

## SOMMAIRE

Glossaire-----	4
INTRODUCTION-----	5
CHAP. 1 : DU CHOIX DU THEME A LA QUESTION DE DEPART.	
1.1. Le choix du thème-----	9
1.2. La question de départ-----	12
CHAP. 2 : DE LA PROBLEMATIQUE A L'HYPOTHESE	
2.1. Etude du contexte environnemental du bloc opératoire-----	16
2.1.1. Historique-----	16
2.1.2. Enceinte protégée-----	17
2.1.3. Les différentes zones d'une salle d'opération-----	17
2.1.4. Etude des fiches de poste-----	19
2.2. Du pouvoir à l'identité professionnelle-----	20
2.2.1. Exploration des jeux d'acteurs-----	20
2.2.2. L'identité au travail-----	21
2.2.3. L'identification et perception des différences-----	22
2.2.4. Valeurs et identités collectives-----	22
2.3. Les valeurs et le sens de l'action-----	23
2.4. Les représentations sociales-----	25
2.5. Observation de la PEC d'un patient-----	26
2.6. Qu'en est-il de la coopération à l'hôpital ?-----	28
2.7. L'hypothèse-----	30

## CHAP. 3 : LE CADRE CONCEPTUEL

3.1. Les représentations sociales-----	34
3.1.1. Définition-----	34
3.1.2. Les fonctions des représentations sociales-----	35
3.1.3. Organisation et structure des représentations sociales-----	37
3.2. Les conditions de production commune dans les organisations-----	40
3.2.1. Un projet commun et une finalité collective-----	40
3.2.2. Un espace temps commun-----	41
3.2.3. Un univers de sens partagé-----	41
3.2.4. Une reconnaissance sociale de l'activité réalisée-----	42
3.2.5. Une hiérarchie légitime-----	42
3.2.6. Une éthique de responsabilité et de solidarité-----	43

## CHAP. 4 : METHODOLOGIE

4.1. Les objectifs de l'enquête-----	46
4.2. Le recueil de données-----	46
4.2.1. Le terrain de l'enquête-----	46
4.2.2. Choix de la population-----	47
4.2.3. Choix de l'outil : l'entretien semi-directif-----	48
4.2.4. Les items constitutifs de l'entretien-----	49
4.3. Les limites de l'étude-----	50
4.2. Déroulement de l'enquête-----	51
4.3. Traitement des données-----	52

## CHAP. 5 : RESTITUTION ET ANALYSE DES ENTRETIENS

5.1. Restitution par groupe de professionnels et par concept-----	54
5.1.1. Les Cadres de Santé-----	54
5.1.1.1. Les représentations sociales-----	54
5.1.1.2. Les conditions de production commune-----	58

5.1.2. Les professionnels paramédicaux-----	60
5.1.2.1. Les représentations sociales-----	60
5.1.2.2. Les conditions de production commune-----	65
5.1.3. Les Médecins-----	70
5.1.3.1 Les représentations sociales-----	70
5.1.3.2. Les conditions de production commune-----	73
5.2. Analyse des résultats par concept-----	77
5.2.1. Les représentations sociales-----	77
5.2.2. Les conditions de production commune-----	83
5.3. Synthèse et confrontation à l'hypothèse-----	88
5.3.1. La synthèse-----	88
5.3.2. Confrontation à l'hypothèse-----	89
 CHAP. 6 : PISTES DE REFLEXION – PERSPECTIVES-----	 92
 CONCLUSION-----	 95
 BIBLIOGRAPHIE-----	 97
 ANNEXES-----	 100
§ Annexe 1-----	101
Ø Fiche de poste IADE	
Ø Fiche de poste IBODE	
Ø Fiche de poste AS	
§ Annexe 2-----	122
Ø La grille d'entretien des Cadres	
Ø La grille des médecins et des paramédicaux	

## GLOSSAIRE

- § SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente,
- § IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat,
- § PEC : Prise en charge,
- § BO : Bloc Opératoire,
- § IADE : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat,
- § IBODE : Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat,
- § AS : Aide Soignant(e),
- § ASH : Agent des Services Hospitaliers,
- § MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur,
- § SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle,
- § ECG : Electro-cardiogramme.

# INTRODUCTION

La collaboration des équipes !... Tout le monde en parle, quelques-uns pensent que c'est nécessaire et d'autres disent que ça n'existe pas.

Avec toutes les difficultés que connaissent les structures hospitalières : la mise en place des réseaux de soins et des centres de responsabilité, avec la pénurie de personnel dans les unités, la fuite des infirmiers des milieux hospitaliers... l'heure est à la mutualisation des moyens humains, la polyvalence des équipes...

Autant de situations délicates et difficiles dans la gestion du « travailler ensemble » qui m'interpellent et me motivent pour analyser les mécanismes de la collaboration des soignants paramédicaux travaillant au bloc opératoire.

J'ai pour objectif tout au long de ce travail d'explorer et de comprendre les enjeux d'une réflexion qui me poursuit depuis ma première expérience professionnelle en tant qu'IADE lorsque j'ai constaté un écart dans le comportement des soignants entre la PEC (prise en charge) d'un patient en situation réglée et sa PEC en situation urgente.

En premier lieu j'exposerai les raisons du choix du thème et le cheminement qui m'a conduit à la formulation de la question de départ.

En second lieu, j'explorerai quelques facettes de la problématique spécifique du bloc opératoire et de ses acteurs, en parallèle à mon questionnement, aboutissant à l'énonciation de l'hypothèse. Au vu des éléments perçus, j'ai choisi de m'appuyer sur les deux concepts suivants :

- Les représentations sociales du sociologue Jean Claude Abric,
- Les conditions de production commune dans les organisations du sociologue Jean François Chanlat.

Dans une troisième partie, afin de vérifier l'hypothèse, une investigation sera réalisée auprès des soignants d'un bloc opératoire (médicaux, paramédicaux et Cadres.) L'analyse de ces entretiens me permettra

d'appréhender quelques éléments de la problématique de la collaboration au sein de cette unité de soins.

En conclusion, je proposerai quelques pistes de réflexion complémentaires envisageables à la poursuite de ce travail.

CHAPITRE 1 :

DU CHOIX DU THEME  
A LA QUESTION DE DEPART



## **1.1. Le choix du thème :**

Tout au long de ma carrière hospitalière, j'ai repéré la nécessité du travail en collaboration, parce que seuls, nous sommes rapidement démunis devant la multiplication des demandes et des besoins des patients. J'ai construit mon identité professionnelle à travers mes diverses expériences et en fonction de mes valeurs. Ainsi, au fil de mon déroulement de carrière, j'ai compris que le travail en équipe est une nécessité :

Nécessité pour le patient, sa prise en charge globale, la continuité des soins, pour répondre à ses besoins individuels, pour que ce patient reste une Personne.

Nécessité pour l'équilibre de l'équipe, afin qu'ils partagent les moments parfois difficiles, pour qu'ils partagent tout simplement afin de s'enrichir mutuellement, de confronter leur point de vue, leur valeur. Et aussi parce que nous travaillons avec notre expérience, notre histoire, notre culture, nous percevons les mêmes réalités mais de façon différente.

J'ai vécu, entre autre, deux expériences de travail en collaboration qui sont pour moi inoubliables.

La première au SAMU, j'étais IDE. Je vivais les situations d'urgence comme une raison d'être. Nous étions en parfaite osmose avec l'équipe présente, quelle que soit cette équipe autour du patient. C'était comme un défi pour la vie, pour sauver « sa » vie et cela quel que soit son âge, sa pathologie, sa culture, son vécu. J'étais dans un état de tension perpétuel juste en dessous de celui qui paralyse. Nous étions tous dans cet état qui rend la concentration optimale et qui permet l'efficacité.

Lorsque je parle d'osmose, je veux dire que nous n'avions pas besoin de nous parler pour agir ensemble efficacement, les gestes s'enchaînaient de façon naturelle et précise comme si nous ne formions qu'une seule et même personne. Chaque geste était précis parce que le temps était compté lors des interventions en revanche complètement effacé, occulté en temps réel d'une journée de travail. Alors que le temps était compté pendant l'intervention, il n'avait plus de sens en dehors. Cette situation m'a frappé à tel point que mes

souvenirs sont intacts près de quatorze années plus tard. J'ai vécu des moments très riches en émotion, autant de joie que de larmes. Les rapports de hiérarchie disparaissaient. Nous formions une équipe solidaire, tous grades confondus et nous travaillions tous pour le patient. Nous discussions sans crainte des situations vécues, des problèmes rencontrés. Nous ne jugions pas nos larmes.

J'ai revécu dans une unité de réanimation des situations similaires, lors de l'accueil d'un patient en post opératoire immédiat au moment où son état est incertain, plus ou moins précaire. Nous avions en charge des patients difficiles, ce qui nous maintenait dans un état de quasi constante concentration. Nous travaillions tous ensemble, personne n'était écarté. Nous nous rencontrions tous les matins (toute l'équipe médicale et paramédicale le kinésithérapeute, les psychologues...) et discussions de chaque patient dans sa globalité. Le patient était une Personne dont toute l'équipe « prenait soin », chacun avec son savoir, ses valeurs, nous avions une réelle liberté de parole.

A la suite de ces deux expériences professionnelles, l'apprentissage en école d'infirmière anesthésiste est venu s'insérer dans la continuité de mon enrichissement personnel. En effet, cette école a représenté pour moi une mine de savoir-faire. J'étais dans l'apprentissage de techniques nouvelles et dans la compréhension des pathologies et de leurs traitements. J'en avais besoin pour comprendre des situations que j'avais vécues comme des échecs.

Lorsque je suis sortie de cette « bulle d'apprentissage » en tant qu'Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat (IADE) avec le savoir et le savoir-faire, j'ai retrouvé, au bloc opératoire, dans le cadre d'une intervention programmée, un patient scindé en deux parties : le patient chirurgical et le patient anesthésique. La barrière séparant le patient en deux compartiments distincts était bien réelle. Elle était non seulement visuelle (caractérisée par le champ opératoire) mais elle était également vécue inconsciemment, par les différents professionnels qui entouraient ce patient. Chaque catégorie de

professionnels avait « son morceau<sup>1</sup>» de patient. Quant aux Aides Soignants (AS), ils n'avaient l'avantage que de l'entretien des salles d'opération et du transport. J'ai été choquée par le manque de considération des uns vis à vis des autres.

En revanche, lors des situations d'urgence, les barrières s'ouvrent comme par magie, tous les professionnels paramédicaux s'organisent autour du patient et toute hiérarchie existante entre eux disparaît.

Dans l'urgence, il semble qu'ils considèrent que les enjeux sont différents. Il y a la notion d'aide à la survie d'autrui. Ils se sentent utiles, ils donnent du sens à leur travail dans ces moments de désarroi. Ils se regroupent naturellement dans l'intérêt du patient, unissent leurs forces, leurs compétences.

Pour quelles raisons la situation d'urgence favorise-t-elle l'action collective ?

Si j'ai choisi d'être Cadre de Santé, c'est parce qu'en tant qu'IADE, je ne me suis pas retrouvée. J'avais la sensation d'y perdre mes valeurs. J'ai eu cette envie de partager ces valeurs humaines, éthiques, celles qui donnent du sens à mon travail. J'ai eu envie de montrer le chemin aux équipes, un chemin fait de confiance, d'écoute, de respect de l'autre et de son travail. De leur montrer que nous sommes tous là dans un but de partager notre savoir, notre savoir-faire et notre savoir être.

Le bloc opératoire est une zone protégée, un lieu cloisonné de par les règles strictes d'hygiène qui y règnent bien sûr, conformément aux réglementations, mais aussi et surtout à cause du cloisonnement des professions et des professionnels. Dans ce contexte, je pense aujourd'hui que nous pouvons, nous Cadres de Santé qui encadrons les équipes, fédérer la collaboration si c'est une volonté collégiale.

---

<sup>1</sup> Dans le sens morcelé

Tout au long de ces deux années en poste de faisant fonction de Cadre de Santé, j'ai pu partager et faire partager ponctuellement mes valeurs humaines avec les équipes par l'écoute, le respect de tous les professionnels, l'accompagnement dans leurs questionnements, la reconnaissance et la valorisation de chacun des acteurs dans leurs compétences, dans l'intérêt de leur travail, le sens qu'ils donnent à leur travail.

## **1.2. La question de départ :**

Mes diverses expériences en qualité d'IADE puis de Faisant Fonction de Cadre de Santé au bloc opératoire m'ont amené à cette interrogation :

En quoi les situations d'urgence favorisent-elles la collaboration entre les différentes catégories de professionnels (IBODE, IADE, AS) au bloc opératoire ? Pourquoi cette collaboration peut-elle disparaître au quotidien, lors de chirurgie réglée ?

Je souhaite, à travers ce travail, explorer et comprendre les différents facteurs de la collaboration des équipes paramédicales du bloc opératoire issues des situations d'urgence, explorer les conditions d'une collaboration afin de trouver des leviers lors de la prise en charge des patients admis pour une intervention programmée.

Les valeurs sur lesquelles repose mon fonctionnement sont la prise en compte du facteur humain dans l'organisation du travail.

Pour comprendre l'agir de l'Homme dans l'environnement de son travail, et après quelques définitions incontournables, j'étudierai les différentes problématiques des équipes de soins au bloc opératoire.

## Définitions<sup>2</sup>:

Collaborer: Travailler en commun (à quelque chose, avec quelqu'un).  
Apporter sa collaboration, c'est apporter son aide, sa participation.

Coopérer : Agir, travailler conjointement (avec quelqu'un.)

Coopération : Action de participer à une œuvre commune => collaboration. Apporter sa coopération à une entreprise : son aide, son concours.

Les termes de collaboration et coopération sont synonymes (dictionnaire des synonymes, éditions Larousse 2001.) On retrouve dans les deux cas la notion de travail en commun à quelque chose. J'emprunterai donc les deux termes simultanément. J'utiliserai le terme de collaboration lorsque je parlerai des équipes de soins et celui de coopération pour définir le système à l'intérieur duquel les équipes collaborent.

Pour Christophe Déjours, la coopération correspond aux liens que construisent entre eux les agents en vue de réaliser volontairement une œuvre commune.

Œuvre : activité finalisée, menée de bout à bout par un individu ou un collectif.

Commune : sens partagé par les membres du collectif.

Ce qui amène à m'interroger sur la nature des liens et sur les requis intersubjectifs de la volonté de coopération.

Nature : ce sont les instincts, les penchants d'un individu.

---

<sup>2</sup> Dictionnaires LE ROBERT – VUEF édition 2002

Volonté : C'est la faculté de pouvoir déterminer de faire ou ne pas faire.

Il apparaît que : Le « travailler ensemble » est une volonté de réaliser une œuvre commune.

La coopération, c'est la mise en mouvement de la coordination avec une implication personnelle extrêmement forte.

La coordination<sup>3</sup> est définie comme un agencement logique des parties d'un tout en vue d'obtenir un résultat déterminé.

Coopérer, c'est agir ensemble dans la coordination. Il renvoie à un mode d'action collective qui correspond à des exigences d'articulations efficaces et harmonieuses.

On ne peut passer de l'intérêt individuel à collectif que s'il s'instaure une coopération entre les individus et un objectif commun. Cela demande un investissement personnel et des valeurs communes.

---

<sup>3</sup> Dictionnaires LE ROBERT – VUEF édition 2002

## CHAPITRE 2 :

### DE LA PROBLEMATIQUE A L'HYPOTHESE

## **2.1. Etude du contexte environnemental du bloc opératoire :**

### **2.1.1. Historique :**

Pour appréhender l'histoire des blocs opératoires<sup>4</sup>, il faut remonter au moyen âge. Les clercs et les moines sont les détenteurs de cette science. En 816, ils la prodiguent dans les Hôtels-Dieu, les établissements hospitaliers ou dans les infirmeries des grands monastères.

La chirurgie est condamnée en 1163 par les Conciles qui interdisent aux porteurs de la tradition «la pratique d'opération pouvant entraîner des pertes de sang. »

Cette décision met un frein à l'évolution du savoir chirurgical et livre les hôpitaux aux charlatans et aux barbiers. Néanmoins, les chirurgiens barbiers formés dans les universités de Salerne, Montpellier ou Padoue mettent leurs savoirs, tout d'abord au service des plus riches puis peu à peu pénètrent dans les hôpitaux.

Les premières interventions s'effectuent dans des salles communes puis dans des salles contiguës. Il a fallu attendre le XVIII<sup>e</sup> siècle, avec l'incendie de l'Hôtel-Dieu de Paris, les découvertes de PASTEUR, la découverte de l'anesthésie pour justifier d'un élan nouveau et le besoin de créer de véritables salles d'opération. Les 1<sup>ère</sup> datent de la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle.

Ce sont les infections opératoires qui ont influencé la conception des Blocs Opératoires Contemporains. L. Martin publie le premier traité de l'hygiène Hospitalière en 1907. C'est une synthèse des techniques de l'asepsie chirurgicale, de la désinfection et de l'isolement. C'est alors que les infirmières et le corps médical se soumettent aux contraintes de la discipline qu'imposait l'hygiène. Après de nouveaux problèmes infectieux à l'Hôpital, on a nommé des services à haut risque tels que les Blocs Opératoires, les unités de réanimation, de stérilisation... Ces différents services ont été hébergés dans

---

<sup>4</sup> HOET, T., *Le bloc opératoire contemporain : Conception, réalisation, utilisation*. P8-10.



des espaces préservés. C'est ainsi que ces espaces clos ont pris le nom de « zone protégée » ou « enceinte protégée. »

### 2.1.3. Enceinte protégée<sup>5</sup> :

Le Dictionnaire Le Robert définit une enceinte comme ce qui entoure un espace à la manière d'une clôture et en défend l'accès.

Le verbe protéger vient du latin *protegere*, de *tegere* « abriter » => toit. Il introduit l'idée d'aide de manière à mettre à l'abri d'une attaque, des mauvais traitements, du danger physique ou moral. La seconde idée est celle de défendre contre tout atteinte, garantir, sauvegarder.

On peut dire que les enceintes protégées sont des conceptions architecturales dont la rigueur de l'usage et une discipline sont organisés pour écarter les risques d'infections. Les seules possibilités d'y pénétrer sont soumises à des procédures de passage au travers de sas (patient, personnel, matériel). L'efficacité des enceintes protégées est conditionnée par la discipline de tous les personnels du Bloc Opératoire.

### 2.1.3. Les différentes zones d'une salle d'opération :

La première particularité du travail au bloc opératoire est l'organisation de l'espace en trois zones distinctes :

La zone opératoire dédiée à l'acte chirurgical, elle est occupée par la table opératoire, le chirurgien, l'aide opératoire, l'instrumentiste et la table d'instrumentation. Cette zone est matérialisée par un périmètre de couleur sur le sol.

La zone d'anesthésie occupée par le Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR) et l'IADE est située à l'opposé de l'acte chirurgical. Cette zone

---

<sup>5</sup> Dictionnaires LE ROBERT – VUEF édition 2002

comprend les différents appareils de suppléance et de surveillance ainsi que la pharmacie permettant l'anesthésie et la réanimation de l'opéré.

La zone de circulation située en périphérie permettant au personnel et aux visiteurs de suivre l'intervention chirurgicale en respectant les règles d'hygiène et de sécurité. Cette zone permet la libre circulation de l'IBODE panseuse qui répond aux besoins ponctuels de matériel chirurgical.

Une des particularités des salles d'opérations est le silence. On n'entend souvent que les instruments de chirurgie et le bruit du cardioscope. Chacun occupe sa place dans le rôle qui lui est réglementairement dévolu, le côté chirurgical est séparé de l'anesthésie par un large champ opératoire.

Cette séparation de fonctions et d'espace, qui est aussi obligatoire que compréhensive, et le silence régnant en salle peuvent-ils nourrir le cloisonnement des deux fonctions que sont celles de l'IADE et celle de l'IBODE ?

La seconde particularité du bloc opératoire est la tenue identique des personnels médicaux et paramédicaux. Pas de distinction, ils portent tous un ensemble tunique pantalon vert, un masque vert et un calot de couleur identique et sans aucune spécificité (bijoux, badge.) Il n'y a pas de reconnaissance visuelle de l'individu.

La dépersonnalisation liée à une tenue commune sans signe distinctif renforcerait-elle l'identité professionnelle de chacune des catégories d'acteur comme une volonté de s'affirmer ?

Tous ces constats m'ont amené à étudier les fiches de poste de chacun des acteurs à la recherche d'éléments permettant de construire ou d'entretenir une collaboration.

#### 2.1.5. Etude des fiches de poste des différentes équipes (AS, IBODE, IADE) d'un bloc opératoire :

Les objectifs de l'étude sont de repérer quels sont les liens et les actions qui, à travers les différentes fiches de poste, favorisent la collaboration.

Au sein d'un bloc opératoire pluridisciplinaire observé, sur la fiche de poste des IADE (annexe.1.1), la notion de collaboration entre les différents professionnels apparaît :

- A l'accueil du patient au bloc opératoire,
- Lors des transferts successifs du patient de la salle d'opération vers la Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI) et de là vers l'unité d'hospitalisation avec l'AS,
- Il participe avec l'AS à la remise en état des salles d'opération et de la SSPI.

La fiche de poste de l'Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat (IBODE) en annexe.1.2 : L'IBODE travaille avec l'AS pour l'installation du patient, et collabore avec l'équipe chirurgicale et l'anesthésiste de salle. Il n'est pas précisé de collaboration avec les IADE.

Quant à la description de la fiche de poste des AS (annexe.1.3), Il y a notion de collaboration avec les IBODE et les IADE.

En revanche, il est précisé qu'ils sont placés sous la responsabilité et le contrôle direct des IBODE et des IADE.

Le pouvoir que peuvent exercer ces deux catégories de professionnels sur les AS peut-il être en lien avec la difficulté de collaboration des équipes au quotidien lors de la prise en charge des patients en chirurgie réglée ?

De surcroît, on peut observer des tâches séquentielles définies et délimitées entre les trois catégories de professionnels.

Le travail séquentiel des équipes peut-il être un frein à la collaboration ?

Ces différentes réflexions m'amènent à l'étude des jeux d'acteurs et l'exploration des identités professionnelles.

## **2.2. Du pouvoir à l'identité professionnelle :**

### **2.2.1. Exploration des jeux d'acteurs :**

Comment se construisent les actions collectives à partir des comportements individuels ?

Sociologiquement parlant, Philippe Bernoux, à partir des travaux de Crozier et Friedberg, parle de stratégie d'acteur<sup>6</sup>. Le concept de stratégie comprend deux aspects. L'aspect offensif et l'aspect défensif. L'acteur agit pour améliorer sa capacité d'action et/ou pour préserver ses marges de manœuvre. Ensuite l'acteur poursuit ses objectifs, ses propres buts. Il est rationnel dans ses objectifs, mais sa rationalité est limitée compte tenu du fait qu'il n'a pas de vision globale des situations qui l'entoure. L'idée de stratégie d'acteur rend compte du fait qu'il se comporte en fonction du comportement possible des autres et qu'il joue avec eux en fonction des opportunités qui se présentent.

L'organisation est un construit humain. Ce construit est contingent (peut être ou ne pas être.) De plus, l'acteur est libre à l'intérieur de son cadre formel. Libre donc plus ou moins imprévisible ce qui contribue à la construction des jeux entre acteurs.

La question du pouvoir touche donc directement à la question de l'identité.

Les comportements des individus et des groupes sont donc relativement imprédictibles en fonction des situations. Il semblerait que les incertitudes d'une situation particulière viennent bousculer les systèmes de

---

<sup>6</sup> CROZIER, M., FRIEDBERG, E., *L'acteur et le système*. P53-57

fonctionnement habituels au profit d'un nouvel enjeu autour duquel les capacités offensives et défensives vont à nouveau s'exprimer.

Ces incertitudes viennent de dysfonctionnements, de défaillances techniques ou de contraintes liées à l'environnement et déclenchent des possibilités nouvelles et d'autres opportunités de jeu qui restructure les relations antérieures. Si l'urgence constitue une contrainte environnementale et une incertitude, peut-être serait-elle responsable de nouvelles organisations chez les soignants ?

La théorie sociologique de la régulation permet de comprendre comment dans l'activité du travail, se construisent les règles, comment un groupe se structure et devient capable d'action collective.

Les acteurs construisent librement le système de règles leur permettant d'agir collectivement. Ce qui leur permettrait d'agir collectivement, c'est leur culture commune et leur valeur professionnelle partagée. C'est une culture que les acteurs créent et recréent en permanence.

Dans quelle mesure les situations d'urgence définies comme une incertitude, peuvent-elle venir bousculer les fonctionnements habituels des acteurs et leur permettre d'agir collectivement parce qu'ils partagent leur valeur commune ? Est-ce que la situation, vue comme un objectif commun, leur permet de partager collectivement leur culture ?

Avant d'étudier les valeurs, je me propose d'aller rechercher ce que Renaud Sainsaulieu pense et écrit sur les identités au travail.

### 2.2.2. L'identité au travail:

La base d'une identité collective peut, d'après Renaud Sainsaulieu<sup>7</sup>, se construire autour d'un projet qui représente une valeur commune à l'ensemble des individus. Ça peut être l'autre : le chef charismatique, le patient en état de détresse (l'urgence vitale ?)

---

<sup>7</sup> SAINSAULIEU, R., *L'identité au travail*, P369

La complexité des projets et des intérêts individuels rend l'action et le sens de l'action collective difficile. La réalité quotidienne est rarement celle de la solidarité mais plutôt celle des clivages entre collègues qui délimitent les groupes d'appartenance différents sur le plan des idées, des intérêts et des sentiments.

Comment rapprocher la spontanéité globale de toutes réactions solidaires et l'évidente difficulté à se mettre d'accord sur des objectifs d'action ?

Les règles de collaboration, supposent de prendre le temps de discuter des objectifs communs et donc du sens commun de l'action.

Sainsaulieu<sup>8</sup> écrit que : "...s'il y a identité collective, c'est que les individus ont en commun une même logique d'acteur dans les positions sociales qu'ils occupent."

#### 2.2.3. L'identification et la perception des différences<sup>9</sup> :

« Percevoir l'autre signifie que l'on est capable de le reconnaître et de l'accepter avec ses différences. L'identité individuelle est liée au pouvoir car elle dépend des moyens de lutte que l'individu a mis pour faire respecter sa différence. »

#### 2.2.4. Valeurs et identités collectives :

Le travail est vu comme une valeur parce qu'il permet d'accéder au monde social et à la reconnaissance de sa différence.

Les propos de Sainsaulieu reprennent les notions de projet commun autour de valeur partagée et du sens commun de l'action.

Comment sont vécues les situations d'urgence par les équipes du bloc opératoire ? Que représentent-elles ? Est-ce la valeur commune qui rapproche les équipes ou est-ce l'objectif commun représenté par le patient en état de détresse ?

---

<sup>8</sup> Ibid -P303

<sup>9</sup> Ibid -P342



la collaboration. Ils utilisent leurs compétences différentes et se reconnaissent mutuellement, chacun trouve sa place. Ils sont reconnus comme personnellement impliqué. Les différences de chacun sont acceptées et valorisées. L'Individu est respecté dans son travail. Ils connaissent leurs missions et se dirigent tous vers le même but.

Donner du sens : Les valeurs déterminent notre façon d'aborder la vie au quotidien. Elles conditionnent nos actes et nos pensées. En donnant un sens à nos actions, elles permettent à l'individu de se fixer un cadre de référence qui le guide et le satisfait en rendant acceptable certaines des contraintes auxquelles il est confronté. Il est donc amené à faire des choix. L'acteur transpose dans son lieu de travail ses valeurs en gardant son cadre de référence. Il continue de donner un sens à ses actes.

Cette notion est d'autant plus forte que la profession touche à l'humain. Le soignant se forge, au travers de la pratique de son métier une attitude qui va conditionner son identité professionnelle.

Les valeurs d'un acteur hospitalier s'appuient donc sur le respect, la dignité, l'éthique.

Donner un sens à notre action n'est pas une liste de bonnes intentions. Si ces valeurs paraissent évidentes, elles ne sont pas toujours respectées au quotidien.

S'appuyer sur les valeurs soignantes, comme levier de la dynamique interactive d'une équipe peut se faire entre autre en favorisant un dialogue commun à toutes les catégories professionnelles.

La collaboration des équipes dans les situations d'urgence naît-elle de leur valeur commune et partagée?

Quel sens donnent-ils à la prise en charge d'un patient admis en urgence?  
Pourquoi les barrières identitaires s'effacent-elles pendant ces moments là?



Que représentent les situations d'urgence pour les équipes paramédicales ?

## **2.4. Les représentations sociales<sup>11</sup> :**

JC Abric définit la représentation sociale comme le produit et le processus d'une activité mentale par lequel un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique.

La représentation sociale exprime un caractère relationnel et reproduit ainsi le fonctionnement des règles et des valeurs dans une culture donnée.

Une représentation, c'est une connaissance construite à partir de notre façon d'interpréter le réel. Elle est socialement ou collectivement partagée par une population donnée. Elle est déterminée par les valeurs et mode de pensée du groupe qui les a produites.

Pour qu'il y ait représentation, il faut qu'il y ait construction de la réalité.

La construction d'une représentation se fait en 4 phases selon Moscovici :

1. Phase de décontextualisation : transformation de l'objet en modèle figuratif,
2. Phase de catégorisation : le sujet va interpréter la réalité,
3. Passage au modèle actif : qui oriente nos conduites et nos relations aux autres,
4. Constitution de la représentation.

---

<sup>11</sup> ABRIC, J.C., *Pratiques sociales et représentations*. Chapitre I

Les valeurs portées par les équipes sont-elles la base de la collaboration ? Dans quelle mesure le patient admis en urgence au bloc opératoire représente-t-il pour les différentes équipes l'objectif à atteindre ensemble ?

## **2.5. Observation des différents acteurs intervenants lors de la prise en charge d'un patient admis pour une chirurgie réglée :**

Si je me place en tant qu'observateur d'une situation rencontrée dans un bloc opératoire, je vois l'AS se tenant debout devant le sas de transfert en attendant patiemment l'arrivée du patient.

Lorsque le patient pénètre dans le sas d'accueil du bloc opératoire : l'AS le transfère de son lit sur le plateau de la table d'opération, procède aux vérifications d'usage (contrôle de son identité, respect du jeun pré opératoire, absence de prothèses et de bijoux, présence du dossier médical), attend l'approbation de l'IBODE et de l'IADE pour l'accompagner en salle d'intervention, enclenche le plateau de la table d'opération sur son support et s'en va.

L'IADE intervient pour revérifier l'identité du patient, le respect du jeun pré opératoire, l'absence de prothèse et de bijoux ainsi que la présence et le contenu des éléments du dossier utiles à la pratique de l'anesthésie ( ECG\*, résultats des bilans sanguins et autres consultations, vérifie le site opératoire.). Il conditionne le patient (mise en place d'une couverture chauffante, installation des différents monitorages, pose d'une voie veineuse. ) Il consigne les 1ers paramètres de surveillance clinique et instrumentale sur la feuille d'anesthésie.

L'IBODE entre en scène, vérifie une 3<sup>e</sup> fois l'identité, le site de l'intervention et part à la recherche du dossier médical, que l'IADE s'est approprié. Il procède au rasage et à la préparation locale de la peau.

---

\* ECG : électrocardiogramme

A ce stade de la prise en charge du patient, trois professionnels différents (AS IADE IBODE) ont demandé à trois reprises l'identité du patient, le côté à opérer a été vérifié deux fois.

A partir de ce constat, nous pouvons d'ores et déjà nous interroger sur la qualité de la collaboration des différents acteurs. Pourtant chacun d'entre eux a respecté sa fiche de poste. Mais que pense le patient de la répétition de toutes ces interrogations autour de son identité et du site opératoire en quelques minutes ? Cela peut-il être un facteur de stress supplémentaire pour lui ?

L'installation du patient est réalisée en présence de l'IBODE, de l'IADE et plus ou moins de l'AS en fonction de la manutention qu'elle nécessite. L'installation est presque toujours sujette à de grandes discussions, chacun souhaitant travailler dans les meilleures conditions possibles.

A partir de ce moment là, le patient se transforme en deux organes distincts : l'organe à opérer et l'appareil respiratoire. C'est un véritable découpage du patient en fonctions.

Le lien entre les deux équipes IDE existe mais à mon sens de façon complètement inconsciente. Le travail des uns est conditionné par le celui des autres. Le chirurgien a besoin de l'IBODE pour instrumenter ses interventions, l'anesthésiste a besoin des IADE pour surveiller les patients afin d'endormir dans d'autres salles. Mais quels liens ont-ils entre eux ?

Le patient est découpé de telle sorte qu'ils en oublient leurs liens. L'objectif commun présent dans les situations d'urgence ne leur apparaît pas au quotidien. Il est complètement occulté par leur différence, par leur spécialité. Et pourtant, il y a une Personne sous les champs opératoires dont on doit prendre soin.

L'AS prend soin des patients à travers le rôle essentiel qu'il a dans la prise en charge de l'entretien des salles. Il contribue à la gestion du risque infectieux lié à l'environnement et permet l'enchaînement des patients tout au long de la journée sans se préoccuper des problèmes infectieux.. Combien de

personnes respectent-ils cette tâche ? Qui l'en remercie ? Qui fait valoir cette tâche comme essentielle ?

L'absence de contamination n'interpelle personne, tout le monde trouve ça normal, voire même cette question n'est pas abordée ! En revanche, ils seront montrés du doigt lors de dysfonctionnement. Ce qui est vrai pour les autres professionnels relevant de leur champ de compétences.

Tout le monde « s'applaudit » en opération dite de sauvetage, mais il semblerait que la valorisation et la reconnaissance du travail de chacun lors de chirurgie réglée ne soient pas d'actualité.

## **2.6. Qu'en est-il de la coopération a l'hôpital ?**

Avant de parler de coopération à l'hôpital, il est nécessaire de dire qu'il existe autant d'organisation que d'établissement et qu'il n'est pas envisageable de tenir de discours généraux.

Jusqu'à il y a une vingtaine d'année, les jeux de pouvoirs entre les différents acteurs étaient dominants et s'autorégulaient. Les médecins possédaient le savoir, ils incarnaient la puissance. Les IDE, admiratifs devant ce savoir, dévoués au patient, assuraient l'interface entre le médecins et les patients. Engagés professionnellement et affectivement, leur implication était quasi totale. Face au couple médecin/IDE, le patient s'abandonnait. La réussite du soin dépendait de la façon dont ils respectaient leur rôle. La position de chacun était hiérarchique, dominante plus que coopérative mais admise et respectée.

Aujourd'hui, l'institution hospitalière est en recherche de nouvelles régulations, où chacun entend être reconnu et souhaite une revalorisation de sa fonction : Le médecin se spécialise sur son axe de recherche, quelques IDE veulent être identifiés comme des techniciens et se spécialisent, d'autres marquent leurs territoires avec des objets (diagnostic IDE) quant aux malades,

ils disparaissent pour endosser l'identité de client ou d'acteur qui possède des droits.

Les acteurs en présence se replient sur une défense de leurs territoires respectifs et jouent plutôt la carte du renforcement de leurs singularités professionnelles, s'éloignant par la même occasion de la figure de la coopération.

Gilles Herreros<sup>12</sup> (Maître de conférence à l'Université de Lumière Lyon 2) disait lors d'une conférence que l'institution Hospitalière tout comme son organisation est fréquemment marquée par le choc des territoires. Chaque acteur cherche à sauvegarder ses zones d'influence, ses compétences, ses fonctions. Qu'ils soient médecins, soignants ou administratifs, chaque champ est en quête incessant de différenciation. Chacun souhaite faire valoir sa spécialité, son statut. Cet état de fait rend plus délicate la coopération. Faut-il pour autant renoncer à son identité professionnelle au nom de la collaboration si nécessaire soit-elle ?

Par exemple, le programme « culture à l'hôpital » résultant d'une convention nationale entre le ministère de la santé et le ministère de la culture prévoit un financement pour tout projet culturel conduit en collaboration entre les établissements de soins et des opérateurs culturels. Ces projets de toute nature sont ouverts à tous les professionnels et malades. Ils se déroulent à l'intérieur ou à l'extérieur des murs de l'hôpital.

Cette idée a l'avantage d'être innovante et, si elle ne provoque pas la collaboration à l'intérieur d'une unité, elle a le mérite de mettre un frein aux idées reçues concernant la différence existentielle entre les individus.

Je pense qu'effectivement, l'institution hospitalière est marquée par le choc des territoires, ce qui peut majorer l'état de frontière existant entre les différents professionnels.

---

<sup>12</sup> 8èmes Journées d'Etudes Nationales des Cadres de Santé - CHU Montpellier - janvier 2004

Madeleine Faraht (PDG du GRIEPS) énonçait, lors de ces mêmes journées, qu'avant de parler de projet culturel conduit à l'extérieur de l'hôpital, il serait bon d'agir, simplement en pensant que le patient attend que l'on s'occupe de lui ici et maintenant. L'objectif du patient et de l'équipe soignante est le même, c'est celui de bénéficier de soins dans les meilleures conditions possibles. C'est à dire dans les délais, avec un maximum de sécurité et d'efficacité. Cela demande une organisation parfaite, une collaboration et une communication à tous les niveaux. Cela demande au manager de développer un travail d'articulation à tous les échelons.

Le travail d'articulation lorsqu'il concerne plusieurs disciplines (les IDE spécialisés et les AS du bloc opératoire par exemple) permet de confronter les savoirs et les pratiques et peut aboutir au développement de l'intelligence collective.

Le développement de l'intelligence collective passe par la connaissance du travail de chacun, il faut que chacun s'intéresse au travail de l'autre. Mais le développement de l'intelligence collective relève surtout d'une volonté et de la responsabilité des dirigeants. C'est donner l'envie aux professionnels de s'intéresser au travail de l'autre, donner l'envie de partager ses savoirs. La collaboration, c'est communiquer, partager, organiser. Ces trois paramètres doivent être mis en synergie.

Développer une collaboration au travail nécessite d'après Madeleine Faraht de donner autant d'importance à la dimension organisationnelle qu'à la dimension managériale de sa fonction.

## **2.7. L'hypothèse :**

Si collaborer est une volonté de réaliser une œuvre commune et que la réalisation est conditionnée entre autre par le partage de valeurs et de sens commun, on peut croire que les situations d'urgence, qui sont des situations particulières où règne la lutte pour la vie, ont le mérite de déclencher, chez les

soignants exerçant au bloc opératoire, la dynamique de l'agir ensemble portés par leur valeur. Ils donnent un sens à leur travail.

Mon expérience professionnelle me laisse croire que ce n'est pas la nature du problème qui rassemble les équipes mais la représentation qu'ils ont de la situation d'urgence et qui permet l'action collective. Je formulerais donc l'hypothèse suivante :

La représentation des situations d'urgence qu'ont les équipes paramédicales du Bloc Opératoire favorise l'action collective parce qu'ils poursuivent un but commun.  
Il semblerait qu'ils ne partagent pas, au quotidien, le même objectif, d'où la difficulté de coopérer.

Si la représentation qu'ils ont des situations d'urgence modifie leur comportement et favorise l'action collective ou la coopération, sachant que les représentations peuvent évoluer avec « le faire », dans quelle mesure, la mise en œuvre des conditions de collaboration ne pourrait-elle pas, du même coup, modifier la représentation qu'ils ont des situations au quotidien et leur permettre de collaborer ?

J'explorerai mon hypothèse au travers :

Du concept des représentations sociales selon Abric parce qu'il me semble que la représentation qu'ils ont des situations d'urgence favorise la coopération. L'urgence chirurgicale mobilise leurs valeurs soignantes, à travers un objectif commun qui est celui de « sauver la vie ».

Leur représentation des situations chirurgicales réglées est sans doute modifiée. Pourquoi ne poursuivent-ils pas le même objectif ?

Et du concept des conditions de productions communes dans les organisations selon Jean François Chanlat afin de les confronter à la réalité du terrain.

Dans un premier temps les entretiens menés m'orienteront sur la représentation qu'ils ont des situations d'urgence et de la prise en charge d'un patient en général, des éléments qui les ont guidés vers cette profession ou spécialisation et ce qu'ils en attendent.

Quelles valeurs mettent-ils derrière cette prise en charge ?

Dans un second temps, les éléments du concept de J.F. Chanlat me permettront d'identifier si les conditions de production commune sont réunies et favorisent objectivement la collaboration au quotidien.



## CHAPITRE 3 :

# **LE CADRE CONCEPTUEL**

### **3.1. Les représentations sociales :**

#### **3.1.1. Définition :**

Jean Claude Abric (dans son ouvrage : pratiques sociales et représentations) définit la représentation sociale comme une forme de vision globale et unitaire d'un objet et d'un sujet. Serge Moscovici pense que le sujet et l'objet sont inscrits dans un contexte actif conçu par une personne ou un groupe en tant que prolongement de son comportement, de ses attitudes et des normes auxquelles il(s) se réfère(nt). L'objet contextualisé est reconstruit par une personne ou un groupe de telle sorte qu'il corresponde aux valeurs auxquelles il(s) adhère(nt). Il ajoute que c'est la relation sujet/objet qui détermine l'objet lui même. Une représentation est toujours une représentation de quelque chose pour quelqu'un : C'est la représentation sociale.

La représentation sociale pourrait-elle être la perception d'un objet par un sujet en fonction de son système de valeurs (son expérience, sa culture, son histoire, ses normes...) ?

Dans ce cas, la représentation va guider les actions, les pratiques et les comportements.

Abric dit que la représentation n'est pas un simple reflet de la réalité, elle est une organisation signifiante qui dépend de différents facteurs :

- La nature et les contraintes de la situation, sa finalité,
- Le contexte immédiat,
- Le contexte social et idéologique, la place de l'individu dans l'organisation sociale,
- L'histoire de l'individu et du groupe, les enjeux sociaux.

Il termine sa définition en disant que la représentation fonctionne comme un système d'interprétation de la réalité qui régit les relations des individus à

leur environnement physique et social, elle va déterminer leur comportement ou leurs pratiques. La représentation est un guide pour l'action.

### 3.1.2. Les fonctions des représentations sociales :

Si les représentations jouent un rôle fondamental dans la dynamique des relations sociales et dans les pratiques, c'est qu'elles répondent à quatre fonctions essentielles :

#### 1) Fonction de savoir :

Elles permettent aux acteurs de comprendre, d'expliquer la réalité, d'acquérir des connaissances et de les intégrer dans un cadre en cohérence avec leur fonctionnement cognitif et les valeurs auxquelles ils adhèrent.

Elles définissent le cadre de référence commun qui permet l'échange social.

C'est, dans le cadre de ma recherche, identifier la représentation qu'ont les acteurs médicaux et paramédicaux de la prise en charge d'un patient au Bloc Opératoire. Comment voient-ils cette Personne dont ils ont la responsabilité, comment la regardent-ils ?

#### 2) Les fonctions identitaires :

Elles définissent l'identité et permettent la sauvegarde de la spécificité des groupes. Les représentations permettent de situer les individus et les groupes dans un champ social.

La fonction identitaire des représentations donne une place primordiale dans les processus de « comparaison sociale » .

C'est repérer comment se situent les différents acteurs du Bloc Opératoire dans leur groupe d'appartenance d'une part et à l'intérieur de l'équipe pluridisciplinaire lors de la prise en charge d'un patient en situation urgente / programmée d'autre part.

### 3) Les fonctions d'orientations :

Les représentations guident les comportements et les pratiques. Elles interviennent directement dans « la définition de la finalité de l'objectif », déterminant ainsi le type de démarche que l'individu ou le groupe va adopter.

Abric écrit que la représentation de la tâche détermine directement le type de démarche cognitive adopté par le groupe ainsi que la manière dont il se structure et communique, et cela indépendamment de la réalité « objective » de la tâche.

Il s'agit bien là de comprendre ce que provoquent les situations d'urgence chez les différents professionnels du Bloc Opératoire. Y a-t-il des similitudes dans les comportements des soignants, médicaux ou paramédicaux, dans ces situations précises qui leurs permettent de s'organiser en regard d'un objectif commun ?

### 4) Les fonctions justificatrices :

Les représentations interviennent également en aval de l'action ce qui permet aux acteurs de justifier leurs conduites, leur comportement et ainsi mettre en valeur leur différence permettant le maintien d'une distance sociale entre les groupes.

Ma recherche s'orientera sur les différents phénomènes qui guident leurs actions et les rapports qu'ils entretiennent avec les groupes de catégories différentes.

Ainsi définie, la représentation sociale est donc un ensemble d'informations, de croyances, d'opinions et d'attitudes à propos d'un objet donné. Cet ensemble d'éléments est organisé et structuré.

Je peux donc penser que la finalité de l'objectif est claire dans les situations d'urgence. La représentation qu'ils ont de ces situations va guider leur action, portés par leur valeur commune.

En revanche, au quotidien, compte tenu de la division des tâches, de leur spécificité et du contexte environnemental du bloc opératoire, il semblerait que les représentations s'orientent plutôt vers une identité collective. Ce qui expliquerait ce changement de comportement entre les deux situations.

Abric dit que les éléments de la représentation sont non seulement hiérarchisés mais également organisés autour d'un noyau central qui détermine sa définition et l'organisation de sa représentation.

### 3.1.3. Organisation et structure des représentations sociales :

#### 1. Le noyau central a deux fonctions essentielles :

- Une fonction génératrice qui donne le sens, la valeur de l'élément par lequel elle se crée,

- Une fonction organisatrice qui détermine la nature des liens qui unissent les éléments de la représentation entre eux.

Il constitue l'élément le plus stable de la représentation, celui qui assure la pérennité dans des contextes mouvants et évolutifs.

Donc, toute modification du noyau central est responsable d'une transformation de la représentation. Le repérage du noyau central dans mon étude me permettrait de comprendre les deux situations qui se jouent au bloc opératoire : Prise en charge d'un patient admis en urgence et lors d'une intervention programmée par les équipes soignantes du bloc opératoire. Il ne fera pas l'objet de mon étude compte tenu de la difficulté que représente cette recherche et du temps qu'il m'ait imparti.

## 2. Les éléments périphériques de la représentation :

Les éléments périphériques s'organisent autour du noyau central. Ils constituent l'essentiel du contenu de la représentation. C'est la partie la plus concrète de la représentation. Ils jouent un rôle d'interface entre le noyau central et la représentation et répondent à trois fonctions essentielles :

- La fonction de concrétisation qui dépend directement du contexte. Ils intègrent les éléments de la situation dans laquelle se produit la représentation, répondent au présent et à l'histoire de l'individu,
- La fonction de régulation qui adapte la représentation aux évolutions du contexte,
- La fonction de défense qui transforme les éléments périphériques permettant d'accepter plus facilement le changement.

Les représentations sociales ont donc deux composantes : un système central directement associé aux valeurs et aux normes. C'est la base commune et collective qui rend un groupe cohérent et en assure la pérennité ; et un système périphérique plus individualisé, contextualisé qui permet la différenciation de l'individu de par sa culture, son expérience et facilite en quelque sorte l'acceptation de pratiques différentes des siennes.

C'est l'existence de ce double système qui permet d'appréhender les représentations sociales et permet du même coup de comprendre qu'elles soient stables de par le noyau central profondément ancré dans un système de valeurs partagées et instables parce qu'elles sont nourries des expériences individuelles.

Les représentations sociales dans ma recherche :

En regard de ce concept, il est clair que pour le sujet qui me préoccupe, l'essentiel de ma recherche tournera autour des éléments périphériques de la représentations, à savoir :

- Quelles représentations ont-ils des situations d'urgence ?
- Que représente pour les soignants la prise en charge d'un patient au quotidien, comment voient-ils cette personne ?
- Pourquoi, dans certaines situations, sont-ils motivés pour travailler ensemble ?

Transformer les représentations va induire un changement de comportement donc des actions. Puisque les conditions de collaboration des équipes dans le bloc opératoire observées sont les situations d'urgence, avec comme élément périphérique : la représentation qu'ils ont de ses situations ; cela demande de créer des conditions de coopération au quotidien.

J.F. Chanlat a conceptualisé les conditions de la production commune dans les organisations qui me permettront, d'une part d'en dresser les éléments fondamentaux et de les analyser, d'autre part d'aller vérifier sur le terrain, auprès de professionnels :

- Si les conditions de la coopération citées sont réunies,
- Quelles représentations ont-ils de la collaboration ?
- Que se joue t-il lors de la collaboration ?
- Q'apporte-t-elle au patient ?

J.F. Chanlat écrit<sup>13</sup> que toute organisation est un système de relations sociales et cela quelle que soit sa nature. Selon le type d'activité, la finalité de l'organisation et la composition du personnel, l'organisation développera sa propre identité. Il termine en disant que pour bien fonctionner, elle devra réussir une mise en commun des efforts.

### **3.2. Les conditions de production commune dans les organisations :**

#### **3.2.1. Le « travailler ensemble » se fonde sur un projet commun et une finalité collective :**

Parler de coopération passe obligatoirement par l'élaboration d'un projet ou d'une finalité collective. Chaque organisation est poussée par la nature de son activité, laquelle est étroitement liée à la finalité qu'elle s'est donnée.

Cet élément permet non seulement d'attirer le personnel vers ces organisations mais aussi les guider et leur permettre de se comporter d'une certaine manière pour atteindre les objectifs fixés.

C'est réfléchir, au bloc opératoire, à des objectifs communs, réfléchir à ce qui les rassemble, partir du point commun de leur action, qui peut-être le patient par exemple puisqu'ils interviennent tous à un moment ou à un autre dans le soin ou la prise en charge du patient qu'elle soit directe (IBODE / IADE) et/ou parfois indirecte (AS / ASH\*.) Parce qu'ils sont tous poussés par quelque chose de plus grand que la tâche qui leur est confiée. C'est peut-être rechercher le sens commun qui les anime et orienter un projet en regard.

Je rechercherai à travers les entretiens menés l'existence d'un projet partagé, un partage de leurs pratiques, l'existence de temps de travail en commun pour discuter de la prise en charge du patient et l'importance qu'ils accordent à ces temps de réflexion collective.

---

<sup>13</sup> CHANLAT, J.F., Soins Cadres, février 2004-N°49, p18

\* ASH : Agent des Services Hospitaliers



### 3.2.2. Le « travailler ensemble » exige un espace-temps commun :

La charge émotionnelle des équipes para médicales est telle qu'un espace est nécessaire pour qu'ils puissent échanger, se rencontrer. J.F. Chanlat écrit que ces espaces constituent des lieux de fort investissement affectif et que dans ces espaces-temps le lien social se construit au quotidien. Le fait de partager des espaces communs permet aux équipes de se connaître, d'échanger et de prendre du plaisir à partager ce temps non consacré au travail ( pause café, déjeuner. ) C'est au cours de ces routines de quotidien de travail que peut se construire un collectif. La confiance et la coopération se renforcent avec le temps et notamment avec les épreuves que chacun traverse quotidiennement. Ces temps ponctuels sont, d'après J.F. Chanlat, indispensables à la vie d'un groupe.

Cela nécessite également une certaine stabilité dans le groupe. En effet, le « turn over » des équipes peut constituer un frein au développement du lien social donc à l'élaboration d'une complicité dans l'accomplissement de l'œuvre collective.

En regard de ce constat, je rechercherai auprès des différentes équipes l'existence de temps de rencontre, si ces moments sont formalisés ou informels, ce qu'ils partagent et avec qui. Et enfin, quel sens, quelles valeurs ils accordent à ces temps d'échange.

### 3.2.3. Le « travailler ensemble » exige un univers de sens partagé :

J.F. Chanlat affirme que la symbolique du travail est étroitement liée au cadre organisationnel dans lequel s'inscrivent les acteurs. Il appuie sa réflexion en disant que « plus les cadres symboliques sont puissants et renvoient à des choses significatives pour les différents acteurs concernés et plus la motivation va être élevée ». Il ajoute enfin que « plus l'univers symbolique et le langage utilisé sont partagés par les différentes catégories et plus le collectif va être soudé. »

La qualité de vie symbolique passe par l'établissement d'espace de parole où les agents peuvent exprimer ce qu'ils pensent, ce qu'ils ressentent et ce qu'ils souhaitent en terme de projet.

Que recherchent-ils à travers leur profession ? Que représente leur idéal professionnel ? Qu'en est-il de la communication au bloc opératoire ?

Les Cadres des blocs opératoires attachent-ils de l'importance à la collaboration pluri disciplinaire au point d'organiser des espaces de parole pour échanger et partager les points de vue différents ?

Autant de questions qui m'apporteront, à la lumière des entretiens menés, la compréhension et une posture dans ma future fonction de Cadre de Santé.

#### 3.2.4. Le « travailler ensemble » exige une reconnaissance sociale de l'activité réalisée :

Tout travail acquiert du sens par la reconnaissance que les autres y donnent. La reconnaissance est un des leviers de la motivation au travail et de la mobilisation collective. Elle passe par des paroles qui font savoir à chacun combien leur savoir, savoir-faire et savoir être sont appréciés. Entre aussi dans ce processus de reconnaissance, le jugement des patients.

A travers l'entretien et pour répondre à ce critère, je souhaite comprendre pour qui ils travaillent, pour quoi, les raisons de leur choix de métier. Je souhaite identifier s'ils se sentent soutenus, guidés, reconnus. Qu'attendent-ils de leur encadrement, des patients qu'ils rencontrent, de l'équipe médicale et de leurs collègues.

#### 3.2.5. Le « travailler ensemble » exige une hiérarchie légitime :

Compte tenu que les relations de pouvoir habitent toutes les organisations, toute décision d'un supérieur hiérarchique sera d'autant plus acceptée qu'elle

sera considérée comme légitime aux yeux de ceux qui doivent la mettre en place. Cette légitimité se construit dans le temps et dans un certain cadre.

Les deux sources de légitimité décrites par J.F. Chanlat sont la compétence en situation et les qualités humaines. « Le management des organisations ne devrait jamais l'oublier lors de la nomination à des postes d'encadrement. »

Q'entend-on par la compétence des Cadres ?

Le dictionnaire « Le Robert » définit la compétence comme une connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaine matière.

Qu'est-ce que pour J.F. Chanlat la connaissance approfondie d'une situation ? L'expertise ? Le Savoir ? Mais de quelle situation parle-t-on ?

Je pense, en tant que Cadre De Santé, nous n'avons pas la prétention de maîtriser toutes les situations de management donc de ce fait, nous empêche d'un point de vue éthique de juger certaines situations.

En revanche, je pense que la légitimité du Cadre peut s'appuyer sur ses qualités humaines d'écoute de respect et d'empathie.

Ce qui serait intéressant de connaître à travers cette étude, c'est la représentation qu'ont les équipes paramédicales du Cadre de Santé. Qu'en attendent-ils ? Comment le voient-ils ? A quoi ou à qui sert-il ?

### 3.2.6. Le « travailler ensemble » exige une éthique de responsabilité et de solidarité :

Le facteur essentiel dans la construction d'un collectif de travail est l'éthique qui oriente l'action. Toute action humaine est orientée par des valeurs et cette orientation normative est un des éléments clés de la dynamique sociale.

Il dit que l'action repose sur une éthique de responsabilité ( conséquence de nos actes sur autrui ) et de solidarité ( la place qu'occupe le collectif dans nos actions. )

Que représente, pour l'équipe pluridisciplinaire du Bloc Opératoire, la responsabilité ? Comment la vivent-ils ? La partagent-ils ? Jusqu'où va t-elle, qui est « Autrui » ? Le patient, leur collègue, leur hiérarchie ?

« L'auteur ajoute que le cadre est au cœur même de la problématique  
puisque le collectif ne se construira au quotidien  
que sur la volonté de l'encadrement. »

## CHAPITRE 4 :

# **METHODOLOGIE**

#### **4.1. Les objectifs de l'enquête :**

L'objectif de cette recherche est de comprendre les représentations qu'ont les soignants des deux situations présentes au bloc opératoire en terme de prise en charge urgente/programmée. Je souhaite comprendre quel sens ils donnent à leur travail en regard de ces deux situations et l'importance qu'ils accordent au travail en équipe.

Je souhaite aborder avec l'encadrement quels intérêts ils portent à la collaboration des différentes équipes et quels moyens ils mettent en œuvre pour favoriser ce travail en équipe.

L'enquête sur le terrain peut me permettre :

- D'identifier leurs représentations,
- De comprendre les liens existants entre les conditions de production commune et une réalité de fonctionnement en situation urgente et en situation programmée.

#### **4.2. Le recueil de données :**

##### 4.2.1. Choix du terrain d'enquête :

C'est une étude clinique réalisée au sein d'un bloc opératoire dans un Centre Hospitalier Universitaire pour les raisons suivantes :

- Le Bloc Opératoire répond à mon questionnement initial,
- les possibilités d'affectations des agents dans un Centre Hospitalier Universitaire sont multiples ( ce qui sous-entend que s'ils n'ont pas choisit leur unité d'affectation ils ont choisit d'y rester ),
- Cette étude se veut qualitative en regard de ma recherche qui porte essentiellement sur les représentations, et de ce fait, individu dépendant.

#### Composition du Bloc Opératoire étudié :

- Le personnel:  
17 AS, 23 IADE, 24.5 IBODE
- Les locaux :  
Six Salles d'opération fonctionnelles et une salle réservée aux anesthésies locales, une SSPI de 10 lits.

#### Description de l'activité du Bloc Opératoire étudié :

- Chirurgie carcinologique du tube digestif : 50 à 60% de l'activité,
- Chirurgie de l'obésité,
- Chirurgie hépatique et greffes hépatiques (40/an)
- Urgences chirurgicales (péritonites, hémorragies digestives, occlusion..) 30 à 35% de l'activité globale.

#### 4.2.2. Choix de la population :

L'interview portera sur dix professionnels de santé puisque tous interviennent dans la prise en charge du patient au Bloc Opératoire dont :

- Deux paramédicaux de chaque catégorie (AS, IBODE, IADE), afin de repérer les similitudes et les écarts supposés liés à une identité professionnelle et un écart prédictif d'expérience (> à 10 ans et < à 5 ans d'ancienneté). Ils ont été choisis par les Cadres en fonction de leur disponibilité et de mes impératifs.
- Deux Cadres de Santé ( le Cadre de Santé IA et le Cadre de Santé IDE) afin de confronter leur vision de la prise en charge des patients et les moyens qu'ils mettent en œuvre pour favoriser la collaboration des équipes.

- Deux médecins (un Médecin Anesthésiste Réanimateur et un Chirurgien) parce qu'ils m'apporteront un regard complémentaire sur leur représentation de la prise en charge du patient et aussi parce qu'ils interviennent directement dans l'équipe constituée d'une salle d'opération. Ils m'ont été suggérés par les Cadres.

#### 4.2.3. Choix de l'outil : l'entretien semi directif :

Compte tenu de ma recherche et de son orientation sur les représentations, j'ai choisi de mener une enquête sous forme d'entretien individuel semi directif en face à face avec enregistrement.

Ce type d'entretien a l'avantage d'offrir l'écoute et l'attention à la personne interrogée et de recueillir des données de type qualitatif. L'emploi du dictaphone me paraît plus judicieux qu'une prise de note dans ce cas précis puisque :

- Toute l'attention est portée au sujet interrogé,
- L'entretien tolère l'expression libre des personnes interrogées,
- Il permet d'aller au-delà des questions préparées en fonction des opportunités que m'offrent leurs réponses,
- Il autorise, par une prise de recul, une analyse plus objective que lorsqu'elle est réalisée à l'instant « T »,
- Il permet de recueillir la totalité des propos avec ses silences et son intensité.

Bien évidemment, je leur ai garanti l'anonymat et ils ont accepté l'enregistrement. La durée moyenne prévue de l'entretien est fixée à une heure.



#### 4.2.4. Les items constitutifs de l'entretien :

Deux grilles d'entretien sont présentées en annexe 2. : La première concerne les Cadres de Santé, la seconde est destinée aux médecins et aux personnels paramédicaux.

#### LES REPRESENTATIONS :

- Fonction de savoir :

Objectifs : Identifier ce que représente pour eux la prise en charge d'un patient et appréhender le niveau d'investissement.

- Fonction identitaire :

Objectifs : Explorer le degré d'appartenance à un groupe et comment ils se situent à l'intérieur de ce groupe.

- Fonction d'orientation :

Objectif : Apprécier ce que les soignants recherchent à travers leur profession notamment dans la prise en charge du patient selon les situations.

- Fonction justificatrice :

Objectif : Examiner les phénomènes qui guident leurs actions.

#### LES CONDITIONS DE PRODUCTION COMMUNES :

- Projet commun, finalité collective :

Objectifs : Repérer l'existence d'un projet partagé et l'importance qu'ils lui accordent.

- Univers de sens partagé :

Objectifs : Découvrir la représentation de la symbolique du travail chez ces professionnels, l'idéal dans leur profession.

- Espace-temps commun :

Objectifs : Identifier la portée des échanges pluridisciplinaires et percevoir la valeur qu'ils lui allouent.

- Reconnaissance sociale :

Objectifs : Identifier leurs besoins et leur réalité en terme de reconnaissance.

- Hiérarchie légitime :

Objectif : Comprendre les attentes des équipes paramédicales vis à vis de leur hiérarchie.

- Ethique de responsabilité et de solidarité :

Objectifs : Connaître les prises de décision au quotidien et apprécier le vécu de leurs actions.

#### **4.3. Les limites de l'étude :**

Les limites de l'étude se situent à plusieurs niveaux :

- Le temps qui m'est imparti pour réaliser cette recherche est court,
- L'inexpérience dans la conduite d'entretien reste une limite au recueil d'informations,

- L'échantillon choisi, même s'il est important, ne permet pas une généralisation de fonctionnement des professionnels du bloc opératoire,
- Cette étude porte uniquement sur des éléments discursifs, il serait pertinent de la compléter par une observation des pratiques des différents acteurs en situation.

#### **4.4. Déroutement de l'enquête :**

Après accord du Cadre Supérieur de Santé, je me suis directement adressée aux Cadres de Santé. Je leur ai exposé le thème de mon travail de recherche, mon questionnaire en regard et la méthode employée pour réaliser le recueil de données.

J'ai bénéficié d'un accueil chaleureux et d'une grande disponibilité de la part de l'encadrement et de l'équipe soignante. Une pièce a été mise à ma disposition pour ces entretiens qui se sont déroulés sur le temps de travail des agents.

Les personnes ont accepté l'entretien ainsi que les contraintes que peut induire le dictaphone. Elles ont également été informées des règles d'anonymat et de confidentialité que je m'engageais à respecter. J'ai annoncé à chacune d'entre elles l'objet de mon étude. J'ai atteint l'objectif de l'échantillon complet d'une équipe de Bloc opératoire.

Les entretiens ont durés de 45 minutes à 1 heure 30 en fonction du besoin d'expression des sujets interviewés.

La grille d'entretien a été un support, ce qui m'a permis d'aller au-delà des questions prévues en fonction de leur réponse. J'ai volontairement choisi de ne pas prendre de note pour favoriser le dialogue et la réflexion sans freiner les échanges. Je souhaitais également repérer le non verbal et m'imprégner de leur vécu.

J'ai vécu des moments très intenses au cours de ces entretiens liés, je pense, au cadre lui-même des représentations qui touche inévitablement une partie invisible de l'être humain. Il y a eu beaucoup d'émotions et de simplicité dans les réponses qui dénotent un profond humanisme chez ces professionnels, toute catégorie confondue.

#### **4.5. Traitement des données :**

L'intégralité de ces entretiens a été retranscrite afin de rester la plus objective possible sur les propos tenus.

J'ai effectué dans un premier temps une lecture de ces entretiens et repéré les éléments correspondants aux différents critères retenus dans chacun des concepts :

- Les différentes fonctions relatives aux représentations selon J.C. ABRIC,
- Les éléments conditionnant la réussite d'un travail collectif selon J.F. CHANLAT.
- Compte tenu de leur réponse, j'ai choisi :

○ De restituer l'intégralité des entretiens en trois groupes en suivant la grille d'entretien.

1. Cadres de Santé : CDS IA, CDS IDE,

2. Para médicaux\* : AS 1 (3 ans) et AS 2 (7 ans),  
IBODE 1 (3 ans) et IBODE 2 (7 ans),  
IADE 1 (15 ans) et IADE 2 (3 ans),

3. Médecins : MAR, Chirurgien,

---

\* Les chiffres (..) correspondent aux années d'ancienneté dans l'unité

- De traiter l'analyse des trois groupes en deux parties (pour chacun des deux concepts) sachant que les visions différentes de chacun d'entre eux seraient signalées et traitées,
- De croiser les différentes réponses par thème,
- De faire une synthèse générale et une confrontation à l'hypothèse.

## CHAPITRE 5 :

# RESTITUTION ET ANALYSE DES ENTRETIENS

## **5.1. Restitution par groupe de professionnels et par concept :**

### 5.1.1. Les Cadres de Santé :

#### 5.1.1.1. Les représentations sociales :

a) Qu'évoque pour vous la PEC\* du patient ?

- En chirurgie réglée :

A cette question, les deux cadres répondent que la PEC passe de façon prioritaire par l'accueil du patient. Elles veillent particulièrement à la présence des 3 catégories de professionnels à son arrivée dans le sas du bloc opératoire. C'est une volonté partagée. Elles disent que si le patient rentre en salle dans de bonnes conditions, il aura de meilleures suites en post opératoire.

CDS IA : « Chacun des acteurs est responsable du patient et chacun doit connaître les renseignements et les réponses apportées au patient. Ainsi, il n'y a pas de redite en salle d'opération. » La CDS IA présente dans le BO depuis 4 mois pense que malgré la division des tâches au bloc, les agents agissent de façon cohérente, logique et en même temps dans cette prise en charge en per opératoire dans les situations réglées. Elle dit aussi que l'équipe accompagne le patient en SSPI et que chacun fait ses transmissions.

CDS IDE : « Si j'ai travaillé sur l'accueil avec les équipes, c'est parce que je trouve insupportable pour le patient qu'on lui pose 3 fois les mêmes questions. Poser trop de questions, c'est très angoissant pour le malade, il se demande s'il y a un problème»

« Un travail a été réalisé avec les différentes équipes au terme duquel une fiche récapitulative des questions d'usage a été réalisée. Ce support est rempli par une des

---

\* PEC : prise en charge

3 catégories de professionnels et visée par les autres membres de l'équipe en salle (Médecins et para médicaux). »

« Lors d'une expérience en tant que patiente, je me souviens du sourire de l'IA qui m'a accueillie, de sa gentillesse et de sa délicatesse. » Elle ajoute : « ça m'a marqué à vie. Pourquoi ne ferions-nous pas la même chose ? Je veille à ce que ça se passe comme ça ici. »

- En situation d'urgence :

CDS IA : « Il y a une différence dans la PEC , L'équipe est soudée dans les situations programmées, il y a une certaine organisation. Dans l'urgence, il y a une solidarité d'équipe, une solidarité à tous niveaux. L'AS sert de fil conducteur. En tant que CDS, je m'engage à rendre disponible l'IA de SSPI pour renforcer l'équipe» En revanche, elle dit aussi qu'ils ont l'habitude de ces situations d'urgence grâce aux nombreuses greffes. Elle poursuit : « les médecins ont besoin de se sentir sécurisé par les IA dans les « vrais » situations d'urgence vitale, là où l'enjeu de vie ou de mort est présent.

CDS IDE : « Il y a plus de collaboration dans l'urgence parce qu'ils agissent, ils ne réfléchissent pas. Elle est très bonne en astreinte parce qu'ils sont dans l'action. » Elle poursuit en disant : « En chirurgie réglée, il y a le tableau opératoire, ils sont responsables de leur salle, l'équipe est prévue, tout est organisé. »

En revanche, elle perçoit un manque de confiance des médecins vis à vis des agents plus jeunes dans la profession. « Il y a beaucoup de stress chez les médecins. Ils se tournent plus facilement vers les agents plus anciens. »



b) Comment vous situez-vous par rapport à cette prise en charge ?

CDS IA : « J'apporte une présence quand le patient ne peut pas être accueilli dans les meilleures conditions. Dans les situations d'urgence, je suis là pour apaiser. » Elle poursuit : « J'interviens pour ne pas mettre en difficulté le stress des soignants face à cette situation là, j'apporte le calme et la sérénité. »

CDS IDE : « J'appartiens à l'équipe complète qui forme un tout autour du patient. Il est important d'être présent, à leur écoute, être disponible, connaître le travail de chacun et apporter une aide à chaque fois que nécessaire. Un Cadre seul dans son coin ne peut rien faire. Un travail de qualité ne peut être fait qu'en équipe, en partenariat les uns avec les autres. »

c) Que signifie travailler ensemble pour vous et quelle est l'équipe qui la constitue ?

CDS IA : « Pour moi, l'équipe, c'est les soignants et les CDS. Je ne parle pas des médecins, parce que je pense qu'actuellement, ils sont à côté de nous. »

« Travailler ensemble c'est respecter l'autre. C'est se mettre autour d'une table et pouvoir parler des patients et de l'activité opératoire compte tenu des moyens humains dont nous disposons. »

CDS IDE : « Toute l'équipe, médicale et paramédicale. Pour moi, la collaboration c'est un travail de fond à faire avec le chef de service. Il ne faut jamais baisser les bras. Ca nécessite du respect, de la confiance, de l'écoute, de la sincérité et c'est aussi accepter que l'autre soit différent de nous. »

Elle dit : « Avoir confiance, c'est important pour travailler ensemble »

Elle termine en disant : « On doit travailler ensemble pour maintenir l'harmonie de l'équipe et recentrer nos actions sur le patient. »

#### 5.1.1.2. Les conditions de production commune dans les organisations :

##### a) Le partage des pratiques :

CDS IA : « Je partage professionnellement avec les IADE, je les réunis beaucoup. Je travaille aussi avec les AS, IBODE et IADE sur l'hygiène, je suis conseillère auprès d'eux. On n'a pas de projet commun pour le moment ni de projet médical avec le projet des centres de responsabilité. On a des projets ensemble avec ma collègue qui ne sont pas encore formalisés. La confiance est en train de se mettre en place. »

CDS IDE : « Nous faisons le rapport d'activité ensemble avec la CDS IA, l'équipement du Bloc Opératoire. Nous avons travaillé sur l'accueil du patient avec l'équipe et le livret du greffé avec les autres Cadres de Santé. »

##### b) La situation idéale :

CDS IA : « Je suis en situation idéale. » Elle ajoute : « Ils sont tous dans un professionnalisme qu'on souhaiterait avoir. Quand je suis arrivée, il y avait des tensions verbales. Comme je respecte chacun, je commence à avoir le respect, surtout bien sûr la légitimité. Je suis reconnue parce que je les reconnais. Parce que je les respecte, je fais ce qu'il faut pour aplanir le corps et l'esprit de chacun. Je cherche l'harmonie de groupe dans les mots. Je fais réfléchir les IA sur leur comportement verbal. Ils ont compris qu'ils pouvaient être différents. Il leur faut du concret, je leur apporte du concret, je suis une femme de terrain. »

CDS IDE : « Je souhaiterais avoir plus de temps, plus de reconnaissance vis à vis de ma fonction et du travail que j'accomplis au sein du Bloc Opératoire. Ce qui me motive à poursuivre, ce sont les résultats que j'ai obtenus. J'ai la reconnaissance de mon équipe. »

c) Les espaces temps commun :

CDS IA : « L'équipe soignante a l'habitude de se réunir le jeudi pour fêter la fin de l'astreinte. C'est un rituel, tout le monde présent est invité. C'est très convivial. Ça parle Bloc mais aussi beaucoup plaisanteries, ça ne déroge aucun soignant. Il y a aussi les repas de Noël et du premier de l'an qui sont prévus. »

CDS IDE : « Beaucoup de réunions informelles en salle de repos. Il m'arrive de prendre un café avec eux. Je respecte leur moment de repas entre eux, je leur laisse cette liberté. Je mange beaucoup plus tard, ils le savent. Ceux que je rencontre, c'est parce qu'ils ont quelque chose à partager avec moi. »

d) La reconnaissance sociale : Qu'attendez-vous de l'Autre ?

CDS IA : « Le respect de chacun, qu'on se respecte mutuellement c'est tout. »

CDS IDE : « Plus de confiance de la part des médecins et de notre hiérarchie. » Elle ajoute : « de la reconnaissance, tout le monde en a besoin. »

e) Une hiérarchie légitime :

CDS IA : « Ce qui légitime mon travail, c'est le regard porté par les soignants »

CDS IDE : « Ce sont les soignants, les médecins. »

f) Une éthique de responsabilité et de solidarité :

CDS IA : « Je suis responsable des actes que je ne fais pas. Je suis responsable de leurs actes. La partager, c'est donner des limites à chacun. A chaque réunion, je fais des rappels sur la responsabilité engagée. Je ne la partageais qu'avec les IADE, aujourd'hui, je commence à la partager avec ma collègue Cadre. »

CDS IDE : « C'est être responsable de ses actes et de ses actions. Je la partage avec ma collègue Cadre et mon Cadre Supérieur. »

### 5.1.3. Les professionnels paramédicaux :

#### 5.1.3.1. Les représentations sociales :

a) Qu'évoque pour vous la PEC d'un patient ? Quel regard portez-vous sur le patient ?

- En situation programmée :

AS 1 : « On l'aide à franchir cette étape du BO, on le met en condition psychologique. On l'accueille, on le rassure. On porte sur lui un regard empathique, toute l'équipe est auprès de lui, c'est notre priorité. On le reçoit avec l'IA et l'IBO. Puis on pose les questions d'usage. On l'accompagne en salle et on reste là pendant l'induction au cas où l'équipe aurait besoin de quelque chose. Puis on fait l'installation avec toute l'équipe. Après, on l'accompagne en salle de réveil avec l'IA et l'IBO, on fait nos transmissions. Il m'arrive d'aller les voir quand ils sont réveillés pour leur demander s'ils vont bien, s'ils ont besoin de quelque chose. » Elle poursuit : « Pour nous, c'est tout. Après on fait l'entretien des salles, c'est une responsabilité importante. Ce côté hygiène est très valorisé par toute l'équipe et ils sont très respectueux de notre travail. Notre place est importante. »

AS 2 : « On l'accueille et on lui pose des questions d'usage. On lui explique ce qu'on va lui faire. On essaie de les rassurer, on leur demande s'ils ont bien dormi. On le fait parce qu'on sait que c'est important pour lui. Quelques fois, quand ils sont seuls, ça me gêne. C'est la coordinatrice qui le prend en charge ou la salle de réveil. Je le regarde comme quelqu'un qui va se faire opérer avec ses angoisses. Chaque personne est différente. Quand ils sont tendus, j'essaie de les rassurer, de lui dire que ça va bien se passer. Je le regarde comme une personne quelle que soit l'intervention. On

l'accompagne en salle, on lui explique ce qu'on va lui faire. Puis on attend que le patient dorme pour l'installer avec l'équipe. Souvent c'est nous qui les accueillons seuls, on a la responsabilité de l'accueil lorsque les IDE sont occupés. Après l'intervention on l'amène en SSPI, on fait les transmissions à l'IADE. »

IBODE 1 : « C'est d'abord l'accueil. Nous avons chacun notre démarche personnelle. On évalue le stress, on lui demande s'il a bien dormi. Si on le sent ouvert, on engage une discussion un peu plus personnelle. Puis il y a l'échange d'information dont on a besoin pour la PEC immédiate. En per opératoire, je l'oublie un peu, j'oublie la personne qui est dessous, c'est la technique qui prend le dessus. Au moment du pansement, on le revoit comme une personne, on se recentre sur lui. Puis on l'accompagne en SSPI, on fait les transmissions.»

IBODE 2 : « On fait un accueil personnalisé. On attache beaucoup d'importance à cet accueil, tout le monde y attache de l'importance. En per opératoire, le scope me rappelle qu'il y a une personne dessous. Le champ opératoire qui recouvre le patient constitue une barrière. Ça demande un effort mais on le fait. »

IADE 1 : « La PEC d'un patient, c'est la procédure légale et le côté humain. C'est assurer la sécurité du patient et l'accompagnement psychologique. Quand ils arrivent, ils sont dans une situation de stress, ils ont besoin d'être rassuré. Le côté humain est primordial. Même si ce temps est court, il ne faut pas le négliger. C'est important pour moi. En per opératoire, c'est un tout. On ne peut pas rester d'un côté du rideau sans aller voir ce qu'il se passe de l'autre côté. On travaille ensemble, il y a une bonne synergie entre le côté chirurgical et le côté de l'anesthésie. On s'inquiète tous du patient, je ne sens pas de séparation. » Il poursuit : « Le travail d'équipe pour moi, c'est une somme d'individualité qui se regroupent. A un moment donné, ces individualités se fédèrent. Il faut que chacun y mette du sien et on arrive à des situations où tout le monde fait bien son travail et où les patients sont correctement accueillis, soignés, on est à l'écoute, disponible. »

IADE 2 : « La PEC du patient, c'est la période où on peut exercer son rôle propre. C'est la mise en confiance, l'empathie. Après, on plonge plus dans la technique. J'essaie de garder en souvenir les paroles qu'il m'a dit avant, les choses qui lui manquent. Le peu de chose qu'il va vous dire, c'est quelque chose qu'on va garder. Le temps relationnel est court donc je le garde en mémoire et je lui en reparle en SSPI. En per opératoire, si on ne fait pas l'effort d'aller le voir, on l'oublie. Le champ opératoire constitue une barrière et on est pris par la technique. »

Il poursuit : « La barrière du champ opératoire est importante, on ne fait pas toujours le tour. Je fais l'effort d'aller de l'autre côté. Si chacun fait l'effort d'aller vers l'autre...c'est personne dépendant. »

- En situation d'urgence :

AS 1 : « La PEC est différente parce qu'on laisse les IDE faire. On est plus accessoire. On leur passe le matériel, on se rend disponible. Chacun a sa place, je ne voudrais pas faire de bêtises. »

AS 2 : « C'est pareil, en plus rapide, c'est une question d'expérience. Je ressens plus de collaboration, y a une vie à sauver. Je le vois parce qu'on est un peu plus nombreux dans la salle. Avec l'expérience, on est plus impliqué, plus sollicité. Avec l'urgence, on agit vite, on ne pense pas, c'est la priorité. »

IBODE 1 : « Moins préparé, plus stressé, ils subissent. Ils n'ont pas le temps de s'organiser, ils ont besoin d'être davantage rassuré. La PEC est différente, il y a plus de précipitation, plus de stress. Ca demande de l'efficacité rapidement. On travaille en complémentarité. Je préfère travailler en garde, il y a moins d'intermédiaire, on est moins nombreux, on se parle davantage. La communication passe mieux. En garde, on va vers le même objectif. L'objectif est centré sur le patient parce qu'il n'y en a qu'un. »

IBODE 2 : « Il vit une expérience unique, il doit garder le meilleur souvenir. Le côté relationnel est très fort puisque nous allons le chercher dans sa chambre. Ça nous permet d'entrer en relation avec eux et leur famille. »

IADE 1 : « L'intérêt est que c'est un travail d'équipe. La situation d'urgence permet de voir où on se situe dans sa gestion du stress et de ses actions. Si l'ambiance générale est calme et pondérée, ça se passe bien. » Puis il poursuit : « J'ai choisi ce métier pour être utile à l'autre. Et là, j'ai vraiment la sensation d'être utile. »

IADE 2 : « Il y a plus de solidarité dans les situations d'urgence. C'est la peur de perdre le malade, se sentir coupable si on n'a rien fait. Tout le monde est présent dans ces situations là et c'est très bien, on se sent tous concernés. C'est valorisant aussi de participer aux urgences, chacun apporte sa contribution à la survie du patient. Le côté inconnu est très stimulant. Les patients sont tous différents et réagissent différemment aux situations. »

b) Comment vous situez-vous par rapport à cette prise en charge ?

AS 1 : « Je fais partie intégrante de l'équipe soignante. »

AS 2 : « On travaille en équipe ici. Chacun a son rôle mais on travaille ensemble. On s'aide mutuellement, quand on enchaîne, chacun met la main à la pâte. »

IBODE 1 : « Il y a plus de solidarité, ça correspond à un moment du trajet du patient. On a tous envie que ce moment se passe le mieux possible. »

IBODE 2 : « Je me sens le gardien de quelque chose. Pendant quelques temps, il va nous confier ce qu'il y a de plus précieux, c'est sa vie. Ça, je le ressens, c'est à nous de faire attention. »

**IADE 1** : « Chacun à sa tâche mais il y a une bonne synergie entre tous les acteurs. Chacun respecte le travail de l'autre et le rôle de l'autre. »

IADE 2 : « Je pense être là pour rappeler que le patient est une personne. Il y a souvent focalisation sur le site opératoire et on oublie le patient sous les champs. »

c) Quelles valeurs cela représente t-il pour vous, que recherchez-vous à travers votre profession ?

AS 1 : « A donner. Au patient en premier. Une fois que le patient dort, on ne peut plus grand chose, mais on est là, on peut les aider à passer le matériel. »

AS 2 : « Au bloc, c'est le travail d'équipe qui me plaît. L'équipe pour moi, c'est tous ceux qui sont autour du patient au bloc opératoire. »

IBODE 1 : « Je n'ai pas choisi ce métier mais j'ai aimé. La première chose que j'ai aimé, c'est justement de ne plus avoir de contact avec le patient. Ici, on ne les connaît pas. On ne connaît pas leur histoire, leur vie. On ne s'attache pas au patient, il ne fait que passer. On a une pensée, une émotion sur le moment mais il passe vite. Les contacts que l'on a avec eux sont à la fois très forts et très brefs. Ces moments sont intenses. J'ai vécu un attachement douloureux avec un patient, j'ai souhaité prendre du recul. » Elle poursuit : « Donc j'ai recherché l'éloignement du patient. Mes valeurs sont le partage, la complémentarité, le respect de l'autre, l'entraide, l'empathie. »

IBODE 2 : « Je suis embêté parce que je n'ai pas l'impression d'aller au travail. Je vais à l'hôpital mais je n'ai pas la sensation d'y travailler. C'est le métier qui m'a choisi. La spécialisation c'est parce que je ne supportais plus les patients, la famille, j'étais à saturation. La mort, la détresse, j'avais des angoisses de mort. J'ai souhaité prendre du recul par rapport aux problèmes des patients, leur histoire, leur famille. Le champ opératoire représente une barrière consciente physique par rapport au patient et pas seulement la barrière de l'hygiène. Les valeurs sont le respect et l'accompagnement. Il n'y a pas de différence entre l'urgence et le réglé. L'état d'esprit dans lequel on accueille le patient est le même. »



IADE 1 : « Je sais à quoi j'ai servi en rentrant chez moi. Je me sens utile autant en programmé qu'en situation d'urgence. Si la personne garde un bon souvenir de son passage au bloc opératoire, je suis content. »

IADE 2 : « J'ai du plaisir à venir travailler tous les jours. J'apprends quelque chose de nouveau quotidiennement. J'éprouve de la satisfaction. Ce qui m'a guidé jusque là, c'est l'ouverture aux autres, les relations humaines. »

#### 5.1.2.2. Les conditions de production commune dans les organisations :

##### a) Le partage des pratiques :

AS 1 : « Oui avec mes collègues et les IDE. Ce sont les IDE qui nous expliquent les choses. C'est important pour moi de comprendre ce que je fais et pourquoi je le fais. »

AS 2 : « Oui, je partage mes connaissances avec les nouveaux AS. Lors des interventions on peut poser des questions aux IDE, il n'y a pas de problèmes. »

IBODE 1 : « On partage nos connaissances avec nos collègues nouvellement recrutés. Les chirurgiens répondent à nos questions en salle. »

IBODE 2 : « On échange ensemble nos pratiques, avec les chirurgiens aussi mais plutôt en salle d'opération. »

IADE 1 : « Oui avec les IADE, souvent en salle. On échange sur un comportement à avoir par rapport à la prise en charge de l'anesthésie. Avec les MAR, c'est différent. On discute autour de protocoles généraux, des attitudes générales. Les Chirurgiens expliquent leurs gestes ce qui nous permet de comprendre le protocole d'anesthésie.

On n'a pas de staff commun. Les questions que l'on se pose, c'est en cours d'intervention qu'on les pose. Ils nous expliquent leur choix, leur motivation. »

IADE 2 : « On est souvent seul en salle. On est rarement 2 IADE en salle. Avec les MAR, il y a plus de retenue. Il peut y avoir cette barrière hiérarchique, c'est la peur du jugement. »

b) La situation idéale de travail :

AS 1 : « Elle est presque idéale. Je n'ai pas assez de recul pour développer. Je me sens bien. »

AS 2 : « Là, maintenant, je ne vois pas, on est bien ici, ça fonctionne bien. Peut-être les arrivées de patient, ils attendent quelques fois, c'est pas bien.»

IBODE 1 : « Une équipe qui sait se parler et s'écouter. On est trop individualiste. »

IBODE 2 : « Etre tous tournés vers le patient. »

IADE 1 : « Des relations harmonieuses. L'épanouissement personnel dans le travail, on l'a dans l'harmonie. On ne l'a ni dans le conflit, ni dans la pression. Au final, c'est le malade qui y perd. Ici, je suis satisfait. On travaille avec des personnes rigoureuses, qui ont des valeurs, des principes. Ils sont respectueux et à l'écoute. »

IADE 2 : « Mettre réellement le patient au cœur de nos préoccupations. Respecter le silence pendant l'induction. Travailler dans une ambiance calme et sereine. L'avantage du travail en garde est que nous sommes tous là pour le patient. On est un personnel réduit. Nous ne sommes pas parasités par les autres salles, les autres équipes. Il y a beaucoup plus d'échange. »

c) Les espaces temps communs :

AS 1 : « On a le rituel du jeudi. On fête la fin de la garde. Tout le monde est présent. C'est le moment où on est plus à l'extérieur du patient. C'est le défoulement, les plaisanteries. On se retrouve autrement, on découvre les gens. »

AS 2 : « Pendant les pauses-café, ce sont plus des moments de détente, on peut parler de tout. Et le jeudi soir, il y a tout le monde, les médecins la surveillante quand elle est de garde. C'est important pour toute l'équipe. Ça rapproche l'équipe, ça soude l'équipe. C'est le rituel du jeudi soir. »

IBODE 1 : « Le jeudi soir, c'est le rituel. Ce sont des moments privilégiés où on échange autre chose que des relations de travail. On apprend à se connaître. »

IBODE 2 : « Le jeudi est une date symbolique. Ça nous permet de voir les gens différemment. Ça permet aussi d'évacuer des situations difficiles. »

IADE 1 : « Le jeudi, c'est du liant pour l'équipe. Cela traduit l'envie que nous avons de nous rencontrer et de nous connaître autrement que pendant le travail, chacun avec nos compétences, nos missions, nos responsabilités. On partage des moments de vie sans barrière. »

IADE 2 : « Le rituel de fin de garde. On oublie le bloc. On parle de la vie extra muros. C'est nécessaire, c'est un moment de relâchement. »

d) Pour qui travaillez-vous, qu'attendez-vous de l'Autre ?

AS 1 : « Pour le patient. Je m'arrêterai là. Ici, on est reconnu. Tout le monde respecte notre travail, on sait qu'on fait un travail important. »

AS 2 : « Pour le patient. J'attends que chacun fasse son travail correctement, dans la bonne humeur et ensemble en équipe. Ici, on est reconnu, on nous dit qu'on travaille bien. Ca me gêne quelque fois, parce qu'on me dit qu'on aime bien travailler avec moi. Ca me gêne vis à vis de mes collègues.»

IBODE 1 : « Pour le patient, pour moi, si je travaille bien, je suis bien. » Elle poursuit : « J'attends de la tolérance, de la reconnaissance. Des relations humaines sereines et respectueuses. »

IBODE 2 : « Pour moi, pour le patient. Ca m'apporte de la satisfaction, du plaisir malgré les contraintes. Je manque de reconnaissance mais à la fois je travaille avec des chirurgiens en or qui respecte la personne humaine. Ce que j'attends, c'est accepter l'autre tel qu'il est.»

IADE 1 : «Pour le patient. » Il poursuit : « Au contact des autres, personnel ou patient on s'enrichit. Les patients nous donnent des leçons de vie. On vit ici des moments très durs. On a beaucoup de pathologies cancéreuses. On est confronté à la vie et à la mort de façon permanente, c'est notre quotidien. Il y a toujours cette dualité vie/mort qui est présente de façon perpétuelle, tout le temps. Même si on n'en parle pas, on ne peut pas l'occulter, ça fait partie de notre quotidien. »

Face à cet aveu, j'ai poursuivi le questionnement : La solidarité de l'équipe peut-elle venir de la lourdeur de la pathologie ?

« Peut être, mais c'est également lié à l'individu, à ce qu'il est. Je pense que tout est lié à la mentalité des gens. »

IADE 2 : « Pour le patient d'abord, on est là pour lui. C'est lui le centre de tout. Ce que j'attends, c'est du respect dans les relations de travail et vis à vis du patient. »

e) La légitimité du travail :

AS 1 : « Mon Cadre, mes collègues, les patients. »

AS 2 : « Les IDE, le corps médical. Dernièrement, le chef de service a dit à la surveillante que les AS travaillaient bien, ça fait plaisir. »

IBODE 1 : « Le patient. »

IBODE 2 : « Moi. »

IADE 1 : « L'équipe médicale avec qui on travaille. »

IADE 2 : « Moi, les médecins, le Cadre, les collègues. »

e) Une éthique de responsabilité et de solidarité :

AS 1 : « On est responsable du patient et de son environnement. On est responsable de nos actions. Je la partage avec mes collègues. Le regard qu'ils portent est important pour moi. Elle est prenante mais pas pesante »

AS 2 : « Je pense faire mon travail du mieux possible, pour moi, c'est ça être responsable. J'essaie d'être consciencieux dans mon travail, c'est ça la responsabilité. Je la partage avec mes collègues AS, les IDE aussi. Elle n'est pas pesante pour moi. »

IBODE 1 : « C'est éviter tous les risques quels qu'ils soient. Ici, il faut de la rigueur, les gestes doivent être réfléchis. Il faut que tous nos gestes soient explicables parce que chaque patient est différent. On la partage avec le chirurgien. »

IBODE 2 : « C'est pouvoir assumer mes actes et mes erreurs. Ce n'est pas une idée qui m'obsède. Oui, je la partage avec tout le monde. »

IADE 1 : « On est responsable des actes que l'on fait. On la partage avec toute l'équipe qui prend en charge un patient. »

IADE 2 : « C'est la base de notre profession. C'est ce qui fait qu'on est honnête avec nous même et avec le patient. C'est pesant au début, avec l'expérience on gagne en confiance et en assurance. On la partage avec le MAR et plus difficilement avec les autres membres de l'équipe. On a du mal à s'identifier à la responsabilité de l'autre. »

#### 5.1.4. Les Médecins :

##### 5.1.4.1. Les représentations sociales :

a) Qu'évoque pour vous la PEC du patient ?

- En chirurgie réglée :

MAR\* : « C'est l'accueil, la vérification des consignes, la préparation psychologique. Il est stressé, pour lui, c'est l'inconnu, il a besoin d'être rassuré et d'avoir l'impression d'être pris en charge par une équipe de professionnels. J'ai participé à l'élaboration du travail sur l'accueil du patient au sas de transfert pour qu'on ne lui pose pas 3 fois les mêmes questions, qu'il ait l'impression que son histoire est connue et qu'il y ait une continuité dans les soins et la PEC. »

Chirurgien : « La consultation, l'accueil dans le service d'hospitalisation puisqu'on le revoit la veille de l'intervention. Après en post opératoire et de nouveau en consultation. Le BO est l'endroit où est centré l'acte, la partie centrale de la PEC mais ce n'est qu'une partie. Il est dans une filière où il y a le BO à un moment donné. Tout est polarisé dessus mais ce n'est pour moi qu'une étape néanmoins dépendante de tout le reste. Moi, je connais cette personne. Le contact, je l'ai avant et après le passage au BO. On passe beaucoup de temps avec eux en consultation. C'est pas comme les gens

---

\* MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

du Bloc qui découvrent le patient à son arrivée. C'est quelqu'un qu'on connaît bien, on connaît ses angoisses. C'est un dossier qu'on a discuté au staff. On est bien avancé dans notre relation avec le malade. »

- En situations d'urgence :

MAR : « Déjà, c'est l'inconnu. On n'a pas toute cette antériorité qui fait qu'en situation programmée, on l'attend. Cela demande une extrême vigilance et demande de savoir compter sur le personnel qui va être capable d'être réactif et savoir préparer le matériel nécessaire à la PEC. C'est donner de bonnes informations à l'équipe sur le patient. Je dirai que la situation d'urgence me plaît assez dans la mesure où elle est une réponse à un besoin immédiat et rapide du patient. Alors que la chir réglée, on a l'impression de quelque chose de plus organisé. En chir urgente, on a le sentiment de devoir intervenir rapidement pour améliorer l'état de santé de l'individu. C'est la question de sauver une vie, une situation où d'améliorer un patient ou de répondre à un problème aigu. La différence est que la chir réglée demande du professionnalisme et la chir urgente demande en plus de la réactivité et de l'anticipation. »

Chirurgien : « Ici, ce sont des urgences relatives, on se retrouve rarement avec un malade qu'on ne connaît pas. Le plus souvent, on le connaît un peu et on a le temps de le voir avant. On a le temps de discuter, d'expliquer les choses. De plus, dans la journée, ça s'intègre facilement au programme, ça devient presque de l'urgence réglée. En revanche, la nuit, les urgences sont les mêmes mais c'est une petite équipe. On est tous là, c'est là qu'on voit vraiment le travail en équipe. Tout le monde participe à tout. Tout le monde se polarise sur cette personne qui arrive parce qu'il n'y a rien d'autre à côté. Il n'y a pas de transmissions, pas de changement d'équipe, pas d'intervalle libre, c'est là que ça fonctionne le mieux. Quelque fois je me dis que j'aimerais qu'on opère tout le temps en garde, parce qu'on est un groupe, qu'on est même amené à brancarder le malade, le transférer sur table. On va même attendre en fin d'intervention que tout soit débarrassé, on aide à le remettre sur le brancard. Il y a une réelle entraide, c'est vraiment une équipe. La différence entre l'urgence et le programmé, c'est la taille de l'équipe et le fait que tout le monde est tourné vers la

même chose sans avoir à faire autre chose avec les mêmes temps de travail et forcément les mêmes objectifs. En chirurgie réglée, on n'est pas dans le même état d'esprit, on ne fonctionne pas de la même façon. Nous, on est là jusqu'au bout, les équipes, elles, travaillent en 8H même si tout le monde souhaite faire le mieux pour le patient quelle que soit la situation. Les équipes tournent dans la journée, à mon avis, les mésententes qui peuvent y avoir viennent de là, on n'a pas la même optique. Alors que la nuit, on a tous la même optique puisqu'il n'y a qu'une équipe. Du coup, tout le monde participe à tout. En tout cas, ici, l'ambiance est bonne et tout le monde est tourné vers le patient. Il suffit de voir l'accueil du patient et les échos que les gens donnent. Ils disent que jamais ils n'ont été aussi chouchoutés de leur vie. Les patients se sentent entourés, écoutés, ils ont une vraie volonté de rassurer, d'être aux petits soins. Je n'ai pas participé au travail sur l'accueil au BO, en revanche j'ai participé à l'élaboration de la charte du BO. »

b) Comment vous situez-vous par rapport à cette prise en charge ?

MAR : « Nous avons un devoir de confiance envers les équipes. Il faut que je fasse confiance aux équipes qui ont l'habitude de les prendre en charge et d'autre part, pour eux, je suis une référence, c'est à dire qu'ils vont se tourner vers moi pour connaître l'attitude à adopter face à un problème particulier ou une incompréhension. » Elle poursuit : « on a l'habitude de se partager le malade à 2 avec le chirurgien. Notre activité de médecin seul ne peut pas se concevoir. On est obligé forcément d'avoir tout l'entourage : IDE, IBODE, IADE, IDE de SSPI. Je crois que la notion d'équipe, c'est une notion de famille avec beaucoup de relationnel et beaucoup de confiance les uns vis à vis des autres. »

Chirurgien : « Nous ne sommes pas là que pour l'acte opératoire puisque tout ce qui a amené le malade au bloc, c'est nous qui l'avons construit avec les IDE de consultation pour gérer l'accueil et les IDE de salle avec l'accueil au sas, la préparation des salles etc.. Ce serait restreint de dire que nous ne sommes là que pour l'acte opératoire. Tout est organisé pour qu'on soit présent quand il arrive. On est là avec l'équipe pour l'installation, on est responsable. Je me considère comme un



membre de l'équipe qui prépare aussi le malade. L'équipe pour moi c'est toutes les personnes présentes autour du patient pendant l'acte opératoire : IADE, MAR, IBODE, AS, panseuse, les internes externes, tous les étudiants et le chirurgien responsable de tout ça. Pour moi, travailler ensemble c'est avoir un but commun et se donner les moyens ensemble de faire les choses de façon les plus efficaces possibles. Le but est d'opérer le malade et que ça se passe dans les conditions idéales pour le patient et pour l'équipe. On a le même but. »

#### 5.1.3.2. Les conditions de production commune dans les organisations :

##### a) Le partage des pratiques :

MAR : « Enormément avec les collègues anesthésistes et les IADE. Par exemple dans le choix des protocoles, l'élaboration de certains protocoles sont travaillés avec les IADE, par ex : la discussion avec les IADE sur l'opportunité de faire une péridurale alors que ça prend plus de temps, de matériel et de préparation. Il faut que les AS soient persuadés aussi de l'intérêt pour le patient parce qu'ils tiennent le patient pendant la péridurale (20' à 30') donc il faut qu'ils soient convaincus des bien-fondés de ce choix. Il y a à ce niveau une collaboration et des explications sur le pourquoi on fait ce geste et ce que ça va apporter au patient en per et post opératoire. On partage aussi des choses avec les chirurgiens puisqu'on a les staffs, on discute les dossiers, on reprend avec eux les indications pour mieux comprendre, au niveau de la consultation. Les relations entre les chirurgiens et les anesthésistes dans le service sont relativement bonnes, on n'a pas trop de souci de communication. Le staff le vendredi où on présente les dossiers avec les chirurgiens et où on programme les interventions de la semaine.

On a également un staff entre nous anesthésistes où toutes les informations relevées par les uns ou les autres au cours de la consultations sont rapportées et où on affine les décisions pour les techniques d'anesthésie et où on se répartit les patients.

Chirurgien : « Au sein d'un service, oui, mais pas assez avec les MAR. Les seuls moments où on va discuter un peu c'est soit au Bloc soit aux soins continus parce que nous sommes les 2 intervenants aux soins, il y a plus d'échanges. Malheureusement, il nous manque un staff commun où on puisse discuter un peu plus. C'est une source de dysfonctionnement.

b) La situation idéale de travail :

MAR : « De n'endormir que les malades que j'ai vu en consultation, d'organiser une PEC globale et assurer le suivi du patient c'est plus rassurant, on le connaît mieux. Et pour les patients, c'est aussi plus rassurant, ils nous le demande, ils préfèrent avoir une tête connue au moment de l'induction. C'est pour moi, endormir 80% des patients que j'ai vu en consultation. »

Chirurgien : « La garde ! C'est une petite équipe, on travaille tous dans le même sens. On est capable d'aller chercher un malade ensemble et de le brancarder. On l'amène au bloc avec les AS, les IDE : ça, c'est une situation idéale qui est impensable en chirurgie réglée. Cela dit, on est dans une structure qui s'approche de l'idéal avec quelques petites choses à améliorer. C'est discuter un peu plus avec les MAR de nos patients. C'est prévoir réellement un créneau pour discuter de la PEC. C'est discuter des horaires avec une évaluation un peu plus précise du temps d'induction, de conditionnement, c'est une source de discorde. Avoir un planning du personnel un peu plus adapté qui favorise une continuité entre les différentes équipes. Calquer un peu plus les horaires des paramédicaux à l'activité du BO. Le problème est que les différentes équipes sont gérées par différents Cadres. Il faut qu'il y ait un travail ensemble possible. Il faudrait aussi un peu plus de respect de la charte pour tout le monde, pour le bon fonctionnement et pour le respect de chacun. Cela dit, l'ambiance est assez détendue ici. »

c) Les espaces temps communs :

**MAR** : « Réunion au staff, avec les chirurgiens, entre nous les MAR et avec les médecins de la réanimation Avec les IADE, on n'a pas de véritables réunions mais on se rencontre en SSPI ou en salle de repos ou on peut discuter des patients facilement. A chaque fois qu'on met en route des protocoles médicaux, on se réunit pour en parler, pour leur expliquer, leur exposer avant. Je crois qu'à partir du moment où les gens sont informés il y a un minimum de souci de collaboration ou d'adhésion. Par exemple pour les péridurales, alors que ça demande un surcroît de travail, ça retarde la chirurgie, le fait de leur avoir expliquer pourquoi on le faisait et les bénéfices pour le patient, ça se passe bien. »

**Chirurgien** : « Les pause-café, on discute avec les personnels paramédicaux du bloc. On parle de la vie du bloc, de la vie en dehors, de tout. Les temps d'ouverture et de fermeture qui sont un peu long sont des moments d'échange avec le personnel. En garde, n'en parlons pas !! C'est pareil, c'est un moment très détendu où on parle de tout, psylo, politique etc... Le jeudi soir, malheureusement je ne peux pas y participer, je le regrette. Je participe aux repas de fin d'années. »

d) La reconnaissance sociale : Qu'attendez-vous de l'Autre ?

**MAR** : « Que l'Autre nous apporte une aide, une collaboration, une valorisation, une reconnaissance. Les gens qui nous aide à faire notre boulot comme il faut, c'est déjà une valorisation, je crois que c'est ça. Une impression de travail bien fait. Ma fonction représente 80% de ma vie. C'est mon activité principale. C'est l'essentiel de ma satisfaction. C'est ce que me renvoient mes patients et l'entourage professionnel, parce que j'ai l'impression d'être bien acceptée par mes collègues, l'équipe IADE, je n'ai pas de conflit et après ce que me renvoient les gens de l'extérieur qui ont une idée de ce qu'est mon travail. »

Chirurgien : « Une volonté que la PEC du patient soit la plus optimale et la plus professionnelle possible. Qu'ils se sentent suffisamment motivés, concernés, responsabilisés pour que tout fonctionne au mieux. Responsabilisés vis à vis du patient et vis à vis de la PEC au Bloc Opératoire. Quand j'étais petite, je voulais être utile aux autres directement. La chirurgie, par rapport à la médecine pure, on a en plus cette responsabilité directe. On est utile aux autres. L'acte nous rend responsable en première ligne et directement impliqué avec le patient, avec un lien qui est unique et sans intermédiaire possible. C'est ce qui fait toute la beauté et toute la difficulté de ce métier. La beauté parce qu'on donne, il faut s'impliquer. Parfois, c'est difficile d'ailleurs. Cette implication directe, on la ressent tout le temps. Ceux qui choisissent ce métier, on forcément cet état d'esprit. »

« La reconnaissance, on l'a du personnel et du patient. Je ne la recherche pas, ça a même quelque fois un côté gênant. »

e) Une hiérarchie légitime :

MAR : « Le patient. »

Chirurgien : « Je la trouverai auprès de mon chef de service. La légitimité médicale : c'est par rapport à son avis à lui. »

f) Une éthique de responsabilité et de solidarité :

MAR : « Bien que ce soit une composante très importante dans le travail de l'anesthésiste, je ne l'ai jamais trouvé trop écrasante,

Je ne me sens pas étouffée par le poids de la législation, le droit etc...

Je crois que c'est le devoir de faire au mieux pour le patient selon ses propres convictions. »

« Oui, on l'a partagé avec les chirurgiens, moi, elle ne me pèse pas. Elle fait partie de la spécialité que j'ai choisie, je l'ai acceptée comme telle au départ et j'essaie de faire en sorte que lorsque je me couche le soir, je n'ai pas grand chose à me reprocher et d'avoir le sentiment d'avoir réalisé mon travail. »

Chirurgien : « On est en première ligne, c'est notre rôle, on amène le patient jusque là. Mais on n'est pas les seuls. La PEC d'un patient tout seul dans un coin, on ne peut rien faire. C'est forcément un travail d'équipe. La seule justification du chirurgien qui tape du pied et râle c'est qu'il est effectivement responsable en première ligne. Si le patient n'est pas satisfait, c'est contre le chirurgien qu'il se retourne, cela justifie une exigence de notre part vis à vis de l'équipe. Mais en même temps, il faut suffisamment d'humilité pour se rendre compte qu'on n'est pas les seuls et que tout seul on ne peut rien faire. On doit forcément travailler en équipe pour que ça avance. On est obligé d'être tourné vers les autres pour faire fonctionner l'équipe. Après, on le fait plus ou moins selon la personnalité de chacun. »

## **5.2 Analyse des résultats par concept :**

### **5.2.1. Les représentations sociales :**

- La PEC\* d'un patient au Bloc Opératoire :

Moscovici pose la théorie selon laquelle il n'existe pas de coupure entre l'univers extérieur et l'univers intérieur de l'individu ou du groupe. Il dit que cet objet, caractérisé par le patient dans ma recherche, est inscrit dans un contexte actif conçu par la personne ou le groupe en tant que prolongement de son comportement, de ses attentes ou des normes auxquelles il se réfère. Autrement dit, l'objet existe par rapport à l'individu, ses croyances, son expérience, son vécu.

Il apparaît, en regard des discours des Cadres et du personnel paramédical que la représentation qu'ils ont de la prise en charge d'un patient se situe dans les strictes limites du Bloc opératoire, de son entrée au sas d'accueil jusqu'à sa sortie de SSPI. Autrement dit, ils connaissent le patient à travers sa pathologie, son identité, son âge. Ces données permettent de

---

\* PEC : prise en charge.

comprendre le transfert pouvant s'opérer au moment de son arrivée, c'est à dire les représentations qu'ils peuvent faire en regard des informations qu'ils ont de cette personne.

Pour le Chirurgien, le bloc opératoire ne représente qu'une étape de sa prise en charge, sa prise en charge débute de la première consultation à la dernière, date de la visite de contrôle post opératoire. Le chirurgien dit qu'il connaît cette personne, son histoire, il dit même entretenir avec lui un lien unique. Le MAR a sensiblement la même vision de la PEC que les personnels para médicaux puisque les patients qu'il voit en consultation pré anesthésique ne seront pas forcément les patients qu'il prendra en charge le jour de l'intervention.

Tandis que le personnel paramédical et le médecin Anesthésiste associent la prise en charge du patient à une suite d'actes à l'intérieur du bloc opératoire, le Chirurgien a une vision beaucoup plus globale de cette prise en charge et y associe le vécu, son entourage, d'où, sa vision du passage au bloc opératoire comme une étape.

La différence de vision de la prise en charge du patient peut-elle influencer sur le raisonnement et les comportements des soignants au quotidien ?

En regard de la théorie précitée de Moscovici, on peut tout à fait imaginer et comprendre les deux comportements dont le premier qui se représente l'objet à travers son vécu, son histoire et le contexte, et le second avec une vision plus globale de l'objet puisqu'il le connaît, il connaît son histoire, ses angoisses, son entourage.

J'ai perçu chez les Cadres et les personnels para médicaux un attachement à l'accueil de cette personne qui franchit les portes du Bloc Opératoire. En effet, l'impulsion donnée par le Cadre IDE est maintenue aujourd'hui par les deux cadres de santé.

En terme identitaire, Jean Claude Abric dit que les représentations permettent de situer les individus et les groupes dans un champ social. Cette fonction définit l'identité et permet la sauvegarde de la spécificité des groupes. Il apparaît ici que tout le personnel paramédical interrogé parle de l'importance qu'ils donnent à l'accueil du patient sans forcément parler de l'influence des cadres alors que, manifestement, le travail de groupe mené sur l'accueil du patient a été initié par l'encadrement soignant. En revanche, à la place de trouver une identité de groupe par catégorie, comme on aurait pu l'imaginer en regard des spécificités de fonction, on est davantage dans un groupe de professionnels qui entoure le patient. En effet, le groupe d'appartenance est constitué ici par tous les professionnels présents en salle d'opération. Le « on » très souvent utilisé chez les personnels para médicaux ne reflète pas une identité professionnelle cloisonnée mais plutôt une entité autour d'un but commun représenté par le patient.

Nous avons vu précédemment combien les représentations influençaient les comportements et comment elles pouvaient faire appel au vécu du sujet lorsque l'histoire de la personne reste inconnue. Ce qui peut expliquer l'appropriation qu'ils font lorsqu'ils parlent de « leur » patient et de l'importance qu'ils donnent à l'accueil de cette personne. Cet accueil est pour eux le temps fort de la prise en charge. C'est un temps restreint mais qualifié d'intense. Ils témoignent d'un manque de relationnel au Bloc Opératoire. Paradoxalement, ils ont choisi de travailler au Bloc Opératoire par mutation pour les AS et en se spécialisant pour les infirmiers. Les raisons de ce choix sont, pour certains d'entre eux, la fuite de la souffrance du patient et de leur famille.

En salle d'opération, le patient prend une autre forme, une forme symbolique. Ils disent devoir faire un effort pour reconsidérer le patient comme une personne. Pour certains d'entre eux, le champ opératoire représente une protection symbolique contre l'attachement.

Ce qui m'amène aux questions suivantes :

- Qui sont ces infirmiers spécialisés ?
- Que cachent-ils derrière cette instrumentalisation que représente leur profession ?
- Quels liens les unit-ils ?
- Que représente pour les soignants ce corps couvert, endormit artificiellement, livré aux instruments de chirurgie et d'anesthésie ?

Tandis que le Chirurgien parle de privilège et de construction d'un lien unique entre son patient et lui, certains soignants IDE choisissent l'éloignement.

Et pourtant, lorsque je les entends, ils œuvrent tous les deux pour une finalité commune : la qualité de la prise en charge.

Ces témoignages poignants d'authenticité qui sont restés gravés dans ma mémoire m'ont permis un retour en arrière sur ma carrière au temps où, moi non plus, je n'arrivais plus à voir le patient comme une personne. En salle d'opération, la technique prend le dessus sur la personne humaine qui apparaît aux yeux des professionnels comme un objet, un organe à traiter ou à surveiller. Ils n'en parlent jamais, par pudeur, par honte ou par respect.

Parce que, en dehors du Chirurgien et du MAR, ils ne connaissent pas son histoire, ils ne le voient que l'espace d'un regard qui se croise, d'un sourire, d'une parole. Le patient est réduit à un symbole en salle d'opération parce qu'ils l'ont choisi, ils ont fait le choix de ne pas le rencontrer, de ne pas le reconnaître. C'est la différence avec les Médecins, les Chirurgiens qui connaissent le patient, ont choisi de faire ce chemin avec lui, de lui venir en aide. On peut comprendre effectivement la différence puisque, à travers lui, ils n'ont pas les mêmes objectifs mais leur finalité est commune : celle de soigner. Soigner dans le sens où Walter Hesbeen<sup>14</sup> l'écrit : « Aider une personne à s'inventer un mode de vie porteur de sens pour elle, dans la situation singulière qui est la sienne et ce quel que soit l'état de son corps. »

---

<sup>14</sup> HESBEEN, W., *Prendre soin dans le monde*. Août 2000. P12



Comme l'écrit J.C. Abric, les représentations interviennent également en aval de l'action ce qui permet aux acteurs de justifier leurs conduites, leur comportement et ainsi mettre en valeur leur différence permettant le maintien d'une distance sociale entre les groupes. Cela justifie leurs conduites, néanmoins, ils agissent ensemble dans ce bloc opératoire.

La division des tâches apparaît de façon consciente chez tous les professionnels mais il règne un respect du travail de chacun et de leurs compétences. On pourrait penser que les savoirs spécifiques de chacun de ces professionnels seraient une limite à la collaboration. Il apparaît que dans ce bloc opératoire ils sont complémentaires. Leur territoire professionnel est délimité néanmoins, les zones limitrophes appelées aussi zones grises sont nombreuses. Ce sont dans ces zones de partage qu'ils établissent une relation de confiance et de respect mutuel. Le CDS IA précise que l'AS sert, surtout en situation d'urgence, de fil conducteur. Ils utilisent ces zones communes pour créer un lien entre les deux spécialités. Ce qui lie tous ces professionnels, c'est entre autre le regard empathique porté sur le patient, quel qu'il soit. Le « travailler ensemble » représente pour eux le respect des différentes fonctions et compétences sachant que chacun d'entre eux contribue à un moment ou à un autre, de près ou de loin à la PEC du patient qu'ils qualifient de globale.

- Les situations d'urgence :

Tous les professionnels interrogés pensent que la PEC en urgence est différente, mais les visions sont partagées. Majoritairement, ils disent qu'ils sont plus nombreux en salle lors des situations d'urgence en journée. Ils se rendent disponible. Il apparaît un niveau de stress plus élevé chez les professionnels ayant moins d'expérience ainsi que pour le MAR en regard de la méconnaissance et/ou du manque d'information concernant le patient. Ils sont essentiellement dans l'action disent-ils voir même dans la précipitation. La collaboration apparaît comme majorée, l'enjeu de vie et de mort est très

présent chez ces soignants. J'ai perçu un besoin d'être utile et de participer à ces moments de lutte pour le maintien de la vie.

Cependant, certains d'entre eux prétendent être habitués aux urgences qui sont fréquentes la journée. Les agents les plus expérimentés ne perçoivent que très peu de différence et soulignent que la collaboration entre eux existe au quotidien. Un IADE parle même de vivre cette dualité vie/mort au quotidien en raison des pathologies cancéreuses fréquemment rencontrées dans ce bloc opératoire. La majorité des professionnels interrogés disent avoir choisi cette profession de santé par besoin de se sentir utile à autrui, certains ajoutent : « cette sensation est majorée dans ces moments là. »

Quelques-uns d'entre eux parlent du travail en garde la nuit comme d'une situation privilégiée. Le privilège est le nombre restreint de personnel et le but commun représenté par le patient unique. Il y a plus d'entraide et le partage de tâches sont majorés, les frontières s'amenuisent du fait de la taille de l'équipe réduite à son minimum. On retrouve également en garde cette notion de famille.

Il apparaît au travers de ces aveux que le « travailler ensemble », au quotidien lors des chirurgies réglées, existe dans ce bloc opératoire en raison : de l'objectif commun impulsé et entretenu par les Cadres : l'accueil du patient et de leurs valeurs humaines communes, leur besoin de venir en aide à l'autre. Ils donnent un sens à leur pratique.

Une question cependant reste ouverte :

Dans quelle mesure cet enjeu de vie et de mort vécue au quotidien par les soignants n'intervient-elle pas dans la collaboration des équipes du bloc opératoire ? Quelles représentations ont-ils de la mort ?

Cette dualité vie/mort, les enjeux de vie et de mort relaté par les différentes équipes, la notion de famille qui revient régulièrement dans le discours des professionnels, la fuite de l'attachement des patients vécus par d'autres, la perception d'appropriation des équipes par les CDS, des patients par les équipes. Tous ces éléments retrouvés dans le discours de l'ensemble

des personnes interrogées démontrent autre chose que du professionnalisme, quelque chose de plus fort qu'une simple action. Ils sont tous dans la dimension du « prendre soin ». Quand Walter Hesbeen définit le « prendre soin<sup>15</sup> », il parle de quelque chose de bienveillant, de la préoccupation au sens de « s'occuper de... » Il écrit : « Être soignant m'apparaît ainsi comme l'expression de mon humanité dans l'humanité, c'est à dire le souci de ma présence au monde en vue de contribuer, modestement de la place que j'occupe, à un univers plus soignant, à une atmosphère d'humanité plus riche et plus répandue. »

J'ai eu la sensation au cours des entretiens menés que ce bloc opératoire est une zone protégée. Protégée des conflits, ils protègent le patient, ils l'entourent, le rassure. Ils se protègent entre eux, ils se respectent, respectent le travail de chacun. Le « prendre soin » est une valeur partagée par l'équipe dans les deux situations de prise en charge du patient : en situation réglée et en situation urgente.

### 5.3.3. Les conditions de production commune dans les organisations :

- L'existence d'un projet commun et une finalité collective :

Le projet que partage les deux cadres est la priorité qu'elles accordent à l'accueil du patient et sa PEC psychologique dès l'arrivée au bloc opératoire. Il n'y a pas de projet de service formalisé. Leur projet commun est de travailler ensemble au maintien de l'harmonie des équipes et recentrer leurs actions sur le patient. L'arrivée récente du Cadre IA n'a pas encore permis la mise en route d'un nouveau projet. Le travail mené sur l'accueil du patient avec l'équipe médicale et paramédicale a également favorisé, malgré une

---

<sup>15</sup> HESBEEN, W., *Prendre soin dans le monde*. Août 2000. P12

division des tâches incontournable, une cohérence entre les différents acteurs et un respect mutuel.

JF Chanlat écrit<sup>16</sup> que : « Chaque organisation est poussée par la nature de son activité laquelle est étroitement liée à la finalité qu'elle s'est donnée. Tout membre d'un collectif est poussé par quelque chose de plus grand que la tâche qui lui est qui les lie généralement confiée. »

Parce que le projet commun, à lui seul ne suffit pas. Ils sont tous poussés par leurs valeurs soignantes, qui donne un sens à leur action et qui les unit.

D'un point de vue médical, le MAR interrogé ayant participé à ce même groupe de travail est plus sensible à l'accueil et y attache plus d'importance. Le Chirurgien a une vision plus globale de la PEC du patient regrette l'absence relative de discussions autour de cette prise en charge.

- Un espace temps commun :

Les Cadres sont conscientes de l'importance de ces espaces temps. Elles les acceptent voir même favorisent ces temps de rencontre entre les différentes catégories de professionnels.

J.F. Chanlat écrit : « C'est dans ces espaces temps que le lien social se construit au quotidien. »

Pour l'équipe paramédicale, le jeudi soir est un rituel, c'est pour eux une date symbolique. Ils s'accordent à dire que c'est un moment fort qui leur permet de se rencontrer différemment, de se connaître et même d'oublier le Bloc.

Anne Véga, ethnologue<sup>17</sup> dit que ces moments là visent en fait à : « réinvestir des sphères privées et profanes donc s'éloigner des malades ».

Compte tenu de la lourdeur des pathologies rencontrées dans ce bloc opératoire, j'ai perçu la nécessité quasiment vitale de toute l'équipe à évacuer,

---

<sup>16</sup> CHANLAT, J.F., Soins Cadres – N°49, février- 2004, p 18

<sup>17</sup> VEGA, A., Management – N°7, septembre 2001, p 38

libérer et partager leur histoire commune à travers ces moments privilégiés de rencontre indispensable à leur équilibre. En parlant de rituel et de symbole, ils expriment ce besoin de se rencontrer pour non seulement partager les moments vécus comme difficile, mais aussi et surtout oublier l'essence même de leur profession qui est de soigner quotidiennement. C'est un lieu d'exclusion pour les malades, ça leur permet de prendre la distance nécessaire à leur équilibre, l'équilibre de l'équipe. A travers ces rencontres, ils s'ouvrent à l'autre et s'autorisent même à l'accepter tel qu'il se présente. Ce jeudi soir est l'occasion pour eux de s'unir et souder l'équipe entière puisque personne n'est rejeté. C'est indiscutablement ce qu'Anne Véga qualifie<sup>18</sup> de : « Soupape réparatrice. »

- Un univers de sens partagé:

La vision est très partagée au niveau des cadres probablement lié à leur différence d'expérience. Le CDS IA est essentiellement dans une dynamique de découverte et d'appropriation, le CDS IDE est en quête de reconnaissance du travail accompli. Dans l'idéal évoqué, c'est le respect mutuel, la confiance et la reconnaissance de l'autre qui unit les deux cadres. La priorité pour elles, c'est maintenir l'harmonie au sein des équipes à travers l'écoute, la présence, la disponibilité et la reconnaissance du travail de l'autre.

JF Chanlat écrit<sup>19</sup> : « Que serait en effet la symbolique du travail... d'une IDE...sans le cadre organisationnel dans lequel ils s'inscrivent ? Plus les cadres symboliques sont puissants pour les différents acteurs concernés et plus la motivation va être élevée. Plus l'univers symbolique et le langage utilisé sont partagés par les différentes catégories et plus le collectif va être soudé. »

Les soignants paramédicaux, indépendamment de l'expérience professionnelle expriment un désir d'harmonie de respect et de sérénité, des

---

<sup>18</sup> Ibid, p38

<sup>19</sup> Soins Cadres – N°49, février- 2004, p 19

valeurs auxquelles ils adhèrent. La majorité d'entre eux recherchent un épanouissement personnel et professionnel.

Les médecins sont tournés davantage vers l'organisation du programme opératoire. Ils recherchent la sécurité, l'optimisation dans la gestion dans la programmation des patients. Le Chirurgien précise que la garde est une situation idéale en raison de l'équipe réduite tournée vers l'objectif commun. Leur demande est différente, mais les valeurs du groupe sont identiques. Ce qui soude cette équipe, ce sont ses valeurs. Il manque cependant à mon sens un projet collectif pour réunir les professionnels médicaux et paramédicaux autour de la PEC du patient. Leur visions différentes et le manque de connaissance donc de reconnaissance de leur fonction a tendance à les séparer.

- Une reconnaissance sociale de l'activité réalisée :

J.F. Chanlat écrit<sup>20</sup> que : « Si tout travail doit avoir un sens dans un univers organisé lui-même riche en symboles, il acquiert également du sens par la reconnaissance que les autres donnent à ce travail. La reconnaissance au travail est...un des leviers fondamentaux de la motivation au travail et de la mobilisation collective. Elle passe par des paroles et des gestes concrets qui font savoir à chacun combien son savoir, son savoir-faire, son expérience et son savoir être sont appréciés. »

Tous ces soignants n'ont pas le même rapport à la reconnaissance. Ils en estiment l'importance et le verbalisent comme tel. Il est plus facile pour eux de reconnaître l'autre qu'être reconnu.

Il semblerait néanmoins que la reconnaissance soit proportionnelle à l'expérience et qu'ils soient plus sensibles à la reconnaissance de leur hiérarchie. Ils associent souvent la reconnaissance à la confiance lorsqu'elle émane des médecins.

---

<sup>20</sup> Ibid, p 20

Les aides soignants sont sensibles à la reconnaissance de leur hiérarchie. Les autres soignants paramédicaux sont plus réservés, ils ne l'expriment pas tous. Les médecins obtiennent la reconnaissance de leurs pairs et des patients, ils en parlent avec pudeur.

- Une hiérarchie légitime :

J.F. Chanlat écrit<sup>21</sup> que : «Les deux sources de légitimité de pouvoir dans une organisation demeurent la compétence en situation et les qualités humaines. »

Ce qui légitime le travail des Cadres, c'est le regard porté par les soignants et par l'équipe médicale.

Pour le MAR, c'est le patient, pour le Chirurgien, c'est le chef de service.

Les IDE spécialisés interrogés ne parlent pas spontanément de leur hiérarchie. Il semblerait que l'expertise médicale représente pour eux le premier critère de légitimité. Les Cadres représentent majoritairement pour eux des gestionnaires. Ils interviennent dans la cohésion des équipes et la gestion des conflits. Ils leurs reconnaissent les qualités humaines.

- Une éthique de responsabilité et de solidarité :

Les valeurs citées plusieurs fois par les soignants, fondements de « l'agir ensemble » sont le respect de l'autre et de son travail, la confiance, la reconnaissance des compétences individuelles pour fédérer un travail collectif. Les valeurs auxquelles ils adhèrent sont des valeurs civiques, éthiques sur lesquelles ils s'appuient pour construire et maintenir le collectif. L'engagement, la rigueur, l'intégrité et la convivialité leur permettent d'assumer pleinement la responsabilité qu'ils vivent au quotidien. Elle s'avère moins pesante du fait qu'ils la partagent. On retrouve ici la portée de ce que

---

<sup>21</sup> Ibid, p 21

peut dire J.F. Chanlat<sup>22</sup> : « L'action repose sur une éthique à la fois de responsabilité et de la solidarité. La première renvoie aux conséquences que nos décisions et nos actes peuvent avoir sur autrui ou sur l'entourage, la seconde à la place que doit occuper le collectif dans nos actions au quotidien. »

En revanche, les soignants ayant moins d'expérience dans ce bloc opératoire restent plus prudents quant au partage des responsabilités, ce qui m'amène quelques réflexions sur :

- La place de la confiance dans le partage des responsabilités, malgré l'existence de valeurs communes,
- La mobilité des agents dans les unités, la polyvalence seraient-elles un frein à l'agir ensemble ?

### **5.3. Synthèse et confrontation à l'hypothèse :**

#### **5.3.1. La synthèse :**

Alors que sociologiquement parlant, Gilles Héreros dit que la collaboration n'existe pas du fait du travail séquentiel des personnels, je pense que dans ce bloc opératoire, il existe une forme de collaboration au quotidien qui ressemble principalement à de « l'agir ensemble ».

Il semble, en regard de leurs discours, que la prise en charge d'un patient, quelle soit réglée ou urgente diffère peu dans leur façon d'agir. La seule différence notoire, dans les situations d'urgence, réside dans la taille de l'équipe qui est responsable d'une autre organisation des soins. L'équipe réduite à son minimum en garde la nuit favorise, de ce fait, le partage des tâches et donc diminue les frontières entre les professionnels. Le patient unique présent dans ces moments là renforce cette solidarité.

En revanche, il est possible que la nature même de la pathologie rencontrée dans ce bloc opératoire soit un des facteurs de la collaboration

---

<sup>22</sup> Ibid, p 21



entre les soignants paramédicaux en regard des représentations qu'ils ont de cette personne. Médicaux et paramédicaux ont une vision différente du patient lié au simple fait, semble-t-il, qu'ils connaissent ou non l'histoire, le vécu de l'individu franchissant les portes de ce bloc opératoire.

Le projet commun mené sur l'accueil, influencé par les cadres de santé, vient renforcer les valeurs soignantes et l'action collective.

On retrouve aussi l'importance des espaces temps communs, vus comme un besoin de distanciation par rapport à la souffrance de l'autre qui garantit l'équilibre psychologique de l'équipe et son rapprochement social.

Si la reconnaissance du travail accompli procure de la satisfaction à celui qui en est l'objet, il apparaît au décours de ces entretiens qu'elle n'est pas forcément exprimée en terme de besoin.

Quant à la responsabilité, elle est majoritairement partagée témoignant ainsi d'une cohésion d'équipe et d'une entité collective forte. Seuls les agents ayant moins d'expérience, du fait de leur manque de connaissance du travail de l'autre, se trouvent confronté à une difficulté de la partager.

Les soignants paramédicaux trouvent, le plus souvent, la légitimité de leur travail auprès des équipes médicales ce qui confirme l'action collective en salle d'opération et toute la dimension du soin centré sur le patient.

#### 5.3.4. Confrontation à l'hypothèse :

Le regard posé sur ce bloc opératoire à un moment précis ne me permet pas aujourd'hui de valider totalement l'hypothèse émise. Il se trouve que dans ce bloc opératoire, ils agissent ensemble au quotidien.

En revanche, les représentations et la symbolique sont fortes. Elles sont probablement liées au manque d'informations générales et personnelles concernant le patient. Le bref passage au bloc opératoire du patient prive les soignants paramédicaux d'une prise en charge globale, d'où d'une part, cette concentration d'attention portée sur lui au moment de l'accueil et d'autre part

la symbolique développée par ces mêmes soignants au moment de l'acte opératoire.

Par ailleurs, nous avons vu également que, parmi les conditions de production commune dans les organisations telles que les décrit Jean François Chanlat, nous retrouvons dans ce bloc opératoire : le projet commun, l'espace-temps commun, l'univers de sens partagé et une éthique de solidarité et de responsabilité. Toutes ces conditions précitées favorisent l'action collective de ce bloc opératoire.

En dehors de ce constat, compte tenu des pathologies cancéreuses rencontrées au quotidien, ils sont confrontés à la mort et ce, quelle que soit la situation. Est-ce que la nature de la pathologie favorise l'action collective ?

De plus, ils partagent leurs valeurs soignantes. Des valeurs très fortes qui les ont guidés au bloc opératoire. Ils n'arrivaient plus à se distancier de la souffrance de l'autre. Ils ont préféré fuir. Profondément soignants, ils ont besoin de cette barrière symbolique que représente le champ opératoire mais ils recherchent malgré tout la personne humaine apparaissant à leurs yeux comme dissimulée le temps de l'intervention chirurgicale.

Tous ces paradoxes me font croire aujourd'hui que ce n'est pas la représentation de la situation d'urgence qui réunit les équipes mais plutôt :

- La représentation qu'ils ont de cette personne, au quotidien comme en situation d'urgence, portés par leur valeur qui donne du sens à leur action,
- La volonté commune des Cadres de Santé de fédérer la collaboration des équipes paramédicales à travers, entre autre, l'existence de projet commun centré sur le patient.

Lorsque Jean François Chanlat écrit : « Le cadre est au cœur même de la problématique puisque le collectif ne se construira au quotidien que sur la volonté de l'encadrement. »

Je pense qu'effectivement le Cadre de Santé est l'initiateur de la construction d'un collectif mais cette construction dépend aussi de la volonté

de l'équipe à travailler ensemble. Je pense que sans cette volonté et sans les valeurs du groupe sur lesquelles le Cadre peut s'appuyer, la collaboration peut être réduite à de l'articulation.

CHAPITRE 6 :

**LES PISTES DE REFLEXION-  
LES PERSPECTIVES**

J'ai beaucoup appris, au travers des lectures depuis mon arrivée à l'IFCS. Tous ces concepts ont fait écho à un moment donné en moi et m'ont permis de mettre des mots sur des situations vécues dont j'ignorais la signification.

Les entretiens menés dans ce bloc opératoire, même si c'est une étude clinique et que les acteurs ont été choisis, m'ont autorisé, avec le recul nécessaire et en parallèle des concepts, de comprendre qui pouvaient être les soignants des blocs opératoires et le pourquoi ils pouvaient ou non agir ensemble.

Ce que je retire de cette expérience de « chercheur » pour ma future fonction de Cadre de Santé est mon devoir de prendre en considération la singularité des personnes avec qui je vais travailler. Qu'ils soient Cadres, médecins ou soignants paramédicaux, tous ont la particularité de leur histoire, d'un vécu qui leur appartient et qui sans aucun doute influence leurs actions et le pourquoi à un moment donné de leur existence, ils se trouvent à cet endroit. Je sais que tous ont choisi un jour cette profession pour répondre à un besoin. Que ce soit le besoin d'être utile, d'exister à travers l'autre, un besoin de reconnaissance ou quelconque autre besoin, chacun d'entre eux, de leur place, recherche quelque chose qui fait sens pour eux.

De ma place de Cadre de Santé, je souhaite leur accorder la possibilité de trouver leur voie, le chemin qui conduit à leur épanouissement professionnel.

Parce que nous sommes, nous Cadres de Santé, garant de la qualité des soins, que nous devons « prendre soin » des équipes dont nous sommes responsables. Le « prendre soin » de l'autre passe par la bienveillance et cela suppose aussi de s'intéresser à ce qu'exprime l'individu dans toute sa singularité. J'ai entendu, à travers le discours des soignants médicaux et paramédicaux, une forte demande de respect, d'écoute, d'harmonie, de confiance et cette possibilité d'accepter l'autre avec ses différences.

« Prendre soin » de l'ensemble de l'équipe de façon individuelle pour les amener à agir de façon collective, c'est pour moi :

- L'écoute : Être à l'écoute, c'est à dire avoir la volonté explicite d'accueillir sa parole sans l'interrompre ou l'anticiper,
- Le droit d'expression : Laisser le droit à toute personne d'exprimer son point de vue, en évitant l'interprétation, le jugement et en s'interdisant la persuasion qui est en fait assimilée à de la manipulation,
- Le droit à la différence : Accepter l'autre avec ses différences parce qu'elles sont sources de richesses dans les échanges, de créativité du groupe et de cohésion des équipes.
- La cohérence : de la cohérence du Cadre, naît la confiance qui permet un véritable échange,
- La reconnaissance : Reconnaître chaque agent comme acteur personnellement impliqué, le reconnaître en tant qu'individu,
- Le positionnement : Se positionner c'est se situer à la fois en référence à des valeurs et en réponse à un contexte. C'est incarner les valeurs du groupe.

C'est sur toutes ces valeurs que le « travailler ensemble » s'exercera. Par un management personnalisé, le Cadre amènera chaque agent vers plus d'ouverture à l'autre et sans doute plus de spontanéité dans le travail en commun.

## CONCLUSION

Cette recherche m'a apporté l'ouverture. Elle est venue bousculer toutes les idées reçues sur lesquelles je m'appuyais lors de mon expérience professionnelle d'IADE et de faisant fonction de Cadre de Santé.

Ce travail m'a permis de comprendre qu'une situation prend toute sa complexité lorsqu'on se donne la peine de s'arrêter pour la regarder. Et ce regard posé sur les soignants permet, avec davantage d'humilité, de se rendre compte de toute la variabilité des phénomènes en jeu dans une situation de travail en équipe.

Ce mémoire et ces dix mois passés à l'IFCS m'ont autorisé à réaliser ce recul et appris à regarder chaque individu ou à lire chaque situation avec des yeux différents. C'est pourquoi, aujourd'hui j'ai la sensation d'un travail inachevé. Sans pour autant contre dire mes écrits, je pense qu'il serait intéressant d'explorer ma réflexion sous un angle :

- Sociologique à la recherche de la véritable identité de ces soignants paramédicaux qui un jour ont fait la démarche de changer d'orientation,
- Anthropologique afin de comprendre toute la symbolique régnant autour de cette personne prise en charge dans cet environnement particulier qu'est le bloc opératoire.



## BIBLIOGRAPHIE

## OUVRAGES

1. ABRIC, J.C., Pratiques Sociales et Représentation, 2<sup>e</sup> édition. Vendôme : Presses Universitaires de France, mai 1997. 252 p.
2. CAUVIN, P., La cohésion des équipes, 3<sup>e</sup> édition. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur. 2003. 210 p.
3. CROZIER, M., FRIEDBERG, E., L'acteur et le système, Editions du seuil, 1977. 478 p.
4. HESBEEN, W., Prendre soin dans le monde, Editions Seli Arslan SA : août 2000. 218 p.
5. HOET, T., Le Bloc Opératoire contemporain : Conception, réalisation, utilisation, Guyot : 1988. 440p.
6. LENHARDT, V., Les responsables porteurs de sens, 2<sup>e</sup> édition. INSEP CONSULTING : 2002. 432p.
7. MANNONI, P., Les représentations sociales, 3<sup>e</sup> édition. Paris : Presse Universitaire de France, mai 2003, Collection Que sais-je ? 123 p.
8. MUCCHIELLI, R., Le travail en équipe, 9<sup>e</sup> édition. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur. 2003. 173 p.
9. SAINSAULIEU, R., L'identité au travail, 3<sup>e</sup> édition. Mayenne : Presses de Sciences Po, mai 2000. 471 p.

## REVUES

1. ACKER, F., Travailler ensemble, Soins Cadres, février 2004, N°49. p 22-25.
2. CHANLAT, J.F., Quelles sont les conditions de la production commune dans les organisations ?, Soins Cadres, février 2004, N°49. p 18-21.
3. MINVIELLE, E., Gérer la singularité à grande échelle, Gestions Hospitalière, février 1998. p 129-145.
4. VEGA, A., pauses et pots à l'hôpital : Une nécessité vitale, Management, septembre 2001, N°7. p 38-41.

## CONFERENCE

1. FARAHT, M., promouvoir une culture et une pratique de coopération, 8èmes journées d'Etudes Nationales des Cadres de Santé, CHU Montpellier, 22-23 janvier 2004.
2. HERREROS, G., les frontières de l'agir ensemble, 8èmes journées d'Etudes Nationales des Cadres de Santé, CHU Montpellier, 22-23 janvier 2004.

## DICTIONNAIRES

1. Le Robert. Paris : éditions France Loisirs : 2002,
2. Dictionnaire des synonymes. 2<sup>e</sup> édition. Montréal : Larousse/VUEF, 2001.

## ANNEXES

ANNEXE 1

## Les fiches de poste

**IADE, IBODE, AS**

<b>Métier concerné :</b>	<b>Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat</b>
<b>Etablissement :</b>	<b>XXXXXXXXXXXX</b>
<b>Lieu d'exercice :</b>	<b>Bloc Opératoire pluridisciplinaire</b>
<b>Amplitude horaire :</b>	<b>6 h 30 - 20 h 00</b>
<b>Repos :</b>	<b>Fixes en dehors de l'astreinte : 20 h à 7 h 00 en semaine, week-end et jour férié</b>

×wÎ wØ

### **PARTICULARITES**

**Chaque secteur opératoire dispose de locaux de conception identique composés de :**

- salles d'opération
- salles de pré-anesthésie
- salles de préparation des chirurgiens
- PC médical et soignant
- local de décontamination du matériel
- local d'entretien
- local de stockage provisoire pour linge sale et déchets

Des zones communes sont utilisées par les trois disciplines :

- pièces de stockage
- pièces de repli

L'ensemble est sous la responsabilité soignante d'un Cadre Supérieur de santé assisté de :

- deux Cadres de santé IBO
- un Cadre de santé Infirmier Anesthésiste

Dans le concept d'une mobilité intra-catégorielle, l'IADE sera amené à assurer sa fonction dans les 4 spécialités (Nch, ORL, OPH, Neuro-Rx) , en salle de surveillance post-interventionnelle et dans la prise en charge des PMO.

×wÎ wØ

## DESCRIPTION DU LIEU DE TRAVAIL

### Dans une même enceinte au rez-de-chaussée :

- Bloc opératoire pluridisciplinaire composé de trois spécialités chirurgicales disposant d'une zone technique spécifique :
    - Neuro Chirurgie
    - Ophtalmologie (comprenant une salle réservée aux prélèvements multi organes)
    - Oto-Rhino-Laryngologie
- et d'une salle de surveillance post-interventionnelle.

### Extériorisée

- Secteur de Neuro Radiologie sur 2 étages (rez-de-chaussée et 3ème) composé de différentes salles spécifiques :
    - IRM
    - Angiographie
    - Scanner
- et de 2 salles de surveillance post-interventionnelle (SSPI)

×wÎ wØ

## DEFINITION DE LA FONCTION

- L'IADE est un infirmier spécialisé dont le mode d'exercice est régi par :
  - **Le décret n° 2002-94 du 11 janvier 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (l'article 10 spécifique aux Infirmiers Anesthésistes Diplômés D'état).**
  - Le décret n° 93.345 du 15 mars 1993, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (l'article 7 spécifique aux Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat).
  - Le décret n° 93.221 du 16 février 1993, relatif aux règles professionnelles.
  - L'arrêté du 17 janvier 2002 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat des Infirmiers Anesthésistes.

Les missions de l'école d'IA :

- Former des Infirmiers à la polyvalence des soins IDE dans les domaines de l'anesthésie, de la réanimation, les urgences et la prise en charge de la douleur.
- Mettre en œuvre la formation préparatoire aux épreuves d'admission dans les écoles d' infirmiers Anesthésistes,
- Assurer la formation continue,
- Promouvoir la recherche et favoriser la documentation en soins Infirmiers dans les domaines précédemment cités.

**® L'arrêté du 30 août 1988 relatif à la formation préparant au Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmiers Spécialisé en Anesthésie-Réanimation.**

- Il donne habituellement des soins infirmiers sur prescription médicale ou en application de son rôle propre.
- Il exerce ses compétences spécifiques :
- En Bloc Opératoire pluridisciplinaire :
  - Dans les spécialités de neurochirurgie, OPH, oto-rhino-laryngologie et prélèvement multi organes
  - En salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI).
- En service de Neuroradiologie :
  - Rx interventionnelle,
  - I.R.M.,
  - T.D.M.,
  - 2 salles de surveillance post interventionnelle.

×wÎ wØ



## **SPECIFICITE DE LA FONCTION :**

L'IADE est seul habilité à condition qu'un Médecin Anesthésiste Réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'il ait examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

- Anesthésie Générale,
- Anesthésie Locaux Régionale (A.L.R.) et réinjections dans le cas où le dispositif a été mis en place par un M.A.R.
- Réanimation per opératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du M.A.R., réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

En SSPI, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie et est habilité à prendre en charge la douleur post opératoire relevant des mêmes techniques. L'élève Infirmier Anesthésiste peut participer à ces activités en présence d'un IADE.

×wÎ wØ

## **LIAISONS HIÉRARCHIQUES**

- Cadre Supérieur de santé
- Cadre de santé IADE qui peut déléguer au cadre de santé de radiologie lorsque l'IADE exerce en NRx

×wÎ wØ

## **LIAISONS FONCTIONNELLES**

Intra bloc :

- avec les deux autres Cadre de santé IBODE
- avec les médecins anesthésistes
- avec les chirurgiens
- avec les professionnels de la structure de prélèvement multi-organes (Cadre, IDE)
- avec les IBODE
- avec les autres IADE
- avec les A.S.

Extra bloc :

- avec les unités d'hospitalisation
- avec les services médico-techniques
- avec les autres services prestataires

×wÎ wØ

## ACTIVITÉS PRINCIPALES

Technicité :

- Il applique et/ou fait appliquer, dans le cadre de sa fonction, toutes les techniques de lutte contre les infections en application des procédures et protocoles CLIN :
  - Prise en charge d'un patient infecté et suspicion de maladie de Creutzfeld Jakob,
  - Prédésinfection du matériel biomédical, mobilier et matériel d'anesthésie,
  - Aspiration oropharyngée,
  - Sondage vésical en système clos,
  - Pose et surveillance des voies veineuses périphériques, surveillance des voies veineuses centrales,
  - Manipulation des agents anesthésiques et des seringues,
 conformément au décret 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales.
- Il prépare les salles de pré-anesthésie, les salles d'opération, il vérifie et installe les équipements nécessaires au bon déroulement de l'anesthésie du patient (conformément à l'arrêté du 03 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux), Il remplit les fiches d'ouverture de salle d'opération et celles de surveillance du poste d'anesthésie entre chaque patient (encart dans la feuille d'anesthésie), signe et fait signer le M.A.R.
- Il prépare les produits médicamenteux selon la prescription médicale écrite, datée et signée,
- A chaque utilisation, Il enregistre la consommation de stupéfiants sur un document qui comporte l'identité du patient, date, signe et fait signer par le MAR prescripteur,

- Il accueille et installe le patient, en collaboration avec l'équipe soignante,
- Il prend connaissance des dossiers médicaux et infirmiers, vérifie qu'ils contiennent les éléments nécessaires à la bonne prise en charge du patient en per-opératoire et per-anesthésie (radiographies, bilans sanguins, dossier de soins infirmier),
- Il participe, avec le médecin anesthésiste, à l'induction de l'anesthésie et au conditionnement du patient (monitorage, sondes et voies veineuses diverses).
- Il installe le patient en position opératoire avec l'équipe soignante et médicale (AS, MAR, Chirurgien).
- Il assure, dans le cadre de ses compétences et/ou sur prescription médicale écrite, datée et signée, la surveillance des techniques d'anesthésie et de traitement de la douleur.
- Il « conditionne » le patient (scope, PNI, SpO2) en vue de son transfert, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire (IDE/IBODE, AS) de la salle d'opération vers la SSPI.

#### **En SSPI :**

- Il prépare les postes de SSPI et le SAS de transfert 3, il vérifie et installe les équipements nécessaires au bon déroulement de la phase de réveil du patient. Il remplit les fiches d'ouverture de SSPI et celles de surveillance par poste, entre chaque patient, signe et fait signer par le MAR, et ce conformément à l'arrêté du 03 octobre 1995 cité si dessus. Il relève l'activité journalière de la veille (en nombre et en qualité et signale tous les évènements indésirables),
- Il assure le réveil du patient et débute la réanimation post-opératoire prescrite,
- Il évalue la douleur selon les signes cliniques et les différents moyens (E.V.A., E.V.S.) mis à sa disposition et la prend en charge sur PM ou en fonction du protocole écrit, daté et signé par le MAR,
- Il informe le médecin anesthésiste de tout fait clinique significatif nécessitant une prise en charge médicale ou chirurgicale,
- Il demande le retour du patient en secteur d'hospitalisation sur prescription médicale signée par le MAR,
- Il collabore et/ou participe au transfert du patient vers l'unité d'hospitalisation,
- Conformément à l'arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, dispensation et administration des stupéfiants :
  - L'IADE de SSPI renouvelle le stock de stupéfiants après vérification de l'enregistrement nominatif, daté et signé des consommations journalières,
- Il forme les étudiants Infirmiers Anesthésistes. 3 IADE sont référents sur le bloc opératoire pour organiser la répartition des étudiants au sein de l'équipe IADE,

planifier leur prise en charge en fonction des objectifs fixés par l'école, leur évaluation de mi et fin de stage,

- Il participe avec l'AS :

→ à la remise en état :

- des salles d'intervention
- de la SSPI

- Il réapprovisionne la SSPI en matériel si nécessaire.

×wÎ wØ

### **INFORMATION**

- Il reçoit et donne des informations aux IDE de secteur d'hospitalisation ou de réanimation, aux patients et à leur famille en respectant les limites de sa compétence d'Infirmier et le lien au secret professionnel.
- Il transmet oralement à sa relève ou à l'IDE de secteur toute information utile à la poursuite des soins, met à jour la feuille de surveillance d'anesthésie et de réveil, inscrit dans le dossier de soins les surveillances ou soins complémentaires et spécifique à effectuer en secteur d'hospitalisation.
- Il met à jour ses connaissances et se tient informé des nouvelles technologies, des derniers textes législatifs concernant la fonction IDE et sa spécialité, des nouveaux protocoles validés par le CLIN en utilisant l'aide apportée par la formation continue, les lectures professionnelles, les documents « Référentiels de Soins » présents dans la bibliothèque du bloc opératoire (salle de réunion).

×wÎ wØ

### **COMMUNICATIONS/ RELATIONS**

- Il accueille les patients en SAS de transfert, en salle d'opération et en SSPI, rassure les familles si nécessaire par téléphone, reçoit les parents des jeunes enfants en SSPI et assure le même soutien.

- Dans un souci de qualité et de continuité des soins, il transmet à l'équipe médicale, paramédicale du bloc opératoire et des secteurs d'hospitalisation toute information utile à la prise en charge globale du patient quelle soit médicale ou paramédicale en tenant compte des facteurs sociaux culturels et psychologiques de la personne soignée.

×wÎ wØ

## CONTRIBUTION ECONOMIQUE

- Par ses actions d'éducation, de prévention, de rééducation et les soins dispensés, il contribue au maintien, à la restauration ou à l'amélioration de l'état de santé du patient.
- En matière d'hygiène, Il participe à la prévention des infections par application des protocoles du CLIN.
- Il ré approvisionne son secteur en médicaments, en matériel spécifique nécessaire à l'anesthésie réanimation et la SSPI.
- Il participe à des actions de recherche dans le domaine des Soins Infirmiers (possibilité aux IADE formés d'être guidant de travaux d'intérêt professionnel, et de suivre le DU de recherche clinique

×wÎ wØ

## Bloc Opératoire Pluridisciplinaire

### Fiche de poste Infirmier de Bloc Opératoire

#### **CARACTERISTIQUES**

<b><u>Métier concerné</u> :</b>	<b>Infirmier de Bloc Opératoire</b>
<b><u>Lieu d'exercice</u> :</b>	<b>Hôpital XXXXXXXXX</b>
<b><u>Service</u> :</b>	<b>Bloc Opératoire Puridisciplinaire</b>

#### **Textes de référence :**

- ▶ Code de la Santé publique, notamment les articles L.372 et L. 473
- ▶ Loi n°78-615 du 31 mai 1978 relative à la profession d'infirmier ou d'infirmière
- ▶ Décret n°81-539 du 12 mai 1981 modifié relatif à la profession d'infirmier
- ▶ Décret n°92-48 du 13 janvier 1992, portant création du Diplôme d'Etat d'Infirmier de bloc opératoire, modifiant le Décret n°71-388 du 21 mai 1971 portant création d'un certificat d'aptitude aux Fonctions d'Infirmier de Salle d'Opération
- ▶ Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières
- ▶ Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
- ▶ Arrêté du 13 septembre 1988 relatif à la formation sanctionnée par le CAFISO
- ▶ Arrêté du 18 mars 1992 modifiant l'arrêté du 13 septembre 1988 relatif à la formation sanctionnée par le CAFISO
- ▶ Circulaire DGS/DH/51 du 7 décembre 1992 relative à la formation des infirmiers de bloc opératoire
- ▶ Circulaire DGS/DH/PS3/FH3 du 26 juillet 1994 relative à la situation des infirmiers de bloc opératoire

- ▶ Circulaire DGS/PS3/DH/FH/98/566 du 4 septembre 1998 relative aux infirmiers affectés dans les blocs opératoires.
- ▶ Charte du bloc opératoire "Tête et Cou" validée en Conseil de bloc le 13 janvier 2000
- ▶ Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
- ▶ Arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'infirmier de bloc opératoire.

### PARTICULARITÉS :

### MISSIONS

- ▶ Il maîtrise et garantit la prise en charge d'un patient dans le cadre ....
- ▶ Par ses connaissances et sa formation il assure des soins de qualité et sécurisé, au sein du bloc opératoire.

### LIAISON HIÉRARCHIQUE

Il est placé sous la responsabilité du cadre IBODE du secteur dont il dépend

### LIAISONS FONCTIONNELLES

Il travaille avec :

- ▶ l'équipe médico chirurgicale et para médicale,
- ▶ les aides-soignants du bloc opératoire,
- ▶ l'unité de coordination hospitalière de prélèvements du CHU
- ▶ les services médico-techniques,
- ▶ les services de transport de patients et d'examens,
- ▶ le service de stérilisation centrale,

- ▶ les différents services de soins :
  - le standard téléphonique,
  - l'unité d'hygiène hospitalière et de prévention
  - la médecine du travail.

### ACTIVITES PRINCIPALES

Technicité

Période préopératoire

a/ Par rapport au matériel

- ▶ Il s'assure de la disponibilité des différents matériels nécessaires à l'intervention (pharmacie, ligatures, ...)
- ▶ Il prévoit la totalité des instruments spécifiques en salle d'intervention
- ▶ Il vérifie l'intégrité des emballages et les dates de péremption

b/ par rapport à la salle d'opération

- ▶ Il effectue la fiche d'ouverture de salle d'opération
- ▶ Il connaît les installations et prévoit en salle les appuis nécessaires
- ▶ Il s'assure de la présence dans le sas de lavage, du matériel nécessaire au lavage chirurgical des mains, à l'habillement chirurgical des différentes équipes
- ▶ Il contrôle la présence, le fonctionnement et la bonne disposition des appareils médico-chirurgicaux nécessaires à l'intervention
- ▶ Il contrôle la tenue des différentes personnes en salle d'opération
- ▶ Il veille à la fermeture des portes
- ▶ Il réactualise les différents fichiers du bloc opératoire en fonction de l'évolution des techniques

c/ par rapport au patient



- ▶ Il vérifie l'identité du patient
- ▶ Il prend en charge le patient suivant le protocole établi
- ▶ Il contrôle le dossier médical et le dossier de soins et s'assure de la présence d'une quantité suffisante d'étiquettes au nom du patient
- ▶ Il contrôle la bonne application du protocole de préparation préopératoire
- ▶ Il réajuste la préparation locale si besoin
- ▶ Il aide au transfert et à l'installation du patient sur la table d'opération, en tenant compte de tous les besoins ou problèmes identifiés
- ▶ Il positionne la plaque neutre du bistouri électrique
- ▶ Il enregistre les données patients sur le logiciel de bloc opératoire

Période per-opératoire

dans le rôle de circulant :

- ▶ Il contrôle les entrées en salle d'opération et en limite le nombre dans la mesure du possible
- ▶ Il organise l'espace en fonction des temps opératoires
- ▶ Il respecte les circuits non croisés et applique les règles strictes d'hygiène et d'asepsie
- ▶ Il place le matériel nécessaire à l'intervention dans l'ordre d'utilisation, afin d'éviter le passage au-dessus des paniers ouverts et la contamination des instruments
- ▶ Il veille au bon déroulement de l'intervention et anticipe les besoins de l'équipe chirurgicale et de l'instrumentiste
- ▶ Il assure la sécurité du patient par la surveillance des paramètres techniques
- ▶ Il aide à l'installation de l'équipe chirurgicale et de l'instrumentiste
- ▶ Il coopère avec l'équipe chirurgicale et/ou l'instrumentiste et sert le matériel stérile nécessaire
- ▶ Il veille à l'installation correcte des champs opératoires ▶ Il raccorde les différents accessoires venant de la zone stérile

- ▶ Il est vigilant quant au signalement des fautes d'asepsie et met en oeuvre des mesures correctives
- ▶ Il effectue les gestes techniques aseptiques sans aucune faute de manipulation du matériel stérile
- ▶ Il pallie toute difficulté relevant de sa compétence
- ▶ Il gère le nombre d'instruments dans la salle d'opération
- ▶ Il connaît et applique le protocole de tri des déchets en vigueur au CHU
- ▶ Il veille à l'acheminement des prélèvements per-opératoires
- ▶ Il enregistre les différentes données de l'intervention sur la fiche patient informatisée

dans le rôle d'instrumentiste :

- ▶ Il veille à l'installation correcte des champs opératoires
- ▶ Il est vigilant quant au signalement des fautes d'asepsie et met en oeuvre des mesures correctives
- ▶ Il pallie toute difficulté relevant de sa compétence
- ▶ Il gère la table d'instruments en anticipant les besoins des chirurgiens

Période postopératoire

- ▶ Il confectionne ou aide à confectionner le pansement selon le protocole en vigueur
- ▶ Il applique les protocoles de décontamination du matériel médico chirurgical restant sur le site (pour le matériel extérieur cf. protocole)
- ▶ Il trie et évacue le matériel souillé dans les bacs de décontamination
- ▶ Il achemine le matériel décontaminé vers la stérilisation
- ▶ Il contribue à la mise en condition des appareils biomédicaux pour les remettre en circuit
- ▶ Il participe aux opérations de déterSION, nettoyage et désinfection des locaux et du matériel
- ▶ Il vérifie la qualité et la quantité des stocks

- ▶ Il remplace le matériel utilisé et assure son renouvellement en appliquant la "procédure" médimath
- ▶ Il signale au cadre IBODE le matériel à commander hors procédure médimath
- ▶ Il reconstitue les plateaux d'instruments selon le protocole ou l'inventaire
- ▶ Il conditionne les boîtes en fonction du type d'instruments ou du mode de stérilisation
- ▶ Il signale le matériel défectueux à faire réparer au cadre IBODE

#### Information

- ▶ Il reçoit et donne des informations à l'équipe médicale et paramédicale
- ▶ Il renseigne les différentes fiches concernant le passage du patient en bloc opératoire et respecte le principe de confidentialité
- ▶ Il transmet au cadre infirmier l'état des stocks, des inventaires, de l'instrumentation et des équipements médico-techniques
- ▶ Il connaît les directives ministérielles, les décrets et lois concernant la profession.
- ▶ Il connaît et utilise les moyens de traçabilité concernant les vigilances sanitaires (la matério-vigilance, l'hémo-vigilance, biovigilance, pharmaco vigilance)

#### Communication - relation

- ▶ Il collabore avec l'équipe chirurgicale et les anesthésistes
- ▶ Il participe aux différentes réunions de bloc opératoire.
- ▶ Il transmet les informations aux collègues absents
- ▶ Il participe à la recherche des besoins en formation et à l'élaboration du projet de service
- ▶ Il participe à des actions de formation en transmettant les connaissances liées à sa fonction

#### Contribution économique

- ▶ Il participe à la protection de l'environnement écologique par le tri et l'élimination des déchets
- ▶ Il s'assure de l'entretien et de la maintenance du matériel médico-chirurgical utilisé pendant la période péri opératoire pour une maîtrise des coûts et une optimisation des moyens
- ▶ Il négocie le choix du matériel avec le cadre et les différents intervenants en vue d'une meilleure efficience
- ▶ Il engage des travaux de recherche en soins péri-opératoires
- ▶ Il participe à l'amélioration de l'organisation et des techniques de soins par un travail de recherche permanent

FICHE DE POSTE  
AIDE SOIGNANT

Bloc Opératoire pluridisciplinaire  
Hôpital XXXXXXX

Caractéristiques

Métier concerné : Aide soignant(e)

Lieu d'exercice : Hôpital XXXXX  
Service : Bloc Opératoire Pluridisciplinaire

Horaires : amplitude 6H/21H30  
Remplacements de nuit 21H15/6H15,  
Garde/astreinte les samedi, dimanche et fériés par  
roulement

Textes de référence :

- ▶ Décret n° 94-626 du 22 Juillet 1994 relatif à la formation des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture et modifiant le décret n°47-1544 du 13 Août 1947 modifié instituant un diplôme d'état de puériculture.
- ▶ Décret n°96-729 du 12 Août 1996 modifiant le décret n°94-626 du 22 juillet 1994 relatif à la formation des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture.
- ▶ Programme des études conduisant au diplôme professionnel d'aide soignant :annexe à l'arrêté du 22 juillet 1994
- ▶ Décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

### Particularités :

- ▶ L'A.S. peut exercer sa fonction :
  - § dans l'un des secteurs opératoires
  - § en SSPI
  - § dans l'une des zones communes aux trois secteurs.
- ▶ L'A.S. fait partie d'un pool commun interne au bloc et exerce sa fonction sur tous les postes existants et selon tous les horaires listés, conformément au planning qui lui est attribué.

### **Missions**

- Placé sous la responsabilité et le contrôle direct de l'IBODE ou de l'IADE, il participe aux soins dans les limites des compétences reconnues par sa formation.
- Il participe, dans le cadre du rôle propre de l'IBODE ou de l'IADE et en collaboration avec lui, à des soins visant à répondre aux besoins d'entretien et de continuité de la vie du patient dans les limites des compétences reconnues par sa formation.

### Liaison hiérarchique

- Il est placé sous la responsabilité du cadre du secteur opératoire d'Ophtalmologie mais doit répondre à la demande des cadres des autres secteurs d'activité du bloc, en fonction de son affectation du moment.

### Liaisons fonctionnelles

- Il travaille avec :
  - ▶ toute l'équipe médicale et paramédicale du bloc
  - ▶ les coordonnatrices de l'unité de prélèvements multi organes
  - ▶ les services médico-techniques
  - ▶ les services de transport de patients et d'exams
  - ▶ le service de la stérilisation centrale

## Activités principales

### Technicité

#### Pour le secteur opératoire

- Il effectue un dépoussiérage des surfaces et du sol à l'ouverture des salles d'opération.
- Il accueille le patient de manière personnalisée en sas de transfert.
- Il transfère le malade sur un plateau opératoire en tenant compte de sa pathologie et le brancarde jusqu'en salle d'opération en collaboration avec l'IADE et l'IBODE.
- Il aide au positionnement du patient
- Il remet en état la salle d'opération après l'acte opératoire en fonction des protocoles d'hygiène établis et validés par le CLIN : évacuation des déchets, du textile souillé, entretien des surfaces (appareillage fixe et mobile), des murs et du sol.
- Sous la responsabilité de l'IADE, de l'IBODE ou avec elle, il décontamine le matériel et les instruments utilisés en respectant les temps de trempage. Après décontamination il répartit le matériel utilisé, le conditionne et l'achemine vers la stérilisation centrale.
- Il réapprovisionne les R10 des sas opératoires, les distributeurs d'antiseptiques, de savon liquide et d'essuie-main.
- Il entretient les sols et les surfaces des pré anesthésies, de la zone de lavage des mains, de toutes les pièces et du couloir de circulation du secteur opératoire.
- Il prépare la solution de décontamination pour les instruments dans chaque bac et dispose celui-ci devant chaque salle d'intervention.
- Il renouvelle la solution entre chaque intervention
- Il nettoie les plateaux des tables d'opération et les range dans la pièce réservée à cet effet.
- Il assure l'entretien à fond des pièces de décontamination, des PC, des locaux d'entretien des différents secteurs opératoires avec l'aide des ASH, sur la demande du cadre concerné.

#### Approvisionnement/Désapprovisionnement :

- Il trie les sacs de déchets et de linge et les évacue en respectant les protocoles établis
- En collaboration avec l'I BODE et l'I ADE :
- Il réceptionne l'instrumentation stérile venant de la stérilisation,
- Il vérifie le contenu de la livraison et la range dans l'arsenal ;
- Il réceptionne et vérifie le contenu de la livraison provenant de la Pharmacie, de la D.E.L, qu'il range dans l'arsenal.

#### Information

- Il informe l'infirmière de toute anomalie constatée lors de la préparation ou remise en état de la salle d'opération, lors du transport du patient dans l'enceinte du bloc.
- Il peut être amené à sortir du bloc pour réaliser des courses et pour cela il respecte le protocole de changement de tenue.
- Il se tient informé de toute modification de fonctionnement du bloc et lit l'affichage.
- Il reçoit des I BODE et I ADE les informations nécessaires à l'organisation du travail et à la réalisation des soins et rend compte de ce qu'il a effectué.

#### Communication/Relation

- Il est en relation avec l'équipe soignante, médicale, l'ensemble des services de soins, les personnes soignées et leur famille.
- Il transmet les connaissances liées à sa fonction
- Il participe à des actions de formation.

#### Contribution économique



- Il contribue à la protection de l'environnement par le tri et l'élimination des déchets.
- Il contribue à la prévention des infections et à la qualité des soins par l'utilisation rationnelle des produits d'entretien.
- Il contribue à la maîtrise des coûts par le respect des dilutions des produits utilisés.
- Il participe à l'amélioration de l'organisation par un travail de recherche permanent.

ANNEXE 2

Les grilles d'entretien

**Les Cadres de Santé,  
Les médecins et soignants paramédicaux.**

## ENTRETIEN des Cadres de Santé

### LES REPRESENTATIONS SOCIALES :

1. Qu'évoque pour vous la PEC d'un patient au bloc opératoire en situation réglée et en situation d'urgence?
2. Comment vous situez-vous par rapport à cette prise en charge ? Par rapport aux autres professionnels ?
3. Que signifie pour vous travailler ensemble ?  
Si je vous parle d'équipe, à qui pensez-vous ?

### LES CONDITIONS DE PRODUCTION COMMUNE :

1. Partagez-vous ensemble vos pratiques ?  
Comment les partagez-vous ? Quand ? Avec qui ?
2. Quelle serait pour vous la situation idéale de travail ?
3. Y a t-il des moments, des espaces temps où vous vous rencontrez ?  
Quels sont ces moments, avec qui les partagez-vous et que partagez-vous ?
4. Qu'attendez-vous de l'Autre et de votre fonction ?
5. Qui légitime votre travail ? Quels en sont les critères ?
6. Qu'évoque pour vous la responsabilité ?  
Comment la partagez-vous et avec qui ?

ENTRETIEN :  
des Médecins, des personnels paramédicaux

LES REPRESENTATIONS SOCIALES :

4. Qu'évoque pour vous la PEC d'un patient au bloc opératoire en chirurgie réglée ?

Comment vous représentez-vous cette Personne, comment la regardez-vous ? (quel regard portez-vous sur elle ?)

Comment vous situez-vous par rapport à cette prise en charge ?  
Par rapport aux autres professionnels ?

5. Quelles perceptions avez-vous des situations d'urgence ?

Décrivez-moi cette situation là ? Qu'avez-vous envie de me dire ?

Quelles valeurs cela représente t'il pour vous ?

Quelles en sont les contraintes ?

6. Dans les 2 situations rencontrées au BO (Programmée et urgente) Quelles différences faites-vous en terme de PEC ? Et pourquoi ?

## LES CONDITIONS DE PRODUCTION COMMUNE :

1. Partagez-vous ensemble vos pratiques ?

Comment les partagez-vous ? Quand ? Avec qui ?

2. Quelle serait pour vous la situation idéale de travail ?

3. Y a t-il des moments, des espaces temps où vous vous rencontrez ?

Quels sont ces moments, avec qui les partagez-vous et que partagez-vous ?

4. Qu'attendez-vous de l'Autre et de votre fonction ?

5. D'après vous, Qui légitime votre travail ? Quels en sont les critères ?

6. Qu'évoque pour vous la responsabilité ?

Comment la partagez-vous et avec qui ?