantes, voire ouvertement méprisantes, à l'égard de leurs collègues ou de leurs subalternes, attitudes témoignant d'un excès d'assurance sociale et d'un goût pour le pouvoir. » [19]

Comme vu précédemment, ce goût pour le pouvoir peut avoir un lien direct avec l'histoire du chirurgien, sa toute puissance précédente et son statut de sauveur. En dehors du chirurgien, les différents professionnels travaillant ensemble sont soumis au même besoin essentiel, celui de construire son identité professionnelle et de l'affirmer auprès des autres.

L'hôpital moderne présente des traits bureaucratiques (hiérarchie, missions, compétences...) mais il existe une autre hiérarchie que la hiérarchie gestionnaire : celle des médecins qui peuvent réorganiser temporairement les activités en fonction du degré d'urgence. Ajoutons à cela. « *Le caractère figé de la division sociale du travail hospitalier est lui aussi un frein à la coopération .* » [20]. Par division sociale du travail, j'entends la répartition des activités de production entre différentes spécialités dans des domaines complémentaires. Elle correspond à la spécialisation des tâches entre individus ou métiers. Par la mise en valeur de ces exclusivités de compétences dépendantes à chaque profession, le professionnel y trouve un moyen d'affirmer son pouvoir, son autorité, son identité sur l'autre.

2. Notion de temps

-Efficience du bloc opératoire : [21], [22]

Nous sommes actuellement dans une ère où l'hôpital subit beaucoup de pressions, se doit d'accroître sa productivité, de réduire les coûts. Une des façons de parvenir à cet objectif est de raccourcir les temps d'hospitalisations des patients, de rentabiliser au maximum les locaux et matériels, c'est à dire, dans le cas d'un service de bloc opératoire, de faire un maximum d'intervention en un minimum de temps, d'optimiser l'occupation des salles d'opération. L'objectif institutionnel de rendement et rentabilité va mettre la pression aux différents personnels avec une sensation que les priorités ne sont pas les mêmes et de ne plus travailler en accord avec ses propres valeurs. Une sensation de mal-être, d'incompréhension peut ainsi naître et donner lieu à des conflits avec ses collaborateurs .

Dans le contexte mouvant de la santé ces dernières années (nouvelle gouvernance hospitalière, T2A, pôles d'activité, loi HSPT) tous les acteurs du bloc sont amenés à repenser leur façon de travailler et surtout leur manière d'être. Pour cela, il est donc nécessaire de procéder à des évaluations constantes et des remises en question permanentes. Les indicateurs utilisés pour analyser l'organisation des blocs opératoires sont les suivants :

-le temps de mise à disposition d'une salle (TMD), c'est-à-dire le temps compris entre l'ouverture de la salle et sa fermeture. Cet indicateur cherche à évaluer l'utilisation des investissements (les salles et les matériels).

-le temps de vacation offert au praticien (TVO), c'est-à-dire le temps compris entre l'entrée en salle du 1^{er} patient et la sortie du dernier patient. Cette notion est "orientée praticien" et correspond au temps pendant lequel une activité financière T2A est possible. Cet indicateur permet d'apprécier l'offre de vacation au regard du potentiel des salles.

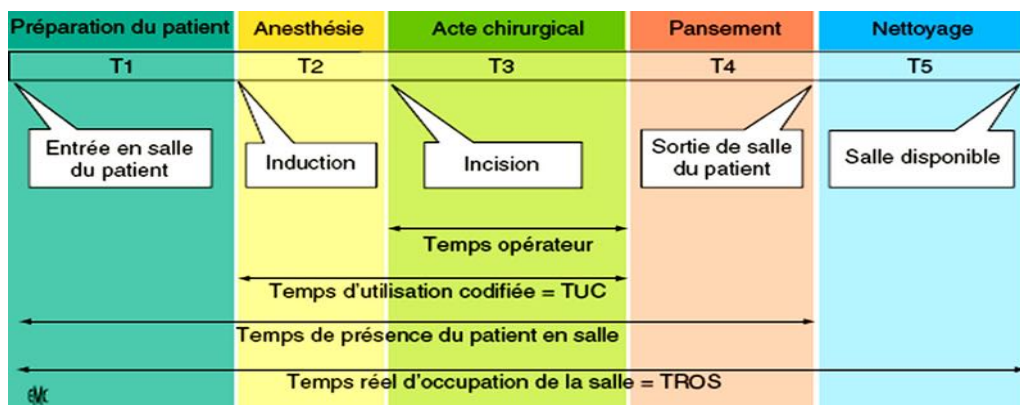
-le temps réel d'occupation des salles (TROS), c'est-à-dire le temps réel d'occupation des salles durant le temps de vacation offerte aux praticiens le jour (et non durant la permanence des soins). Cet indicateur permet de faire un lien avec l'organisation pour rechercher une "juste" allocation des ressources "vacation". Le TROS ne comprend pas les débordements de fin de programme ni les temps perdus entre les interventions.

-les indicateurs relatifs aux ressources humaines mobilisées.

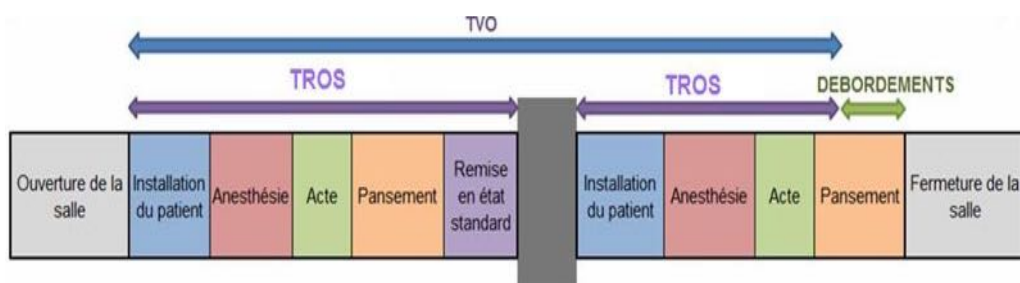
Pour qu'un bloc opératoire soit considéré comme efficient, une comparaison entre le TROS et TVO est effectuée. Elle permet d'évaluer la performance de la gestion des vacations d'un praticien ou d'une spécialité au regard de l'offre en vacation pour ce praticien ou cette spécialité.

Pour mieux comprendre ces différents indices, voici ci dessous, deux schémas expliquant les indicateurs d'efficience d'un bloc opératoire en terme de gestion de temps :

Schéma de l'analyse du temps réel d'occupation des salles :



Le Temps de vacation offert (TVO) :



Ainsi, la contrainte de temps apparaît essentielle dans la prise en charge quotidienne et elle représente une pression constante pour tous les acteurs du bloc opératoire.

-Gestion des plannings :

Le bloc opératoire regroupe différents personnels, chacun avec son propre fonctionnement mais aussi ses propres horaires de travail. Le planning peut être source de conflit au sein du même équipe, sur des désaccords de planning ou mésententes, mais peut également être source de conflit en inter-équipe.

Les gardes, astreintes sont source de fatigue et de stress et un personnel fatigué est un personnel plus sensible et qui va pouvoir engendrer un climat de conflit.

Le planning peut également être interprété comme le reflet du pouvoir des cadres. Le planning représente un équilibre entre les temps travaillés et les temps de repos nécessaires. Si un déséquilibre se crée, il engendre de la fatigue, du stress et potentiellement des conflits.

3. Notion d'espace, posture physique

Au bloc opératoire, chaque professionnel a son rôle bien distinct et son espace à lui. Le chirurgien a la place central, le MAR et l'IADE se retrouve à la tête, entouré du respirateur et du matériel de surveillance. L'IBODE quand à elle est soit de pair avec le chirurgien, soit à une place de circulante et à pour objectif d'assurer l'approvisionnement en matériel durant la chirurgie.

Le champ anesthésique et le champ chirurgical sont séparés par un champ opératoire qui bien souvent divise le patient en deux. Il n'y a de ce fait pas toujours de contact visuel possible entre l'équipe d'anesthésie et l'équipe de chirurgie. L'espace de travail est donc le même : le patient, pourtant il est bien distinct et isolé. On comprend ainsi que la communication entre les deux différentes équipes n'est pas forcément facilitée. Ce champ sépare également le côté stérile du patient et le côté défini comme « sale ». Le second ne doit absolument pas empiéter sur le premier sans prendre ses précautions sous peine de risquer de contaminer le côté stérile.

A l'inverse de cette séparation physique, le binôme chirurgien/IBODE bénéficie d'un rapport très étroit. La distance professionnelle minimum d'1m n'est pas forcément respectée. L'activité exigeant une collaboration étroite, un champ opératoire souvent petit, l'IBODE et le chirurgien sont souvent au coude à coude. La relation en devient malgré elle intime. En effet, la proximité est telle que l'émotionnel peut difficilement être caché. Les protagonistes sont ainsi projetés dans une relation de l'ordre de l'intime qui n'a pas été choisie ni désirée mais qui a été imposée par l'environnement et qui va être à l'origine de tout un tas de sentiments ; sentiments qu'il va falloir apprendre à gérer, à accepter, à comprendre.

V. Le pouvoir et l'autorité au bloc opératoire

1. Définition

-Le Pouvoir :(selon le Larousse) puissance particulière de quelqu'un ou de quelque chose ; ascendant de quelqu'un ou de quelque chose sur quelqu'un ; droit pour quelqu'un de faire telle ou telle chose par son statut ; autorité, puissance de droit ou de fait, situation de ceux qui gouvernent, dirigeant.

En sociologie, cette définition est rapporté à la relation entre deux individus, ou groupes sociaux, c'est à dire au pouvoir que l'un peut exercer sur l'autre. Nous pouvons dire que le pouvoir a été utilisé lorsqu'un individu ou groupe a effectué une action sur la seule volonté de l'autre individu ou groupe et non pas sous sa propre volonté. L'exercice de pouvoir ne peut être déterminé par les observateurs, en effet, seul celui qui a obéit sait ce qu'il aurait fait s'il n'y avait pas eu d'ordre. On distingue deux sortes de pouvoir :

-le pouvoir d'injonction, c'est à dire la contrainte. Celui-ci peut passer par l'usage de la force. Charisme, forte personnalité, appartenance à l'élite

-le pouvoir d'influence, c'est à dire que l'obéissant va être amené à obéir de son plein gré grâce à des contreparties (financières, matérielles, ou psychologiques). Économie, culture (valeurs et normes) et politique. [23].

Le pouvoir au travail passe par le maintien de son organisation.

-L'Autorité : (selon le Larousse) pouvoir de décider ou de commander, d'imposer ses volontés à autrui ; ensemble de qualités par lesquelles quelqu'un impose à autrui sa personnalité, ascendant grâce auquel quelqu'un se fait respecter, obéir, écouter ; crédit, influence, pouvoir dont jouit quelqu'un ou un groupe dans le domaine de la connaissance ou d'une activité quelconque, du fait de sa valeur, de son expérience, de sa position dans la société ; caractère de quelque chose dont la valeur, le sérieux, communément reconnus, lui permettent de servir de référence. « *L'autorité, qui vient de auteur, est la faculté qu'a l'auteur d'être écouté, obéi, ce qui nous mène tout droit vers l'autorité morale, l'autorité du symbolique. Alors que le pouvoir nous mène de son côté vers la puissance, être capable de, soit ce qui précède l'acte.* ». [24]

L'autorité est le pouvoir de commander, d'obliger à quelque chose, d'être obéi. Elle implique une notion de légitimité. L'autorité peut avoir plusieurs origines : le droit, le règlement, la loi, la structure à laquelle on appartient.

Ainsi, le pouvoir est une question de place de l'individu dans une structure, tandis que l'autorité peut relever du charisme personnel, voire reposer sur la menace ou la corruption. Détenir le pouvoir ne confère pas toujours de l'autorité et avoir de l'autorité ne signifie pas toujours détenir le pouvoir. « *nous pouvons certes dire que le pouvoir est du côté du signifiant maître et l'autorité du côté du savoir* ». [24]

Comme explicité précédemment, l'affirmation de l'identité professionnelle peut s'exprimer au travers l'expression de son pouvoir. Chaque catégorie professionnelle va ainsi vouloir prouver sa légitimité par rapport à l'autre au travers de comportements différents.

2. Hiérarchisation des tâches

Il existe une notion, le *dirty work*, et qui peut être défini comme une délégation des tâches les moins nobles à d'autres catégories professionnelles. Il peut s'appliquer dans n'importe quelle entreprise et à également lieu à l'hôpital, espace éminemment hiérarchisé : « *Afin de sauvegarder son prestige, le corps médical a alors délégué les tâches les moins nobles, les moins valorisantes, source de moindre reconnaissance.* ». [25]. Ainsi : « *en se séparant des tâches ingrates, une profession renforce son prestige, son honorabilité et, par ce transfert, assoie sa supériorité sur les catégories socio-professionnelles cibles de cette délégation.* ». [25]

Cette hiérarchisation des tâches est également un moyen d'exprimer son pouvoir, son autorité et/ou sa légitimité.

Ensuite, les tâches peuvent être divisées en fonction de la signification première du sens de nos soins : nous pouvons distinguer des actes gratifiants qui visent à assurer la survie des patients, et d'autres actes moins valorisant visant à assurer le confort du patient. « *Nous vous proposons donc la dichotomie entre soins de sur-vie et soins de vie.* ». [25]. Nous comprenons bien au travers de cette sémantique que la légitimité reposerait donc sur la personne assurant des soins de survie et que la légitimité des personnels assurant les soins de confort est ainsi remise en question.

3. Le Rôle de l'uniforme :

La blouse médicale a pour fonction première la propreté. Elle signe des normes de sécurité et de respect de l'hygiène et est de couleur blanche en général, ou tout du moins clair pour signifier la propreté.

Au sein de services hospitaliers, certaines catégories professionnelles sont reconnaissables grâce à la couleur, forme de leur uniforme. Au bloc opératoire en revanche, la tenue est la même pour tout le monde, de l'agent de service hospitalier, à l'aide-soignante, en passant par l'infirmière, l'IADE ou l'IBODE, le MAR ou le chirurgien. Cet uniforme est un signe primordial d'égalité et n'est pas de la même couleur que dans les autres services hospitaliers. Il est de couleur verte ou bleue.

Au deçà de l'utilité hygiénique, la tenue de travail peut avoir plusieurs significations. La blouse reste l'habit sacré du professionnel de la santé, elle lui permet d'investir sa fonction et les contraintes de celle-ci quand il l'enfile et l'enlève. Elle participe au sentiment d'appartenance à un groupe, permet d'être reconnu de ses pairs mais aussi de la population plus générale. Le port de la blouse professionnel peut également avoir un aspect prestigieux. Il permet de montrer sa profession aux autres, de l'affirmer, de la porter. L'identité professionnelle est mise en avant.

Nous avons vu qu'au bloc opératoire, les tenues étaient les mêmes pour tout le monde. Il va ainsi s'agir de marquer son identité professionnelle par d'autres moyens. Le sentiment

d'appartenance est beaucoup plus général, il s'agit d'une appartenance au « bloc opératoire », et non plus à son groupe professionnel. Or, pour se construire, l'individu a besoin de cette appartenance et reconnaissance. L'uniforme au bloc opératoire n'est donc plus si identitaire. Il regroupe plusieurs catégories de professionnels et chacun va devoir y trouver un moyen qui lui sera propre de construire son identité et son sentiment d'appartenance. Cela peut se manifester par une façon de porter sa coiffe, de porter sa tenue ou encore une façon de se comporter.

VI. Le travail en équipe

1. Définition

Qu'est ce que le travail en équipe ? Dans le milieu hospitalier, le travail en équipe réunit différents professionnels autour d'un même patient, dans le but de lui garantir une prise en charge optimale et d'atteindre ensemble des objectifs communs. Différentes qualités sont indispensables à une équipe pour mener leurs objectifs à bien, parmi elles on va retrouver la motivation, le respect, l'adaptabilité, la communication efficace. Définir un leadership sera également un atout majeur. La difficulté du « travailler ensemble » réside essentiellement dans l'entente commune.

« Mais quand il s'agit de dire s'il existe du travail en équipe dans un service donné, les divergences d'opinions apparaissent. Par exemple dans tel service, les médecins jugent que la coopération interprofessionnelle est exemplaire, alors que les infirmières diront que les relations sont tendues. La ligne de clivage peut aussi traverser une catégorie professionnelle, par exemple, celle des infirmières. » [20].

C'est ainsi que le lien avec le début du travail concernant les représentations sociales, l'identité professionnelles et l'histoire de chacun peut-être fait. Chaque profession évolue dans son propre système de référence, ce qui peut être source de divergences. Il ne s'agit pas de mettre toutes ces représentations et cette identité de côté, puisque nous avons vu qu'elles étaient essentielles à la construction de l'individu, il s'agit de s'entendre malgré les divergences et de trouver une cohésion de groupe qui permet d'avancer ensemble. Pour ceci, chaque acteur se doit de faire preuve, d'écoute, d'ouverture d'esprit et d'adaptabilité.

La Haute Autorité de Santé (l'HAS) a bien compris les plus d'un travail en équipe efficient et a souligné l'impact positif sur la qualité des soins de celui-ci. En effet, un certain nombre d'évènements indésirables seraient dus à des failles dans l'action collective. Ainsi un programme collaboratif pluri professionnel d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte) afin de sécuriser la prise en charge du patient a été élaboré. [26]. Les points majeurs à améliorer selon ce document sont une meilleure communication et un meilleur partage des informations entre le chirurgien et l'anesthésiste (cf annexe).

Nous pouvons donc conclure que les bénéfices d'un travail en équipe ne sont plus à prouver ; malheureusement, des failles existent, et l'IADE aurait-elle un rôle particulier à jouer dans le « mieux travailler ensemble » ?

VII : Intérêt professionnel

Comme expliqué brièvement lors de l'introduction de mon sujet, le choix a été dans un premier temps guidé par mes affects. Lors de mes débuts au bloc opératoire, j'ai été bousculé dans ma propre représentation du travail d'équipe et dans ma vision du bloc opératoire. J'ai assisté à des conflits ou des comportements qui n'entraient pas dans mon système de valeur et pouvaient me faire ne pas me sentir à ma place.

Les différentes lectures qui en ont découlées m'ont déjà permis d'aborder le sujet avec plus de neutralité. J'ai pu mettre des mots sur mes émotions, et surtout trouver des explications à ces comportements et prendre la distance nécessaire pour aborder ce sujet de manière professionnelle.

Aidée de données collectées dans la littérature, j'ai pu identifier de réels problèmes et les replacer dans leurs contextes. Le travail d'équipe est un réel atout à l'hôpital et plus précisément au bloc opératoire. Malheureusement, mon expérience et les lectures m'ont confirmées qu'en pratique, il n'était pas si facile d'instaurer une dynamique positive dans les équipes et que les conflits étaient fréquents.

Pourtant, autant le patient, que l'institution, le collectif ou l'individu lui-même auraient tout à gagner à fonctionner de manière solidaire. Comprendre l'origine des conflits est une des meilleure façon de les prévenir.

Ce travail a ainsi pour objectif d'expliquer, à quiconque s'y intéressera, que nous évoluons tous dans un système de référence différent. Il a pour but de donner les clés pour favoriser la compréhension et l'équipe. Enfin, en tant que futur professionnelle IADE, il a pour but de démontrer que cette profession, si elle le désire, peut avoir un impact positif sur le collectif.

PARTIE 2 : Travail de recherche :

I. Objectifs

La conduite de cette étude a pour objectif d'évaluer l'influence des différents groupes professionnels exerçant dans un bloc opératoire sur les conditions de travail des soignants. Il s'agit d'étudier le travail en équipe dans ce microcosme qu'est le bloc opératoire, et plus particulièrement l'influence de nos représentations sociales.

La position de l'IADE va être placée au centre de ce travail de recherche et il s'agira de déterminer si ce professionnel a une place privilégiée par rapport aux autres ; place qui pourrait contribuer en quelque sorte à envisager l'IADE comme le « chef d'orchestre » du travail d'équipe au bloc opératoire, comme la personne qui peut insuffler une dynamique positive au reste de l'équipe et ainsi améliorer le travail collectif.

II. Méthodologie

1. Choix de la méthode

Pour effectuer ce travail de recherche, j'ai décidé de mener dans un premier temps une enquête quantitative. Il s'agit d'une étude des comportements, attentes ou opinions réalisée par diffusion d'un questionnaire auprès d'un échantillon de la population étudiée. Elle permet d'obtenir des données chiffrées et de les décrire en les quantifiant. Elle permet également d'interroger plus de personnes que l'étude qualitative et donc d'avoir des résultats plus représentatifs d'une majorité de la population. En revanche, les chiffres obtenus ne constituent toutefois pas une fin en soi, ils sont des intermédiaires dans le cheminement de l'enquête.

Ainsi, au vue des premiers résultats de ce travail de recherche, il m'a paru intéressant de compléter cette enquête quantitative par une enquête qualitative secondaire et dont le but a été d'essayer de comprendre plus en profondeur les attitudes ou comportements des professionnels tout en ayant déjà des éléments de réponses liés à l'enquête préalable. Les deux techniques s'en trouvent ainsi complémentaires.

Le choix d'une étude multicentrique a été décidé dans le but d'élargir l'échantillon de professionnels interrogés et ainsi de limiter les biais pouvant être liés au type de structure choisie, ou encore les biais de sélection géographique.

2. Population étudiée

Mon travail de recherche portant sur le travail en équipe et les représentations sociales au bloc opératoire et plus précisément en salle d'opération, il m'est apparu primordial d'étudier l'ensemble de la population évoluant simultanément dans ce lieu précis, c'est à dire les IADEs, les IBODEs, les MARs ainsi que les chirurgiens.

L'enquête a été effectuée au niveau départemental : le CHU de Strasbourg a été contacté, ainsi que le CH d'Haguenau et les différents cliniques exerçant dans la ville de Strasbourg. J'ai contacté les différents cadres des différents services (cadre IBODE, cadre IADE), les secrétaires des médecins en expliquant mon travail de recherche, soit par courriel, soit par téléphone.

Le temps disponible pour effectuer cette recherche étant limité, j'ai choisi d'étudier les différentes populations au travers d'un questionnaire commun à tous.

3. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été divisé en plusieurs parties. La première partie a pour objectif d'identifier la personne interrogée et de connaître notamment sa profession.

Dans un second temps, le questionnaire a pour but de dresser un état des lieux des situations rencontrées et d'initier une ébauche d'analyse des causes de cet état des lieux.

Le questionnaire se compose de questions ouvertes en alternance avec des questions fermées, les premières ayant pour but de favoriser l'expression libre des personnes interrogées et les secondes de faciliter le remplissage du document.

4. Diffusion du questionnaire

Le mode de diffusion choisi utilisé pour ce questionnaire a été une diffusion via internet. En effet, la pertinence de ce choix découle de plusieurs raisons :

- garantir l'anonymat du recueil et ainsi augmenter la confiance de l'utilisateur
- la diffusion à plus grande échelle
- la liberté du moment choisi pour y répondre, et la liberté du temps à y consacrer
- la collecte des résultats rapide et facile.

Ainsi, après avoir contacté les différents cadres de santé, par mail ou par téléphone, leur avoir présenté mon travail et avoir obtenu leur accord, je leur ai fait parvenir le questionnaire par mail et eux-mêmes se sont chargés de diffuser le document à l'ensemble de leurs équipes. Une explication des origines de mon questionnement ainsi que des objectifs de l'étude a été jointe pour que chacun

puisse comprendre la démarche entreprise. Par ce biais là, il m'est totalement impossible de remonter jusqu'à l'auteur des réponses récupérées et l'anonymat est ainsi garanti.

5. Élaboration du guide d'entretien

Suite à la lecture des premiers retours de questionnaires, je me suis vite rendue compte qu'une thématique revenait régulièrement et cette thématique concernait la gestion d'un service ou d'un hôpital de manière globale. Comme nous allons le voir plus tard lors de l'analyse du questionnaire, l'organisation du secteur de la santé représentait pour beaucoup une cause de dysfonctionnement en salle d'opération.

C'est pourquoi, il m'est apparu indispensable de traiter également cette question lors de mon travail de recherche. J'ai ainsi choisi d'effectuer des entretiens avec deux personnels de la direction. Ces derniers ayant accepté de s'entretenir avec moi en échange de l'anonymat et ne voulant les compromettre, je ne préciserai ni leur fonction, ni leur lieu d'exercice.

Le guide d'entretien a été élaboré selon plusieurs thématique. Le but de la première est d'identifier mon interlocuteur, de connaître son parcours professionnel ainsi que les missions et objectifs qui lui sont dictés par sa situation.

La seconde thématique s'intéresse au travail en équipe, à leur représentation de ce qu'est le travail en équipe au bloc opératoire. Quels sont selon eux, les avantages, freins et inconvénients à un travail en équipe ?

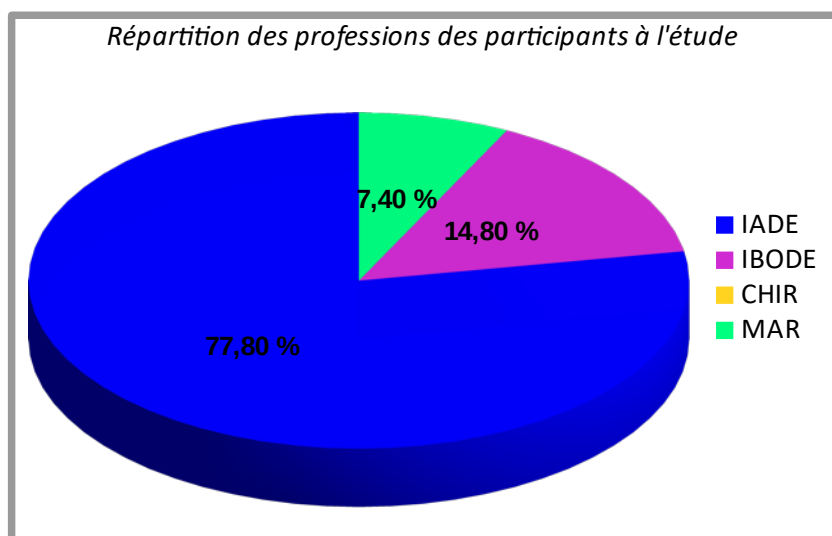
Ensuite, il m'est apparu primordial d'aborder la question de la gestion d'un bloc opératoire. L'objectif est de savoir si les priorités de chacun (soignant et administration) sont comprises, connues et ou communes.

Enfin, la dernière thématique a pour objectif d'échanger sur les retours des différents professionnels, leurs constats, réflexions vis à vis de ce que l'on appelle « l'administration ». En ont-ils conscience et comment l'expliquent-ils ?

III. Résultat du Questionnaire

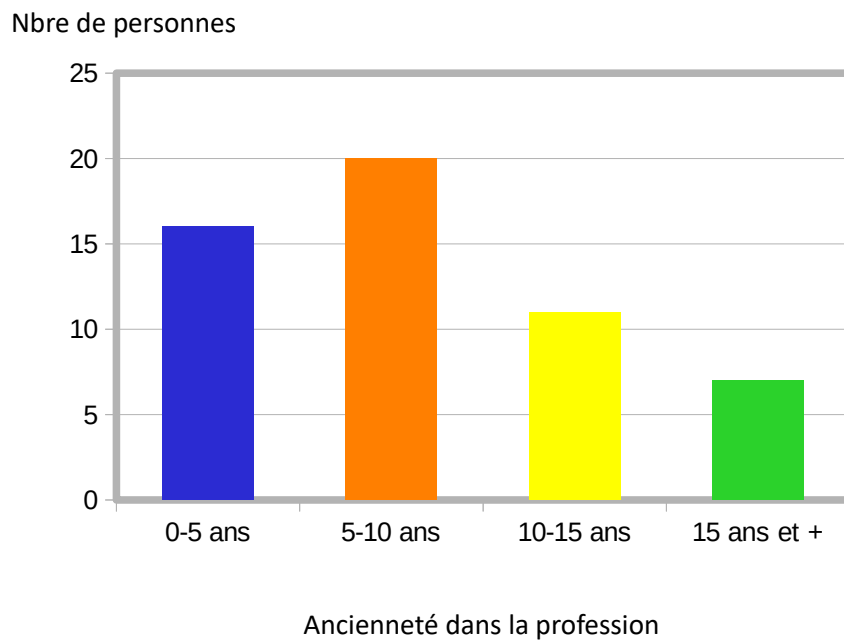
J'ai pu bénéficier du retour de 54 questionnaires pour effectuer mon travail d'analyse. 54 questionnaires me paraît un chiffre relativement faible étant donné que la diffusion a été faite dans plusieurs hôpitaux et cliniques. En revanche, n'ayant pas le nombre total de professionnels auxquels mon questionnaire a été distribué, il m'est impossible d'analyser et d'interpréter ce résultat.

1. Professions interrogées



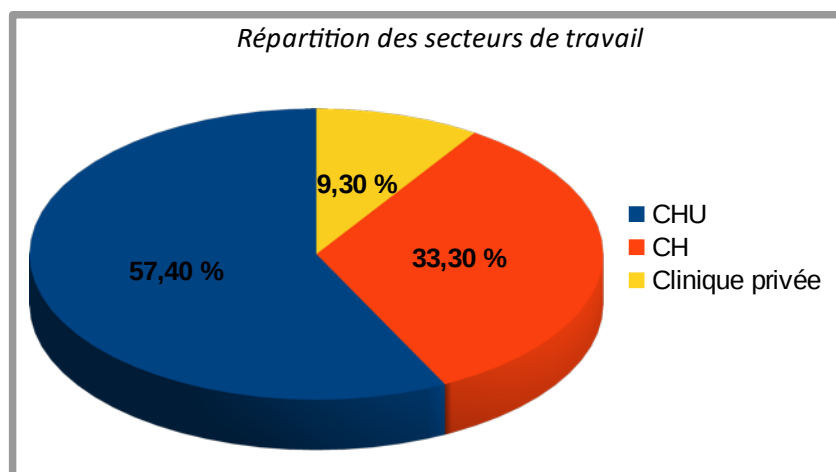
42 IADEs ont répondu aux questionnaires, contre 8 IBODE et 4 MARs. Aucun chirurgien ne m'a retourné de questionnaire malgré des relances.

2. Ancienneté dans la profession (toutes professions confondues)



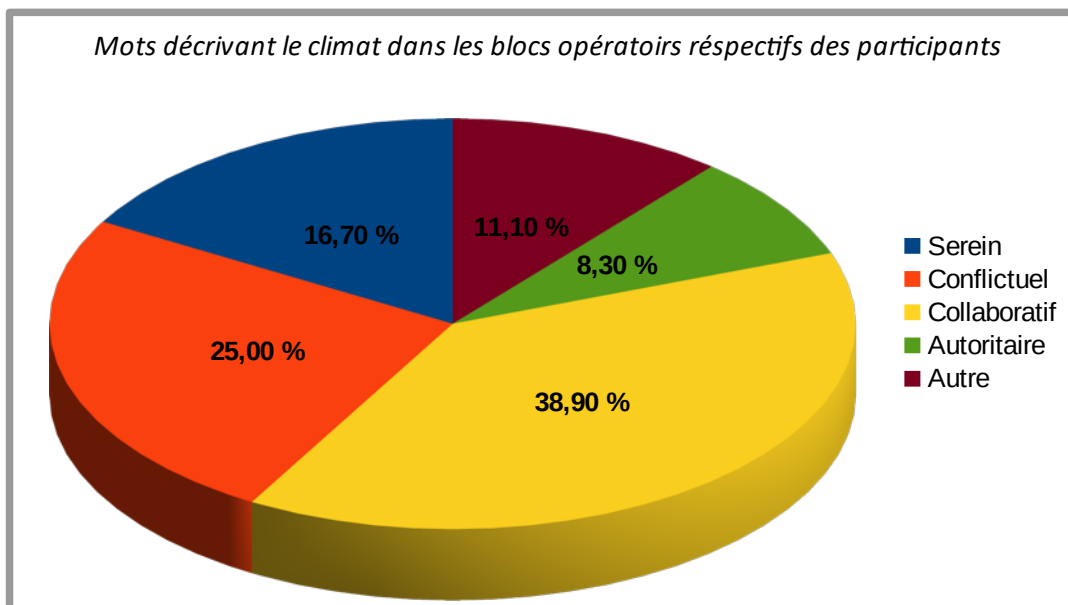
Une majorité des gens interrogés ont entre 5 et 10 ans d'expérience. Seuls 30 % des participants ont une expérience professionnelle inférieure à 5 ans.

3. Structure dans laquelle est exercée la profession



Seul 9,3 % des participants travaillent en clinique, soit 5 personnes. 31 personnes exercent en CHU et 18 personnes en CH.

4. Comment décririez-vous le climat qui règne dans votre bloc opératoire ?



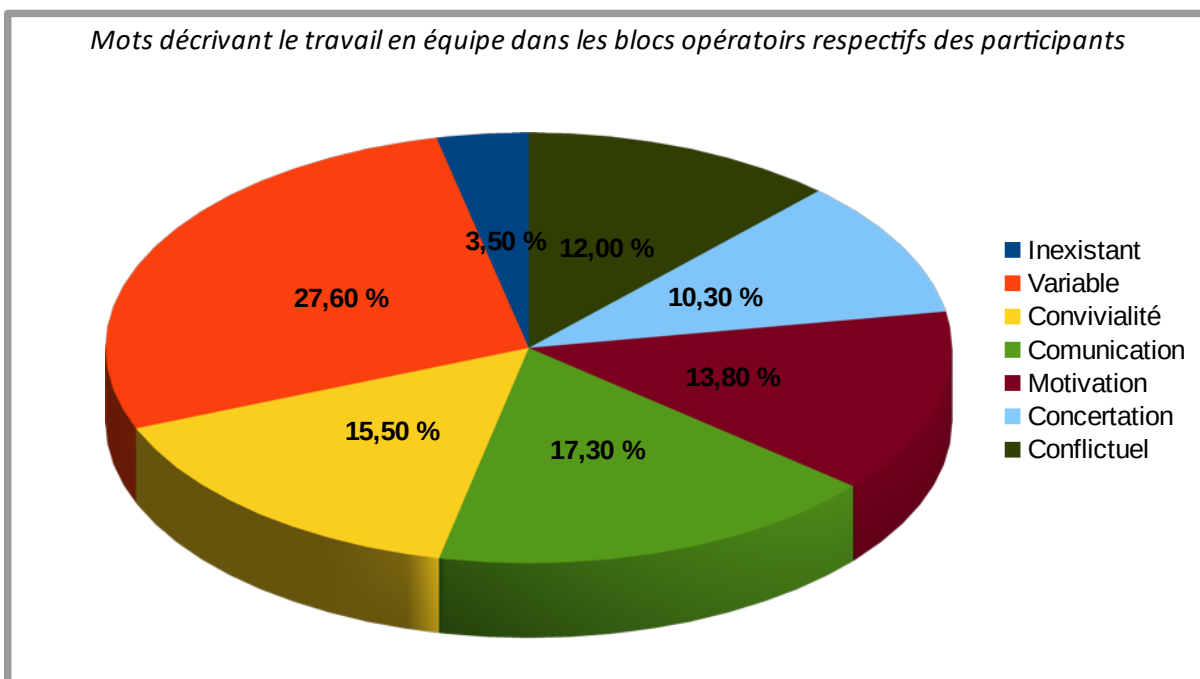
Plusieurs réponses étant possibles, 72 mots ont été utilisés au total. Dans la catégorie « autre », nous retrouvons les termes : « sous-pression » à 5 reprises, le terme « lourd » à 2 reprises et enfin, la dernière notion abordée dans cette catégorie est la notion de « variabilité selon les spécialités ».

Les mots « serein » et « collaboratif » ont été mentionnés 40 fois. En revanche, les mots « conflictuel » et « autoritaire » apparaissent 24 fois.

5. Comment l'expliquez-vous ?

Pour 38,9 % des personnes interrogées, le climat est jugé collaboratif. En revanche, pour les 25 autre %, le climat est jugé plutôt conflictuel et s'explique par 3 trois points principaux : le premier point apparaissant le plus souvent est un défaut de travail d'équipe, s'en suit un défaut de communication et enfin, des problèmes organisationnels.

6. Quels mots vous viennent à l'esprit lorsqu'on évoque le travail en équipe dans votre bloc opératoire ?



Plusieurs réponses pouvant être cochés, 116 mots au total ont été choisis. Nous constatons que la notion de « variable » est celle qui a été le plus notifiée. En revanche, nous constatons que les autres différents mots ont été choisis à fréquence quasi équivalente, excepté pour le mot inexistant qui n'a été choisis que 4 fois. La notion de « variable » a en majorité été associée à l'un des autres termes, que ce soit convivialité, communication, motivation concertation ou conflictuel. Nous pouvons donc en déduire que le travail d'équipe est bel et bien présent au bloc opératoire mais qu'il mériterait d'être amélioré ou approfondi.

7. Quels peuvent être les axes d'amélioration à apporter au travail d'équipe et leurs freins ?

Après lecture, analyse et tris des réponses, je note que trois thématiques apparaissent en tant qu'axe d'amélioration du travail en équipe. La première et la plus fréquemment citée (plus de la moitié des réponses) se centre sur l'amélioration de la communication, l'augmentation des échanges pluridisciplinaires et des transmissions inter équipes efficaces.

Ensuite, une meilleure entraide ainsi qu'une collaboration pluridisciplinaire augmentée serait souhaitable.

Enfin, selon tout de même 20 % de répondants, une réorganisation générale du bloc opératoire devrait être envisagée.

8. Comment qualifiez-vous vos relations avec les différents professionnels ?

Les termes utilisés pour répondre au questionnaire seront repris ici pour l'analyse et seront cités entre « ». Suite à la lecture et à l'analyse de ces réponses, j'ai choisi de traiter les relations avec les IBODEs et les IADEs en même temps. En effet, les réponses concernant ces deux professions étaient les mêmes. Sur 54 personnes interrogées, 51 ont qualifié leurs relations avec les IBODEs de « bonnes » et seulement 3 de « légèrement conflictuelles ». Il en va de même pour les relations concernant les IADEs : 52 personnes ont qualifié leurs relations de « bonnes » et 2 de légèrement « conflictuelles ».

Concernant les MAR, les relations sont jugées « bonnes dans l'ensemble » par 46 personnes, « médiocre » pour 7 d'entre elles et pour une seule personne, la relation est décrite comme « trop hiérarchisé avec jeu de pouvoir ».

Les chirurgiens quant à eux entretiennent des relations « moyennes, essentiellement avec des difficultés de communication » et ce pour 34 personnes interrogées. Pour 15 d'entre elles, les relations sont « bonnes et respectueuses » et enfin, pour 5 d'entre elles, les relations sont jugées « inégales ».

9. Quels sont les aspects positifs et négatifs du travail au bloc opératoire et pourquoi ?

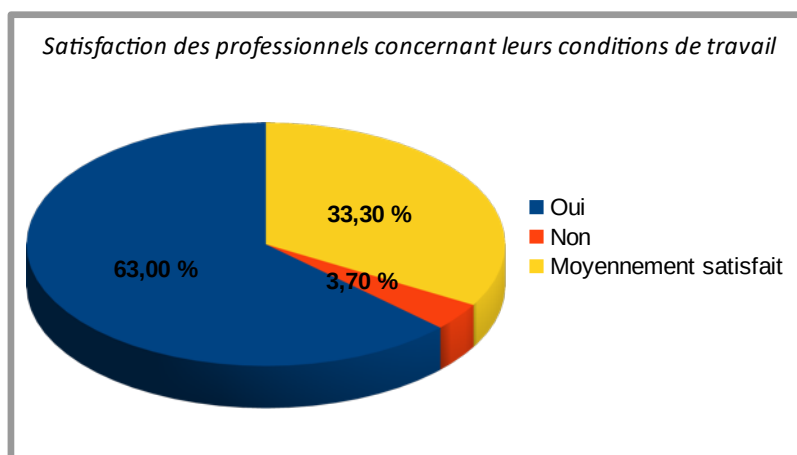
Les aspects positifs mettent en valeur l'aspect technique, pointu, intéressant et valorisant du travail ainsi que la sensation d'utilité sociale. La population interrogée trouve une certaine liberté, autonomie dans leur tâche quotidienne et selon eux, leur qualité de vie est meilleure. Cette population estime également avoir des moyens matériels adéquats et une ergonomie de travail meilleure que dans d'autres services. La bonne humeur et le travail d'équipe ainsi que la collaboration pluridisciplinaire sont mentionnés.

Les aspects négatifs mettent en valeur un sentiment de manque de reconnaissance et de considération des personnes interrogées de la part de la direction et de l'encadrement. Des problèmes organisationnels sont également soulignés (surcharge de travail, retard des chirurgiens, changement de programme inopiné, horaires non respectés).

Enfin, le travail d'équipe, même s'il est apparu comme un point positif, apparaît ici, pour d'autres personnes comme un point négatif. La communication entre les différents acteurs fait défaut, le travail d'équipe également. Certaines personnes se montrent désagréables au quotidien et l'ambiance générale s'en retrouve dégradée.

Le milieu du bloc est décrit comme un milieu en huit clos, en monde fermé dans lequel il est facile de ne pas se remettre en question.

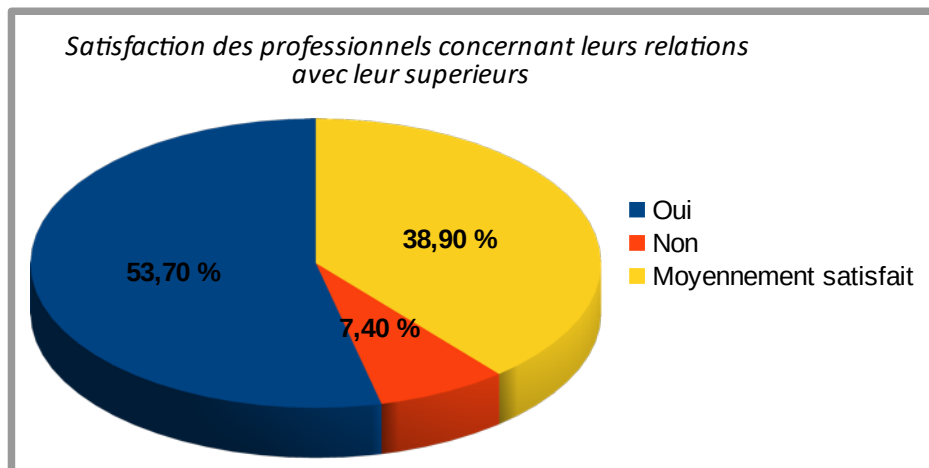
10. Êtes-vous satisfait de vos conditions de travail , expliquez



63 % des personnes interrogées se disent satisfaites, en revanche, 33,3 % ont un avis mitigé. Les causes de cette insatisfaction sont pour beaucoup le manque de reconnaissance, les conflits fréquents et les frictions interprofessionnelles. Pour d'autres, il s'agit plutôt d'un problème organisationnel avec trop d'heures de travail, des tâches trop nombreuses à effectuer en un temps restreint, et la pression exercée par la hiérarchie .

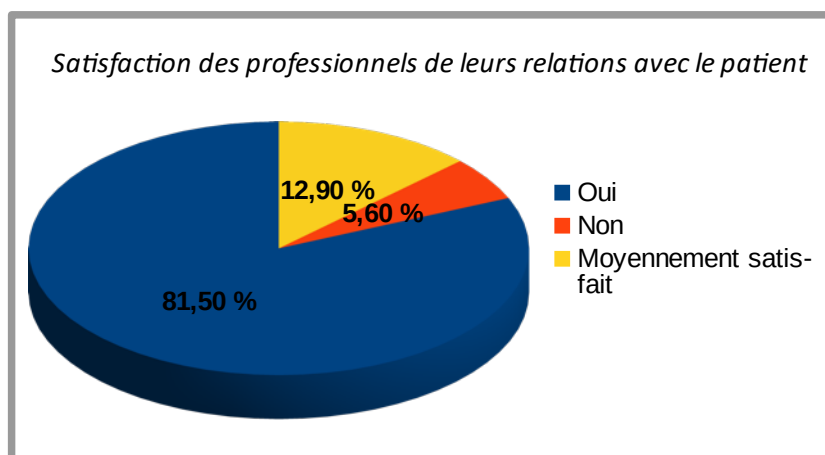
Malgré tout, les personnes interrogées restent optimistes avec des discours tels que : « avec une bonne ambiance, on peut tout faire, même dans les pires conditions »...

11. Êtes-vous satisfait de vos relations avec vos supérieurs , expliquez



53,7 % des personnes interrogées sont satisfaites, 38,9 % moyennement et elles expliquent cette réponse par le manque de reconnaissance, le peu de considération de la hiérarchie. Le personnel d'encadrement ne renforcerait pas le travail en équipe.

12. Êtes-vous satisfait de vos relations avec le patient ?



Les professionnels sont globalement satisfaits de leurs relations avec le patient. On peut donc en déduire que les difficultés relationnelles avec la hiérarchie ou le travail en équipe pas toujours optimal n'influent pas sur le relationnel soignant-soigné.

13. Citez quelques mots qui selon vous définissent la notion de « qualité de travail »

On peut regrouper les réponses en 3 grandes catégories :

-La catégorie « communication » avec les mots : rire, humour, respect, communication, écoute, échange, bonne entente, bonne humeur

-La catégorie « travail d'équipe » avec les mots : entre aide, coopération, respect, cohésion d'équipe, travail collaboratif et esprit d'équipe

-La catégorie « encadrement » avec les mots : ergonomie, temps, planning, moyen humain, moyen matériel.

Ces catégories ont été classées par ordre d'importance selon le nombre de mots mentionnés par catégorie.

14. Quels seraient selon vous, les points à améliorer pour gagner en qualité de travail ?

Là aussi, les réponses vont pouvoir être divisées en trois catégories et vont être classées de la même façon. Ce sont les mêmes catégories que l'on a retrouvées dans la question précédente :

-La catégorie « communication » avec les notions de dialogue insuffisant avec les opérateurs, d'écoute et de communication insuffisantes. Les informations importantes ne semblent pas être partagées de façon optimale et le respect d'autrui ne semble pas présent en permanence.

-La catégorie « travail en équipe » avec les notions de cohésion d'équipe insuffisante. La coordination ne semble pas optimale et les rôles mériteraient d'être redéfinis. Tous les acteurs ne sont pas impliqués à la même échelle dans le travail collaboratif et le souhait est émis de définir des objectifs commun.

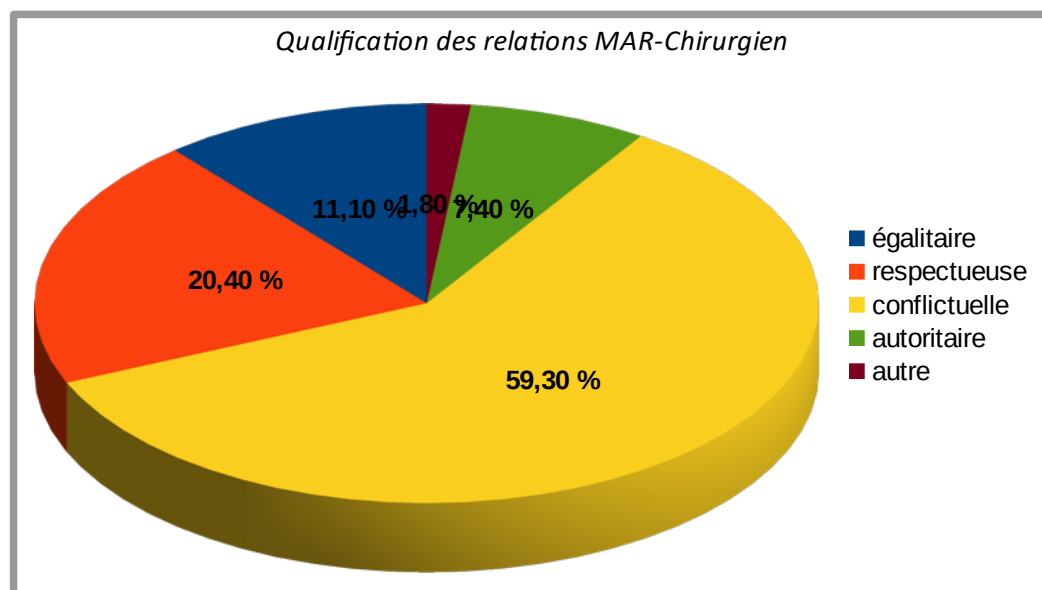
-La catégorie « encadrement » avec un manque de personnel et un manque de moyens ressentis, des difficultés de planning, une pression constante associée à un manque de reconnaissance. Les programmes opératoires ne sont pas respectés, les informations circulent difficilement et les formations professionnelles se font rares.

15. Comment se mesure, selon vous, l'efficacité du travail au sein du bloc opératoire ?

L'efficacité du travail au sein d'un bloc opératoire se mesure selon différents critères. Celui apparaissant comme prépondérant chez les personnes interrogées (39 personnes sur 54) est la satisfaction du patient mais aussi la satisfaction du soignant, le sentiment du travail bien fait.

Ensuite, les personnes interrogées mettent en avant les chiffres, c'est à dire le taux d'occupation des salles, l'analyse des revues de morbi-mortalités, et le nombre d'évènements indésirables déclarés comme étant des indicateurs important de l'efficacité d'un bloc opératoire.

16. Que vous soyez directement concerné ou que vous observiez ceci d'un œil extérieur, comment qualifieriez-vous les relations MAR-Chirurgien ; expliquez



59,30%, les relations sont considérés comme conflictuelles. Les explications mettent en avant un problème de légitimité à défendre, de pouvoir et d'incompréhension des priorités de chacun. Les expressions utilisées par les personnes interrogées pour décrire ces relations parlent d'elles-même : « des coqs dans un poulailler » ; « à qui le plus fort » ; « chacun détient sa vérité » ; « l'équipe chirurgicale impose son rythme et ses conditions ».

Le manque de communication entre les deux acteurs est mis en avant, ce qui entraîne une incompréhension des priorités de l'autre. Le besoin d'affirmation est également souligné.

Notons que pour 31,5 % des personnes, les relations ne sont pas jugées conflictuelles, elles sont décrites comme respectueuses et égalitaires. Dans certaines équipes, les acteurs semblent communiquer et accepter les conditions de chacun.

Enfin, 1 personne a jugé cette relation variable (catégorie autre).

IV. Analyse du questionnaire

Parmi les 54 retours de questionnaires, nous notons que les IADEs ont été une majorité à répondre. Elles sont au nombre de 42 sur 54. Nous pouvons nous interroger sur le pourquoi de cette prédominance. Est-ce la profession qui se sent le plus concernée par cette problématique ? Les IADEs ont-elles plus le temps pour répondre ? Ou, l'étude étant une étude dans le cadre de mes études IADEs, est-ce par « solidarité » ?

Les MARs sont au nombre de 4 à avoir répondu. Leur participation est plus faible que les IBODEs et IADEs. En revanche, je n'ai eu aucun retour de chirurgien. Pourtant, j'ai recontacté les personnes chargées de transmettre le questionnaire aux professionnels et la confirmation m'a été faite de l'envoi à toutes les catégories professionnelles demandées. Les chirurgiens n'auraient-ils pas le temps de répondre à ce type d'étude où ne se sentent-ils pas concernés par la problématique ?

La proportion de représentants des professions médicales étant donc plus faible comparée à celle des professions paramédicales, je choisis d'analyser ce questionnaire dans son ensemble et non en distinguant les professions comme je l'aurais souhaité au préalable.

En ce qui concerne la répartition des âges, notons que majoritairement, les personnes sondées ont entre 5 et 10 ans d'expérience ; ce sont donc des personnes pouvant prendre un peu de recul et ayant vécu probablement de multiples situations.

Notons également qu'uniquement 5 personnes sondées exercent dans le milieu privé. Il est important de connaître cette répartition pour orienter l'analyse. Les réponses aux questions suivantes ont-elles des tendances différentes en fonction de la structure d'exercice ? Malheureusement, 9,3 % n'est pas un chiffre suffisamment représentatif pour pouvoir faire la distinction et les réponses seront ainsi analysées ensemble.

On remarque ici que le corps médical souffrirait plus de difficultés relationnelles que le corps paramédical. Or, les professions n'étant pas représentées à parts égales et le corps médical ne représentant que 7,4 % des participants, il peut être légitime de se demander quels auraient été les résultats si ce corps professionnel avait été plus représenté. Les professions paramédicales arrivent-elles plus facilement à travailler ensemble ? Leurs relations sont-elles moins conflictuelles ? Le conflit avec le corps médical viendrait-il du statut qui est différent ? Les MARs ont-ils la même vision des chirurgiens que les paramédicaux et comment les chirurgiens voient-ils leurs relations avec les IBODEs et IADEs ?

Notons également que les relations entre médecins sont jugées durement par les professions paramédicales, avec des notions de pouvoir, de domination, de compétition. Il aurait également été

intéressant de pouvoir avoir le point de vue de quelque uns de leurs représentants pour pouvoir analyser ces données plus objectivement.

Ensuite, nous pouvons constater que le climat qui règne dans les lieux de travail respectifs est décrit de façon mitigé. Je classerais les réponses en deux catégories, la première à connotation positive et la deuxième à connotation négative. Les termes positifs : serein et collaboratif ont été mentionnés 40 fois sur 72 ; et les termes négatifs : conflictuel, autoritaire, sous-pression ainsi que lourd ont été mentionnés 31 fois sur 72. Ces termes négatifs ne représentent donc pas la majorité mais occupent cependant une place très importante dans le classement et soulignent un probable dysfonctionnement.

Je retire de ce questionnaire que le travail d'équipe est une priorité pour la majorité des soignants. Malheureusement, une communication défectueuse semble être une des causes majeures de son dysfonctionnement. En association, l'organisation actuelle de l'hôpital ne satisfait pas l'ensemble du personnel et elle est une réponse souvent mentionnée aux différents problèmes rencontrés au bloc opératoire.

Nous avons vu précédemment, lors de la contextualisation du problème, que les représentations sociales jouaient un rôle important dans notre relation à l'autre, notre façon de le voir, de se le représenter, de se représenter son métier, de hiérarchiser les priorités. Il n'est donc pas surprenant que dans un bloc opératoire, les représentations sociales y soient également présentes et aient un impact sur la communication. Il s'agit d'un milieu fermé, clos, les représentations y sont d'autant plus présentes et influentes et des difficultés de communication peuvent aisément en découler.

En revanche, le questionnaire a mis l'accent sur une notion que je n'avais que peu abordé dans la contextualisation du problème : l'organisation générale serait source de difficulté à construire un réel travail d'équipe. En effet, nous avons abordé les notions d'espace, de posture, d'organisation propre à une salle d'opération, et abordé quelque peu les notions de temps d'occupation des salles mais peu les notions d'organisation du système hospitalier. C'est ainsi qu'il m'est apparu important d'approfondir mon travail en axant mes recherches sur l'influence de l'organisation et de la hiérarchie sur le travail d'équipe.

C'est pourquoi j'ai choisi de mener des entretiens avec un directeur des soins, et une directrice de site. Au travers ces entretiens, je souhaitais élargir mon regard sur les impératifs qu'exigent une gestion hospitalière. Cette gestion a-t-elle un réel impact sur le travail d'équipe au sein du bloc opératoire ? Ont-ils conscience du ressenti des soignants ? Comment prennent-ils leur décision ? Et pourquoi ?

J'ai également voulu m'entretenir avec un chirurgien. Les retours de questionnaires ont mis en évidence des conflits fréquents entre équipe chirurgicale et anesthésiste. La communication semble faire défaut entre tous ces acteurs . Les chirurgiens étant la profession à ne pas avoir répondu à mon questionnaire, j'ai tenté d'aller à leur rencontre mais je n'ai malheureusement pas eu l'opportunité d'échanger avec eux, nos emplois du temps ne coïncidant pas et ne disposant que de peu de temps pour approfondir ma première enquête.

V. Résultats des entretiens

1. Thème : Identité des interlocuteurs

J'ai effectué des entretiens avec 2 directeurs. L'un ayant comme parcours professionnel un exercice de la profession d'infirmier et d'IADE, le second ayant un parcours professionnel hors soin, c'est à dire ayant exercé différents métiers de direction. Je ne préciserai pas davantage leurs fonctions, ni leur lieu d'exercice pour ne pas compromettre leur identité. En effet, ces deux professionnels ont accepté de s'entretenir avec moi sous unique condition de maintenir l'anonymat.

2. Thème : Le travail en équipe

Pour les deux personnes sondées, le travail en équipe est un atout. Or, la nécessité première pour instaurer un travail d'équipe est la volonté. Chacun doit pouvoir sortir de sa zone et connaître le métier de l'autre, comprendre ses priorités, anticiper ses besoins. Par sa place centrale évoquée précédemment et sa possibilité d'avoir une vision globale des situations, l'IADE est le professionnel le plus à même d'instaurer cette dynamique d'équipe et de collectif. En effet, sa place est centrale, sa vision de la salle d'opération est globale. Souvent, l'IADE dispose de temps d'observation suffisant durant l'intervention : ses pics d'activités se situent au moment de l'induction et au moment du réveil. Il n'est pas « le nez dans le guidon » en per-opératoire comme d'autres professionnels et peut ainsi observer les scènes qui s'y déroulent avec plus de distance et moins d'affects.

Pour les interviewés, le bloc opératoire est un milieu clos, fermé. Il est un microcosme dans lequel s'exerce un jeu de pouvoir. C'est un milieu dur dans lequel les individus sont soumis à un stress personnel énorme et qui va avoir une répercussion sur le collectif.

L'IADE de part sa place centrale a la chance d'être dans une configuration où elle a le temps et la possibilité d'observer ce qui se passe autour d'elle et donc d'appréhender et d'anticiper ce qu'il va se passer. Elle a ainsi l'opportunité de développer un sens de l'observation plus vaste qui lui permettra d'avoir une vision plus globale de la situation, et donc des problèmes. En effet, suivant le point d'attaque que vous avez, la logique ne sera pas la même et l'IADE, peut être plus que quelqu'un d'autre dans un bloc opératoire va pouvoir essayer de conjuguer toutes les logiques. C'est ce que l'on va appeler la vision en prisme.

Un des rôles de l'IADE est aussi de juguler le stress du médecin anesthésiste. Chaque acteur doit rester serein et le rôle de l'IADE est d'être dans une rigueur rassurante.

3. Thème : Gestion du bloc opératoire

Les professions dites « à vocation » étaient des métiers avec une importante reconnaissance sociale et qui bénéficiaient d'une valorisation aux yeux de la société. L'introduction du système de la T2A a, comme on l'a vu précédemment, imposé des vérifications d'actes, et nécessite aux soignants de devoir se justifier. Or, par ce biais, il va avoir l'impression qu'on remet en question sa légitimité et donc qu'on ne reconnaît plus son travail de la même façon qu'avant.

De plus, les infirmiers arrivent peut-être un peu moins dans le milieu hospitalier et dans la profession par vocation comme précédemment. Le nouveau cursus met effectivement moins l'accent sur la vocation et une fois professionnel, l'infirmier va peut-être moins accepter les paroles ou actes qu'ils jugent déplacés et non acceptable dans la vie civile.

Voici une citation tirée d'un des entretiens : « le meilleur moyen de se rendre malheureux, c'est de travailler en attendant de la reconnaissance ».

4. Thème : Échange sur les retours des professionnels

La T2A demande à produire du soin. Elle impose un rythme, rythme qui n'était peut-être pas celui choisi ni celui que le personnel s'était imaginé. La T2A a eu des effets vertueux car elle a forcé à réfléchir la nécessité des soins et à se poser la question de la dépense. En pratique, le soin est devenue une production et les mentalités doivent s'adapter. Or, cela va entraîner chez le soignant un sentiment de devoir se justifier et cela va toucher à son identité soignante propre.

Ensuite, on ne forme pas les gens au métier qu'ils vont réellement avoir. Par exemple, la formation à l'empathie et au respect est primordial mais peu d'unités d'enseignement sont consacrés à l'administratif. Ainsi, cet aspect du travail va être considéré par le professionnel comme quelque chose qui l'empêche de faire son « vrai » travail. La conception même du métier d'IDE ou d'IADE ou D'IBODE fait qu'il doit gérer tous ces éléments là et on laisse les gens se faire des représentations de leur travail qui vont être très éloignés de la réalité qu'ils vont côtoyer ensuite. Les gens sont déçus, voire extrêmement déçus. « la maladie la pire que vit l'hôpital en ce moment est le découragement » et il peut être plus facile dans ces cas là de rejeter la faute sur l'administration que sur soi en se demandant si l'on est bien là ou l'on veut être.

En réponse aux problèmes rencontrés, les HUS ont inscrit dans leur projet d'établissement une formation particulière pour le corps d'encadrement sur les trois prochaines années sur travailler ensemble. C'est donc un sujet majeur dans le monde de l'hôpital actuellement.

Les jeux de pouvoirs peuvent s'expliquer en partie par le fait que les chirurgiens ont depuis tout temps été placés au dessus de tout le monde. Que ce soit dans la société ou durant leurs études, ils sont placés en position d'élite. La difficulté de leur métier ou de leurs études n'est pas remise en cause, cependant, la manière dont ils sont formés influencera indéniablement la manière dont ils vont exercer plus tard. Ils reproduisent le schéma qui n'a jamais été rediscuté et qui est de ce fait « accepté ».

VI. Biais et Limites

1. Population sondée

L'étude portant essentiellement sur le travail en équipe au travers de nos représentations sociales, il eut été important de pouvoir analyser cette étude en fonction des catégories professionnelles. Il aurait été intéressant de comparer les réponses et d'établir des liens, similitudes ou au contraire des écarts dans les réponses en fonctions des professions.

Or, n'ayant obtenu que 4 réponses du corps médical (dont zéro des chirurgiens), la représentativité de leur population est trop faible pour être significative. Leurs réponses ont donc été intégrées aux réponses des catégories paramédicales et ont été analysées conjointement.

2. Moyen de diffusion du questionnaire

Comme explicité précédemment, le choix de la distribution de questionnaire par internet comporte un nombre certain d'avantages. En effet, les coûts sont plus faibles, la collecte des données gagne en rapidité et facilité, les risques d'erreurs par erreur de retranscription sont faibles, les sondés sont libres de répondre où et quand ils le désirent et surtout le caractère anonyme est assuré.

En revanche, mon questionnaire ayant été envoyé aux différents cadres et ceux-ci se chargeant de les distribuer aux équipes, le taux de participation à l'étude est inconnu. A combien de professionnels le questionnaire a-t-il été distribué ? Combien de professionnels ont réellement eu le questionnaire ? Y-a-t-il eu des biais techniques dont je n'ai pas connaissance ?

3. Constitution du questionnaire

J'ai choisi d'élaborer un questionnaire constitué majoritairement de questions ouvertes, et ce dans le but de permettre aux sondés de s'exprimer le plus librement possible, de ne pas se sentir trop cadrés ou dirigés. Or un excès de questions ouvertes dans un questionnaire ne peut-elle pas entraîner une lassitude des sondés ?

4. Taux de participation

54 questionnaires m'ont été retournés. Or ne sachant pas exactement à combien de personnes celui-ci a été distribué, il m'est impossible de calculer le taux de participation. Toutefois, ayant contacté l'ensemble des services de bloc opératoire du CHU de Strasbourg, ainsi que ceux du CH d'Haguenau et les différents cliniques de la ville de Strasbourg, un retour de 54 questionnaires me paraît faible. Pourquoi n'ai-je pas obtenu plus de réponses ? Les cadres ont-ils réellement diffusé le questionnaire à l'ensemble des équipes ? Les équipes les ont-ils bien réceptionnés ? Y'a-t-il eu des

aléas techniques ? Les professionnels ne se sont-ils pas sentis concernés par la problématique de mon étude ?

5. Nombre d'entretiens

L'analyse des premiers questionnaires m'apportant certains éléments nouveaux, j'ai voulu approfondir certaines thématiques et aller interroger une autre catégorie de professionnel que je vais nommer « l'administration ». J'ai pu réaliser deux entretiens de respectivement 46 et 58 minutes. Ces entretiens ont été extrêmement riches, en revanche, ils ne permettent pas une objectivité et représentativité significative de part leur nombre insuffisant. Des problèmes de disponibilités et également de temps sont à l'origine de ce biais.

6. Temps

Le temps imparti pour réaliser ce travail de recherche est un temps relativement court. En effet, en quelques mois, il s'agit d'effectuer un travail de lecture, d'approfondir le champ des données bibliographiques, d'élaborer des outils d'enquêtes adaptés, de collecter et d'analyser les données. Il m'a manqué de temps pour réajuster mon travail après analyse de mon questionnaire, c'est à dire qu'il aurait été intéressant d'aller vers des chirurgiens et plus de MARs pour objectiver au mieux le travail. Il aurait également été intéressant d'élargir mon panel d'entretiens administratifs.

VII. Discussion

Comme nous venons de le voir dans la partie « limite et biais », la validité statistique de cette étude peut être remise en cause. Néanmoins, ce travail de recherche a pu mettre en évidence quelques indicateurs.

Dans un premier temps, nous pouvons affirmer que le travail en équipe fait partie des indicateurs de qualité de vie au travail pour bon nombre de personnes. Ce travail en équipe existe bel et bien mais mériterait d'être amélioré.

Les causes de son dysfonctionnement sont multiples. Il peut s'agir de défaut de communication, il peut s'agir d'un stress trop important, de conditions de travail non optimales ou encore d'une gestion hospitalière qui ne favoriserait pas ce travail collaboratif.

Or, le système de santé évolue et les mentalités se doivent d'évoluer simultanément. Nous sommes actuellement dans une politique de santé où l'argent est au centre, le soin est devenu une production, le soin a une valeur marchande. Les soignants de manière générale rendent cette tarification responsable de nombre de certains de leurs maux dont ce stress, ce manque de temps et de considération qui vont interférer sur ce travail en équipe qui leur est cher. Les soignants ont l'impression que le système les empêche de faire leur travail selon leurs propres valeurs, leurs morales et leurs représentations du métier. Ainsi, ne faudrait-il pas aborder le problème d'une façon différente ? Si cette vision économique du soin faisait partie intégrante de la vision du soin des soignants, ne serait-elle pas mieux acceptée ?

Les représentations du métier de soignants ne sont-elles pas quelque peu erronées et ne faudrait-il pas travailler sur ces représentations pour former des soignants plus en adéquation avec le système de soin d'aujourd'hui ?

Ces représentations du métier se construisent bien entendu au fur et à mesure de nos expériences de vie, de nos valeurs, notre éducation, mais elles se finalisent surtout lors des études. Ne faudrait-il donc pas adapter le système de formation aux métiers paramédicaux afin de modifier leur représentation et de leur donner toutes les chances d'être des soignants accomplis ?

Ensuite, le défaut de communication semble être une problématique majeure pour la population soignante.

Les deux directeurs des soins ont quant à eux exprimé une vision différente du problème. La communication est placée au centre de beaucoup de leurs actions, travaux et priorités, en revanche, le constat est fait qu'elle s'avère souvent inutile. Et ce peut être parce que les populations soignantes ne seraient pas prêtes à entendre les choses. Une remise en question des différents partis seraient ainsi nécessaire mais celle-ci n'est possible qu'avec de la volonté de parts et d'autres. Or, cette volonté à l'air de faire défaut et il est souvent plus facile d'accuser l'autre plutôt que de se remettre en question. La faute rejetée ainsi sur ce que l'on appelle « l'administration » serait saine et permettrait une cohésion d'équipe. En effet, pour qu'un groupe fonctionne, il a besoin de se définir par rapport aux autres.

Enfin, l'IADE, de part sa place centrale, a réellement un rôle à tenir dans la cohésion d'équipe au sein de sa salle d'opération. Du fait de sa position géographique, il peut avoir une vision globale de ce petit monde qui s'articule dans une salle d'opération. Il a un rôle central et déterminant. Encore faut-il qu'il accepte ce rôle et qu'il ait la volonté d'endosser ce rôle, d'absorber les pressions, d'anticiper les réactions et ce, sans faire de « l'administration », la cause de tous ces maux. La présence de l'IADE en continu en salle d'opération est un atout considérable. Le chirurgien arrive souvent en salle alors que le patient est déjà anesthésié, l'IBODE circulante va faire des va-et-vient afin de collecter le matériel nécessaire à la bonne réalisation de l'intervention, l'IBODE est en contact permanent avec le chirurgien et est focalisé sur le champ opératoire, le MAR gère souvent plusieurs salles d'opération à lui tout seul. L'IADE est donc la seule personne à pouvoir avoir cet œil critique, observateur et distancié. Il peut anticiper les moments de stress, les prévenir, les canaliser, les atténuer. Il peut favoriser l'échange aux moments opportuns et ainsi avoir un impact positif sur l'ensemble du groupe.

Cette étude laisse donc le champ ouvert à de multiples interprétations, explications et axes d'amélioration. En revanche, elle démontre avec certitude qu'il existe encore un aspect très tabou de ce qui se passe réellement dans un bloc opératoire. L'anonymat a été une condition sine qua none d'acceptation d'entretiens. Les équipes, quelles qu'elles soient (personnels médicaux, paramédicaux, administratifs) que j'ai pu rencontrer lors de mes stages ou dans le cadre du travail de recherche, se sont montrées très intéressées par le sujet, très curieuses et très avides de connaître les résultats ; en revanche aucun n'a accepté de parler à « visage découvert ». Ce qui était socialement accepté hier, ne l'ai plus aujourd'hui, mais les langues ont encore du mal à se délier.

Je tenais encore à aborder une dernière notion dans cette discussion. Des mots sont apparus de façon redondante lors de cette étude, il s'agit des mots « conflits », ou « conflictuel ». Mais qu'est ce que réellement un conflit ? Comment se construit-il ? Et comment peut-on l'éviter ?

« Un conflit survient lorsqu'un ou plusieurs individus, groupes, ou organisations sont en désaccord, créant ainsi une situation de tension interne ou externe qui peut potentiellement causer des dommages. » [27] Un conflit est la constatation d'une opposition entre personnes ou entités. Il met en jeu toutes sortes d'émotions : la peur, l'angoisse, la colère, la tristesse, la frustration... Le désaccord peut porter sur des idées, des valeurs, des positions idéologiques, des intérêts ou des personnes.

Pour les raisons qui ont été expliquées précédemment, le bloc opératoire peut être considéré comme un milieu hostile dans lequel les individus mettent en place des systèmes de protection tels que l'affirmation de soi, l'altruisme, l'humour, la sublimation, la répression mais encore l'intellectualisation, l'isolation de l'affect ou le refoulement.

Le conflit va s'y développer par étapes successives. *« Des divergences non résolues ou d'autres stimuli stressants provoquent tensions et frustration qui peuvent mener à un blocage des échanges, et finalement à un conflit ouvert. C'est «l'escalade» classique que nous connaissons tous. »* [27].

Quelles sont les conséquences de ces conflits ? *« La survenue d'un conflit interpersonnel peut profondément affecter les individus en cause ainsi que l'équipe dans laquelle ils fonctionnent. Si un conflit de tâches bien géré peut, à des degrés divers, s'avérer constructeur, sa survenue répétée et non*

résolue est fortement corrélée à l'insatisfaction des membres d'une équipe et aux mauvaises performances de celle-ci. » [27]. Les comportements des uns, jugés inadéquats ou inadaptés, ont ainsi des conséquences sur les autres en tant que personnes, mais aussi sur l'entité qu'elles représentent et sur la qualité de prise en charge de l'équipe concernée.

Comment éviter le conflit ? Des stratégies d'adaptation se mettent en place presque automatiquement et dont le but va être de garantir une non escalade du conflit. Aucune technique n'est infaillible et nécessite de s'adapter continuellement à la nature du conflit et à la personne ou l'entité à l'origine du désaccord. Il s'agit de contrôler ses émotions, de laisser l'affect de côté. Cela passe par l'écoute, l'empathie, la gestion du stress, la gestion de la colère, la capacité à prendre du recul, la communication, la fermeté mais aussi l'ouverture d'esprit...

Mais la meilleure façon d'éviter le conflit reste la prévention ! Par exemple, un moyen qu'à trouver l'HAS pour prévenir le conflit est de favoriser la communication interprofessionnelle avec que celui-ci n'apparaisse. En effet, un conflit au sein d'une équipe est d'un indice de mauvaise efficacité et ça, l'HAS l'a bien compris. Dans l'optique d'améliorer la qualité des soins, elle dédie tout un axe d'amélioration au travail en équipe et plus précisément au travail entre chirurgien et médecins anesthésistes réanimateurs (cf annexe). Des outils sont proposés pour améliorer la communication entre les différents acteurs et ce de manière objective. Le but étant de laisser les émotions de côté et de n'agir que dans l'intérêt du patient.

De la même façon, les établissements de santé ont développés d'autres supports qui ont pour objectif final l'amélioration de la qualité des soins et pour objectif intermédiaire la prévention des conflits. Citons pour exemple la charte du patient hospitalisé, la présence d'un encadrement de proximité ou encore les réunions régulières de conseils de blocs. Ces mesures visent à réunir les différents acteurs afin de prendre les décisions ensemble et de surtout placer le patient au centre de toutes les préoccupations.

Or, comme nous l'avons vu précédemment, le travail en équipe se construit au travers une multitude de facettes et aucun outil, quel qu'il soit ne pourra se substituer à la bonne volonté des personnes.

C'est pourquoi, l'institution, le patient et les professionnels gagneraient à travailler ensemble sur leurs propres représentations. Prenons en exemple la notion de vocation infirmière qui est encore très répandue et très ancrée dans les mentalités et qui peut être encore une cause de ce « tabou » du bloc opératoire.

Conclusion :

Mener cette enquête a permis de faire un état des lieux des difficultés relationnelles rencontrées par les différents professionnels au bloc opératoire et d'en approfondir une des facettes.

Les conflits au bloc opératoire sont fréquents et ont une incidence notoire sur la qualité du travail en équipe. Or, un travail en équipe de qualité est un marqueur d'efficacité et de qualité des soins dans le bloc opératoire en général. Les conflits se révèlent être souvent des conflits entre différentes professions et sont liés à des divergences d'opinions.

Le travail d'équipe souffre quelque fois de cette « mauvaise ambiance » générale et il a été mis en évidence que l'IADE pouvait avoir une place de choix, une place de chef d'orchestre, d'observateur, une place qui pourrait lui permettre d'analyser les faits et de discuter avec l'ensemble du personnel. L'IADE a la position idéale pour essayer d'instaurer une dynamique positive à l'équipe avec laquelle il travaille.

La prévention du conflit apparaît comme le moyen le plus efficace pour garantir une qualité de travail d'équipe et l'IADE apparaît ici aussi comme central puisque la configuration même de son métier et de la salle d'opération lui permet d'avoir une vision d'ensemble sur ce qui s'y passe et les enjeux qui s'y jouent. L'IADE peut avant tout initier le dialogue. En effet, les conflits au bloc opératoire sont encore des sujets tabous et les premières étapes du changement sont la prise de conscience du problème et la verbalisation.

Enfin, nous avons vu que les représentations que chacun peut avoir sur l'autre en tant qu'individu ou en tant que professionnel sont génératrices de pensée collective pas toujours compatibles avec un travail en équipe efficace. Les meilleurs moyens de prévention ou de traitement du conflit ne pourront être percutants que si chacun accepte de travailler sur ces propres représentations. Sur ce point, la formation des futurs professionnels apparaît comme essentiel et il serait intéressant d'étudier comment l'IADE peut utiliser son rôle d'encadrant pour insuffler ce nouveau souffle aux futurs professionnels.

Bibliographie :

- [1] Denise Jodelet, représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie, In : S. Moscovici, psychologie sociale, Paris, PUF, 1984, p. 357-378
- [2] Nicolas Fisher, les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, presses de l'université de Montréal, dunod, 1987, p. 118
- [3] Abric, J.-C., L'artisan et l'artisanat : analyse du contenu et de la structure d'une représentation sociale, Bulletin de psychologie, 27, no 366, 1984, p. 861-876
- [4] Valence, Aline, « Approche théorique des représentations sociales », Les représentations sociales, De Boeck Supérieur, 2010, p. 27-43.
- [5] DUBAR C, La socialisation, Colin, Paris, 1991, p. 7
- [6] ION J, Le travail social à l'épreuve du territoire, Dunod, Paris 1996, p. 91
- [7] Revue Inter bloc, Sylvie Butet, l'infirmière de bloc opératoire au fil du temps Vol 29, N° 4 - octobre-décembre 2010, p. 242-247,
- [8] Revue Inter bloc, Andrée Blanchart, Histoire de la formation et de l'exercice des infirmières de salle d'opération (1870-1972) - 06/01/11 .
- [9] Revue inter bloc, Aline Dequidt, La formation des infirmières de bloc opératoire diplômées d'État, de 1971 à nos jours - 06/01/11
- [10] Revue Inter bloc, POUCHELLE Marie Christine, Regard d'une ethnologie sur le métier d'ibode, septembre 2008, tome 27 n°3, p. 182-185
- [11] Cours claroline, Christiane Ziegler, Histoire de l'IADE, 08/02/2016, consulté le 03 février 2018
- [12] <http://www.snia.net/lhistoire-des-iade.html>, consulté le 03 février 2018
- [13] sociologie des groupes professionnels, Nadège Vezinat, ed Armand Colin, 2016, p.59, p.67
- [14] Abbott A, Ecologies liées : à propos du système des professions, in menger PM, les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions, Paris, Ed de la MSH, 2003, p.29
- [15] Yann Faure, l'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates, Actes de la recherche en science sociales 2005/1 (n°156-157), p. 98-114
- [16] <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-70-omnivalence-du-diplome-et-limites-294>, consulté le 12 mars 2018

[17] <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-32-qualite-des-soins-256#article>, consulté le 12 mars 2018

[18] Rabier Christelle, La disparition du barbier chirurgien. Analyse d'une mutation professionnelle au XVIIIe siècle, Annales, Histoire, Sciences Sociales, 2010/3 (65e année), p. 679-711.

[19] Zolesio Emmanuelle, La chirurgie et sa matrice de socialisation professionnelle, Sociologie, 2012/4 (Vol. 3), p. 377-394.

[20] Vassy Carine. Travailler à l'hôpital en Europe. Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations, Revue française de sociologie, 1999, 40-2. pp. 325-356.

[21] Cours Caroline, Caroline Wiuot, Cadre de Santé IADE, Haute-pierre, janvier 2018, Hôpital Public, organisation global, consulté le 20 avril 2018

[22] Dakhlaoui, Amira, Claire Gatecel, et Michel Sfez, Comment allier productivité et sécurité des soins au bloc opératoire ?, Gestion 2000, vol. volume 29, no. 4, 2012, pp. 49-60.

[23] Dumond Jean-Paul, Les conflits de pouvoir à l'hôpital, Les Tribunes de la santé, 2003/1 (no 1), p. 71-81.

[24] AREL Pierre, Pouvoir et Autorité , La Revue Lacanienne, 2007/3(n°3), p62-67.

[25] Dominique Bourgeon, Dons de temps, dons de vie : les enjeux de pouvoir à l'hôpital, Revue de Mauss 2013/1 (n°41), p. 153-166.

[26] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe, consulté le 22 mai 2018

[27] SALVODELLI, G.L. « Résolution de conflits au bloc opératoire » <http://www.mapar.org>

Annexe 1 :

Questionnaire

Questionnaire :

PARTIE 1 : Présentation

1. Profession :

- IBODE
- IADE
- MAR
- Chirurgien

2. Ancienneté dans la profession :

- 0-5 ans
- 5-10 ans
- 10-15 ans
- 15 ans et +

3. Dans quel type de structure exercez-vous ?

- CHU
- CH
- Clinique privé
- Autre,

précisez

PARTIE 2 : États des lieux + Analyse

4. Comment décrieriez-vous le climat qui règne dans votre bloc opératoire ? (plusieurs réponses possibles)

- Serein
- Conflictuel
- Collaboratif
- Autoritaire
- Autre, précisez :

.....

5. Comment l'expliquez-vous ?

.....
.....
.....
.....

6. Quels mots vous viennent à l'esprit lorsqu'on évoque le travail en équipe dans votre bloc opératoire ? (plusieurs réponses possibles)

- Inexistant
- Variable
- Convivialité
- Communication
- Motivation
- Concertation
- Conflictuel

7. Quels peuvent être les axes d'amélioration à apporter au travail d'équipe et leur freins ?

.....
.....
.....
.....

8. Comment qualifiez-vous vos relations avec les différents professionnels ?

-Avec les IBODE :

.....
.....
.....

-Avec les IADE :

.....
.....
.....

-Avec les MAR :

.....
.....
.....

-Avec les chirurgiens :

.....
.....
.....

9. Quels sont les aspects positifs et négatifs du travail au bloc opératoire et pourquoi ?

.....
.....
.....

.....
.....

10. Êtes-vous satisfait de vos conditions de travail ?

- Oui
- Non
- Moyennement satisfait

Expliquez :

.....
.....
.....

11. Êtes-vous satisfait de vos relations avec vos supérieurs ?

- Oui
- Non
- Moyennement satisfait

Expliquez :

.....
.....
.....

12. Êtes-vous satisfait de vos relations avec le patient ?

- Oui
- Non
- Moyennement satisfait

Expliquez :

.....
.....
.....

13. Citez quelques mots qui selon vous définissent la notion de « qualité de travail » :

.....
.....
.....

14. Quels seraient selon vous, les points à améliorer pour gagner en qualité de travail ?

.....
.....
.....
.....

15. Comment se mesure, selon vous, l'efficacité du travail au sein du bloc opératoire ?

.....
.....

.....
.....

16. Que vous soyez directement concerné ou que vous observiez ceci d'un œil extérieur, comment qualifieriez-vous les relations MAR-Chirurgien ?

- Égalitaires
- Respectueuses
- Autoritaires
- Conflictuelles
- Autre, précisez :

.....
.....
.....

Annexe 2 :

Guide d'entretien :

Guide d'entretien mémoire :

Cadre conceptuel / Présentation de mon travail et de l'objet de ma visite à mes interlocuteurs :

Dans le cadre de mes études d'infirmière anesthésiste, j'ai choisi de travailler sur le thème des représentations sociales au bloc opératoire. Mes premières lectures, recherche et résultat d'enquête m'ont amené à considérer le bloc opératoire dans sa globalité et de m'intéresser à son organisation. En effet, les acteurs d'un bloc ne sont pas exclusivement soignants, la dimension institutionnelle et administrative y joue un rôle primordial et les résultats de mes premières enquêtes montrent une réelle incompréhension des soignants concernant l'organisation des soins. C'est pourquoi j'ai choisi d'élargir mon travail sur la sociologie des organisations à l'hôpital et d'essayer de saisir les différents enjeux s'exerçant à tous les niveaux. La gestion d'un bloc opératoire est une gestion complexe, tant en terme humain qu'économique et j'essaye de comprendre comment, à son niveau, l'infirmière anesthésiste peut y participer de façon optimale.

Question de départ :

- En quoi la redistribution des pouvoirs peut-elle améliorer l'action collective ?
- Comment les conditions de travail des soignants sont influencées par chaque groupe professionnel ?
- En quoi la posture de l'IADE peut-elle améliorer la dynamique du bloc opératoire ?

Thème 1 : Identifier, connaître mon interlocuteur :

- parcours professionnel
- âge
- formation
- connaissance des professions du bloc opératoire.
- Quels sont vos missions et objectifs professionnels ?

Thème 2 : Le travail en équipe :

- Que représente pour vous le travail en équipe ?
- Comment décririez-vous le travail en équipe au bloc opératoire ?
- Comment créer une dynamique d'équipe et dans quels buts ?
- Quels sont les bénéfices et freins à ce travail en collaboration ?

- Quelles peuvent être les difficultés rencontrées sur le terrain ?
- Selon vous, l'organisation générale de l'hôpital favorise-t-elle le travail en équipe ?
- Quels actions sont mis en oeuvre, à votre niveau, pour favoriser ce travail en équipe ?

Thème 3 : Gestion du bloc opératoire :

- Quels sont selon vous les enjeux actuels d'un bloc opératoire ?
- Quels sont les critères attendus pour pouvoir dire qu'un bloc opératoire est un bloc de qualité ?
- Quelle est votre définition de qualité ?
- Avez-vous des relations directes avec le personnel de bloc opératoire ? Si oui, avec qui et dans quelles circonstances ?
- Avez-vous notion de conflits au bloc opératoire ?
- Comment se gèrent-ils et à quoi sont-ils dus ?
- Auriez-vous des axes d'amélioration à proposer dans la gestion d'un bloc opératoire ?
- La T2A : Qu'en pensez-vous ? A-t-elle changé le quotidien des soignants ? Dans quelle mesure ?

Thème 4 : Échange sur les retour des professionnels :

- L'analyse des questionnaires révèlent certaines difficultés que rencontrent les soignants au quotidien. Certains facteurs seraient selon eux, source d'insatisfaction au travail et plus globalement de « mauvaise ambiance » au bloc opératoire, ainsi que la sensation d'un travail mal fait. Parmi ces facteurs, nous allons retrouver, les notions de rendement, de pression hiérarchique, institutionnelle, le manque de temps lié à la multiplicité des actes et de l'administratif qui prend une place de plus en plus grande dans leur quotidien.
- Qu'en pensez-vous ?
- Comment l'expliquez-vous ?
- Le prenez-vous en considération ?
- Quelles actions sont mises en place ?
- Communiquez-vous sur vos décisions avec les équipes ? Par quel biais ?

Annexe 3 :

Document de l'HAS :