

2018-2019

Institut de Formation des Cadres de Santé  
Faculté de Droit, d'Économie et de Gestion

# Simuler pour manager le conflit au bloc opératoire

Un outil d'aide pour le cadre

En vue de l'obtention :

- du diplôme de Cadre de Santé
- de l'UE 3 : Développement des aptitudes managériales, contrat de professionnalisation, activité professionnelle, du Master 2 Management et administration des entreprises (parcours santé)

**ESPINET Arnaud** |

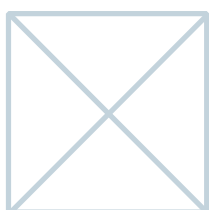
Sous la direction de M. GAMBOU Alfred |  
Et Mme BENSCRI Nadine

Membres du jury

Nom/Prénom 1 | Fonction

Nom/Prénom 2 | Fonction

Nom/Prénom 3 | Fonction



Soutenu publiquement le :  
Lundi 17 Juin 2019



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) ESPINET Arnaud  
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiant(e) le 15 Avril 2019

**L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :**



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

**Consulter la licence creative commons complète en français :**  
**<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>**

# REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier dès ces premiers mots, Monsieur Alfred GAMBOU, mon directeur de mémoire, pour avoir su m'accompagner tout au long de ce travail, pour ses mots d'encouragements et tous les conseils distillés tout le long de ce travail.

Je tiens à y associer aussi Madame Nadine BENSCRI, cadre supérieure formatrice au sein de l'IFCS d'Angers pour son écoute bienveillante et sa disponibilité au cours de cette année.

Merci au Professeur Jean-Claude Granry et au Dr Sansom ainsi qu'à toute l'équipe du centre de simulation AllSims d'Angers, de m'avoir permis de créer une session de simulation pour l'élaboration cette recherche et pour leurs nombreux encouragements.

Je voudrais remercier également toutes les personnes rencontrées lors des différents stages et durant mon parcours professionnel pour leurs disponibilités et leurs précieux conseils pendant cette formation, qu'ils sachent que chacun d'eux est à la base de ma réussite.

Merci aussi aux différentes cadres ayant accepté de répondre à mes entretiens, indispensables à mon travail de recherche, et qui m'ont ainsi permis d'avancer dans ma réflexion.

Je dédie particulièrement ce travail et la conclusion de cette année à mes enfants Antonin et Marine, merci à eux d'avoir géré les absences de leur papa pendant ces dix mois, merci pour vos encouragements et vos sourires qui jalonnent mon quotidien.

Enfin, à ma femme Anne, qui a accompagné tous mes projets professionnels depuis notre rencontre en IFSI, en passant par l'école d'IADE jusqu'à cette année en IFCS, merci pour ton soutien de tous les instants, pour le partage de tes expériences

**Citation :**

***« Les meilleures choses qui arrivent dans le monde de l'entreprise ne sont pas le résultat du travail d'un seul homme. C'est le travail de toute une équipe. »***

**Steve Jobs**

## **GLOSSAIRE :**

ACRM : Anesthesia Crisis Ressource Management

AS : Aide-Soignante

ASUR : Anesthésie Samu Urgences et Réanimation

CFAR : Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs

CNV : Communication Non Violente

CRM : Crew Ressources Management

CS : Cadre de Santé

CSS : Cadre Supérieur de Santé

DSI : Direction des Soins Infirmiers

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IFCS : Institut de Formation de Cadre de Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

PACTE : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe

PTO : Plateau Technique de l'Ouest

QVT : Qualité de Vie au Travail

SFAR : Société française d'Anesthésie Réanimation

SNPHAR : Syndicat National des Praticiens Hospitaliers en Anesthésie Réanimation

SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

UF : Unité Fonctionnelle

UNAIBODE : Union national des Associations Infirmières Bloc Opératoire Diplômé d'État

# Sommaire

<b>I. INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>II. CADRE CONCEPTUEL</b>	<b>5</b>
<b>1. Contextualisation</b>	<b>5</b>
1.1. Émergence du problème	5
1.2. Les questionnements	7
<b>2. Définitions des concepts clés</b>	<b>7</b>
2.1. L'équipe de soins	7
2.1.1. De l'individu au groupe	7
2.1.2. Notion d'équipe	9
2.1.3. Notion d'identité	10
2.1.4. Notion d'interdisciplinarité	13
2.1.5. Le programme PACTE	14
2.1.6. Crew Resource Management en Santé	15
2.2. L'espace du bloc opératoire	15
2.2.1. Un espace clos	15
2.2.2. La place du cadre de bloc	18
2.3. Les conflits	20
2.3.1. Définition	20
2.3.2. Approche sociologique	20
2.3.3. Résolution de conflits	23
2.4. La simulation	28
2.4.1. Définition	28
2.4.2. Historique de la simulation	29
2.4.3. Intérêts de la simulation	30
2.4.4. Limites de la simulation	31
2.4.5. Déroulement d'une séance de simulation	32
2.4.6. Simulation et pédagogie	34
2.4.7. La simulation aujourd'hui	37
<b>3. Évolution de notre questionnement</b>	<b>40</b>
3.1. La problématique	40
3.2. Hypothèse 1	40
3.3. Hypothèse 2	40
<b>III. DIMENSION EMPIRIQUE</b>	<b>40</b>
<b>1. Entretiens préalables</b>	<b>40</b>
<b>2. Méthode de recueil utilisée</b>	<b>43</b>
2.1. Entretiens semi-directifs	43
2.1.1. La grille d'entretien	43
2.1.2. Éthique et recherche	44
2.2. Vidéo d'une session de simulation	44
<b>3. L'échantillonnage</b>	<b>45</b>
<b>4. Méthode d'analyse</b>	<b>46</b>
4.1. La grille de recueil d'entretien	46
4.2. Observation de la séquence vidéo	46
<b>IV. ANALYSE DES RESULTATS</b>	<b>51</b>
<b>1. Présentation des résultats</b>	<b>51</b>
1.1. Profil des personnes interviewées	51
1.2. Les différentes situations de conflits vécues	52
1.3. Les causes de conflits	53
1.4. Les techniques de gestion de conflits utilisés	54
1.5. Les problématiques pluridisciplinaires au bloc	55
1.6. Les conflits IADE/IBODE	56
1.7. Les formations par la simulation	57

1.8.	Propositions .....	59
<b>2.</b>	<b>Discussions .....</b>	<b>59</b>
<b>3.</b>	<b>Limites du travail .....</b>	<b>61</b>
<b>V.</b>	<b>CONCLUSIONS .....</b>	<b>62</b>
<b>VI.</b>	<b>PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES.....</b>	<b>63</b>
<b>1.</b>	<b>Le cadre de mon futur exercice .....</b>	<b>63</b>
1.1.	Le CHU d'Angers .....	63
1.1.1.	Un centre hospitalier historique .....	64
1.1.2.	Tourné vers l'avenir .....	64
1.1.3.	De nombreuses coopérations et partenariats .....	64
1.2.	Le projet d'établissement 2018-2022 .....	66
1.3.	Un plan de retour à l'équilibre .....	66
1.4.	Les différents blocs opératoires .....	67
<b>2.</b>	<b>Mon Positionnement de cadre de santé .....</b>	<b>69</b>
2.1.	Conception de la fonction d'encadrement .....	69
2.2.	Un cadre de bloc au milieu du champ .....	71
2.3.	Prise de poste.....	71
2.3.1.	Analyse du contexte spécifique du CHU .....	71
2.3.2.	Analyse du contexte de Pôle.....	72
2.3.3.	Analyse du service .....	72
2.3.4.	Analyse de l'équipe paramédicale .....	72
2.3.5.	Analyse SWOT .....	73
2.3.6.	Chronogramme des actions à mener .....	74
2.4.	Les enjeux de mon projet .....	74
2.4.1.	Pour le patient.....	74
2.4.2.	Pour l'unité de soin .....	75
2.4.3.	Pour l'équipe soignante .....	75
2.5.	Mon projet d'action .....	76
2.5.1.	Objectif global n°1 .....	76
2.5.2.	Objectif global n°2 : .....	79
<b>VII.</b>	<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>81</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>83</b>
	<b>TABLE DES TABLEAUX.....</b>	<b>87</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>88</b>
	<b>ANNEXE 1 : ENTRETIENS PREALABLES .....</b>	<b>88</b>
	<b>ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN.....</b>	<b>93</b>
	<b>ANNEXE 3 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN CADRE DE SANTE 1 .....</b>	<b>95</b>
	<b>ANNEXE 4 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN CADRE DE SANTE 2 .....</b>	<b>105</b>
	<b>ANNEXE 5 : GRILLE DE RECUEIL D'ENTRETIEN.....</b>	<b>114</b>
	<b>ANNEXE 6 : DOCUMENT TYPE DROITS A L'IMAGE.....</b>	<b>115</b>



## I. Introduction

Jeune infirmier diplômé d'état à l'aube des années 2000, je souhaitais découvrir le métier d'infirmier anesthésiste, et pour ce faire j'ai décidé d'exercer dans les blocs opératoires. Comme il n'existe pas de faisant fonction Infirmier anesthésiste (IADE), j'ai eu l'opportunité d'exercer en qualité de faisant fonction d'infirmier de bloc opératoire (IBODE).

Cette première expérience professionnelle m'a permis d'exercer au plus près de la spécialité à laquelle je me destinais.

Je pensais ainsi, au-delà de découvrir deux spécialités infirmières, pouvoir créer des liens avec ces professionnels que j'espérais futurs collègues.

Pourtant, très rapidement, je découvrais que les relations entre ces deux corps de métiers étaient limitées quand elles n'étaient pas difficiles, voire inexistantes.

Chaque corps de métier ne semblait collaborer qu'avec les éléments de sa propre spécialité.

In fine, j'ai exercé pendant près de 4 ans en tant que faisant fonction d'infirmier de bloc opératoire, puis pendant 9 ans comme infirmier anesthésiste.

J'ai pu appréhender que les représentations des métiers de chacun créaient parfois les relations conflictuelles au sein du bloc opératoire.

Je me suis demandé si ces conflits pouvaient être liés à la méconnaissance du travail de l'autre, ou bien plus simplement aux personnalités de chacun.

Au quotidien, dans les blocs opératoires, des discussions enflammées éclatent autour d'un territoire commun d'exercice dans un espace réduit. Certaines prises en charge commune amènent à des priorités différentes selon la spécialité, alors que le but est commun : celui du bien-être du patient.

Ainsi prenons un exemple qui me tient à cœur, issu de mon sujet de mémoire IADE, la prise en charge du risque d'hypothermie per opératoire.

Elle nécessite la mise en place d'un dispositif de réchauffement le plus précocement possible pour éviter les déperditions de température pour le patient.

Cette couverture chauffante est souvent source de désaccord entre les deux parties : l'IADE voulant augmenter la surface corporelle réchauffée, l'IBODE voulant préserver le champ opératoire.

Chacun ici prend en compte ses priorités selon son champ de vision professionnel sans discussion préalable ou négociation qui pourrait permettre de trouver un consensus dans la temporalité de ses actions.

Mais d'autres exemples de discordances de priorités dans la temporalité existent, l'un des plus criant se passe au moment du réveil et de l'extubation.

Pour l'IADE il s'agit d'un des moments les plus stressant du temps opératoire avec de nombreux risques liés à l'élimination des drogues et aux difficultés de reprise de ventilation spontanée.

La gestion de ces difficultés passe par une concentration importante et un besoin de calme pour que le patient se réveille dans une ambiance calme et apaisée qui permette de diminuer le risque d'agitations.

Pourtant dans le même moment, l'IBODE a comme responsabilité d'envoyer rapidement en stérilisation les instruments utilisés qui doivent être décontaminés lavés et stérilisés souvent en urgence pour une réutilisation ou du moins une disponibilité rapide.

Or, ce processus nécessite au minimum trois heures en durée totale, il est donc important pour la panseuse d'envoyer avec célérité ses boîtes. Hélas, la manipulation des instruments chirurgicaux métalliques est souvent source de bruit.

Pour l'équipe anesthésique, ces manipulations à ce moment du réveil ne doivent pas avoir lieu et la priorité devrait être au réveil du patient.

Cette différence de priorité est souvent génératrice de conflits ou du moins de désaccord et ce d'autant plus que c'est un moment stressant pour l'équipe d'anesthésie.

En interrogeant à plusieurs reprises des formateurs initiaux des deux spécialités, nous avons convenu du fait que les étudiants étaient rarement en commun lors d'apprentissages théoriques portant parfois sur des thématiques très proches.

Il semble qu'une formation commune sur l'importance de ces moments de réveil pourrait permettre d'éviter ces moments de tension.

Cette interrogation sur des temps de formation communs est encore plus criante lors de séances de simulation.

En effet, étant formateur paramédical en simulation au CHU d'Angers depuis une dizaine d'années, j'ai très souvent eu à effectuer des sessions de formation d'anesthésie destinées aux IADE.

Au cours de différentes sessions de simulation, il m'était souvent demandé de jouer le rôle d'acteur d'IBODE ou de chirurgien pour être au plus proche de la réalité, car je savais préparer une table d'instrumentation, ou champer le mannequin avec la rigueur IBODE.

Cependant, des formateurs IBODE auraient pu apporter une interprétation encore plus réaliste. Alors, pourquoi m'utiliser comme acteur quand des formateurs IBODE ont été formés et pourraient intervenir dans leurs propres rôles, leurs propres compétences ?

La simulation se doit de rester au plus proche du terrain et chacun jouer son propre rôle, alors pourquoi ne pas faire intervenir les deux spécialités si ce n'est pour une simple question de coût de formateur.

Dès lors, il est facile de constater que rares sont les formations où les deux spécialités se côtoient.

J'aboutis alors à cette première question :

Pourquoi existe-t-il un cloisonnement des spécialités même lors de sessions de simulation ?

Depuis bientôt trois ans, j'exerce en tant que faisant fonction de cadre dans le département d'anesthésie réanimation.

Lors de mes deux premières années dans cet exercice, j'avais sous ma responsabilité une équipe d'infirmiers anesthésistes et une cadre de bloc gérait l'équipe des IBODE et des aides-soignantes de bloc gynécologie obstétrique.

Cette cadre n'était pas elle-même IBODE puisqu'elle était issue du corps sage-femme et elle m'a interrogé pour essayer de comprendre certaines relations qu'elle-même nommait « difficiles » et qu'elle avait pu observer dans le bloc opératoire où nous exerçons.

Nous avons tous les deux constaté pêle-mêle, des désaccords de temporalité de prise en charge de patient, des éclats de voix, des tables séparées lors des repas, etc...

Constatant qu'il existait un cloisonnement des tâches, nous nous sommes interrogés sur l'opportunité de faire travailler les équipes ensemble sur des thématiques communes afin de permettre une meilleure coopération.

Nous avons alors, de notre propre chef, décidé de créer des temps de réunion communs, autour de la prise en charge des patients, pour permettre d'ouvrir des espaces de discussion, mais surtout d'apprendre à se connaître et à se respecter.

Nous avons constaté un présentiel clairsemé lors des premières dates, mais le bouche-à-oreille nous a été profitable et le nombre de participants a augmenté au fur et à mesure des temps de réunions.

Mais, au-delà du simple effet sur le nombre de personnes présentes, il était intéressant de noter la qualité des échanges, et surtout le fait que les uns et les autres échangeaient autour de leurs axes prioritaires de prise en charge en expliquant leurs impératifs horaires et professionnels.

Ces différents temps ont permis à chacun de se découvrir et ainsi d'apaiser un peu le climat au sein du bloc. Nous avons aussi vu les temps de pause devenir plus souvent pluridisciplinaires et non pas géographiquement séparés selon les spécialités en présence.

Alors à ce stade de ma réflexion, et avec l'expérience de ma nouvelle fonction, plusieurs questions me sont venues :

**Y aurait-il un intérêt pour un manager de proximité et plus particulièrement du bloc opératoire, à faciliter la connaissance des métiers de chacun pour un mieux vivre ensemble ?**

Et aussi, en raison de mon expérience de formateur en simulation :

**En quoi l'outil de la simulation pourrait permettre au cadre de santé du bloc opératoire de mieux savoir gérer les conflits ?**

Pour répondre à ces questions, notre recherche s'est structurée en trois parties.

La première partie intitulée cadre conceptuel abordera les points suivants : la notion d'équipe, l'univers particulier du bloc opératoire, la notion de conflit et l'outil pédagogique qu'est la simulation.

La deuxième partie abordera plus la dimension empirique et les choix qui ont été menés pour notre recherche, et enfin la troisième partie exposera les résultats découlant de nos travaux.

## II. Cadre conceptuel

### 1. Contextualisation

#### 1.1. Émergence du problème

Ayant eu la possibilité d'exercer des deux côtés du champ opératoire, j'ai la connaissance des textes spécifiques régissant les deux métiers, et je sais reconnaître les temporalités spécifiques à chaque fonction.

Ainsi s'il existe une seule dénomination d'IBODE il faut constater qu'un grand nombre d'infirmières exerçants au bloc opératoire n'ont pas la spécialité d'IBODE mais exercent la fonction en tant qu'IBO.

Le poste d'infirmière au bloc opératoire est multiple. Elle peut exercer en tant qu'instrumentiste, c'est-à-dire qu'elle devra s'habiller stérilement et sera au plus près du chirurgien pour le servir en instruments chirurgicaux selon les besoins de l'opérateur.

C'est un rôle très important qui nécessite une très bonne connaissance de la chirurgie et des différents temps chirurgicaux, mais aussi des complications éventuelles pour savoir anticiper les besoins en matériel ou en instruments.

Elle peut alors être amenée à aspirer les saignements de la plaie opératoire.

Mais aussi depuis le décret du 27 janvier 2015, certains actes sont devenus exclusifs au métier d'IBODE, tels l'installation chirurgicale du patient, la fixation des drains sus-aponévrotiques, et surtout la fermeture cutanée et sous-cutanée.

Même si l'application de ce décret est toujours difficilement applicable et se retrouve repoussée à juillet 2019, il met en exergue une responsabilité accrue des IBODE.

Dans mon exercice IADE, cette position d'ancien IBO m'a rendu plus légitime dans certaines prises de position vis-à-vis de l'équipe chirurgicale et de l'équipe IBODE.

Il était pour moi plus facile d'expliquer mes nouvelles priorités d'action, et de le mettre en relation directe avec la temporalité de mes anciens pairs, pour essayer de trouver des moments d'actions communes.

C'est donc surtout grâce à la communication, à la discussion, que j'ai pu trouver des terrains d'entente, et créer une entraide réelle entre les deux équipes, voire de coopération.

En 2012, j'ai mené avec une collègue IADE un travail de recherche autour de la représentation du métier d'IADE par les autres professionnels médicaux, paramédicaux et les patients.

Ce travail, présenté au congrès de la SFAR, a entre autres choses démontré une méconnaissance du décret de compétences des IADE et donc de leurs actions propres particulièrement par les IBODE et les IDE.

Les réponses collectées à l'époque montraient que les IBODE avaient des représentations parfois erronées du métier IADE, parfois même, on y trouvait des notions assez péjoratives avec la notion de « shérif des blocs », et à l'interrogation du rôle principal de l'IADE une maxime est devenue le titre de ce travail « L'IADE est là pour surveiller le café du MAR et non le marc du café ».

Cette phrase cachait sans aucun doute sous une forme humoristique, une vraie critique acerbe sur le métier d'infirmier anesthésiste.

Il n'existe pas à ma connaissance de travail sur la connaissance du décret IBODE par les autres professionnels, mais les conclusions de méconnaissance par les IADE du décret de compétence IBODE seraient à mon avis probablement identiques.

Il n'est pas rare d'entendre les IADE utiliser eux aussi des adjectifs peu reluisants sur le métier des IBODE, tel le mot « ouvre-boîtes » qui démontre un vrai manque de connaissance du travail très rigoureux de l'instrumentiste et de la circulante au bloc qui doit toujours être dans l'anticipation des temps chirurgicaux et des besoins spécifiques à chaque intervention et à chaque problématique éventuelle.

D'un point de vue plus institutionnel, les blocs opératoires et les équipes d'anesthésie ont intégré le même pôle depuis quelques mois, et dès lors il apparaissait opportun de créer des formations communes aux différentes équipes.

Cependant, force est de constater que peu de formations du catalogue offertes au CHU d'Angers seraient en lien avec l'univers du bloc opératoire et permettraient aussi de travailler dans cette mixité.

## 1.2. Les questionnements

Dans l'univers des blocs opératoires, on ne parle pas d'une seule équipe paramédicale de soins, mais bien de deux équipes distinctes que sont les équipes d'anesthésie et les équipes de bloc opératoire.

Dès lors, il nous est apparu important d'aller définir cette notion d'équipe et celle de groupe, mais aussi, pour aller plus loin dans la compréhension des phénomènes mis en jeu, nous avons voulu définir d'autres déterminants à leurs constitutions tels que l'identité et l'interdisciplinarité.

Nous avons aussi souhaité pouvoir mieux comprendre en quoi le bloc opératoire serait un lieu à part dans l'hôpital et analyser pour quelles raisons cet univers semble être plus enclin à la création de difficultés, de conflits.

Le mot de conflit étant venu plusieurs fois à notre esprit, il nous est apparu important de revenir sur cette notion, et d'essayer de déterminer les éléments constitutifs à ces situations conflictuelles pour étudier les méthodes de résolutions décrites dans la littérature qui pourraient être utilisées par un cadre de santé.

Enfin, afin de questionner la communication entre les équipes, nous étudierons la simulation comme outil pédagogique pour voir si celle-ci pourrait permettre d'instaurer et de faciliter la communication interprofessionnelle pour in fine essayer d'en faire un outil de gestion du conflit pour le cadre.

## 2. Définitions des concepts clés

Au regard de toutes ces questions initiales, il nous est apparu important de commencer par définir la notion d'équipe et d'essayer de comprendre le fonctionnement d'une équipe depuis sa création et d'analyser ses moyens d'autorégulation.

### 2.1. L'équipe de soins

#### 2.1.1. De l'individu au groupe

Dans le cadre de l'exercice professionnel, l'individu est rarement seul. Dans une structure hospitalière, la prise en charge d'un patient ne peut être réduite à une seule personne.

Ainsi, même les médecins se réunissent pour travailler en groupe, ou staff, pour faciliter les échanges d'idées, la mise en commun de réflexion autour d'une conception de parcours de prise en charge.

L'individu doit savoir se placer au sein d'un groupe d'individualités. Ainsi, le groupe va se définir par « un ensemble de personnes ou de choses ayant des caractéristiques communes et un objectif commun ».

Pour aller plus loin dans la définition du groupe, il paraît intéressant d'utiliser la vision de Marvin Shaw qu'il décrit dans son ouvrage sur la dynamique des groupes :

« Un groupe est formé par au moins trois personnes qui vont interagir, s'influencer mutuellement et se percevoir comme un. »

Dès lors, la notion de groupe commence pour lui dès qu'un tiers se rajoute à un binôme d'individu et que débutent des formes d'alliances entre personnes, d'interactions dans le groupe. Il existera alors une organisation interne à ce groupe qui répartira les rôles et les tâches de chacun des intervenants de ce groupe.

C'est dans ce sens que Lewin définit plus précisément le groupe comme « un ensemble d'individus interdépendants et ayant en conséquence une influence les uns sur les autres ». Cette association d'individus semble être due à la nécessité de ne pas être seul face au quotidien.

De façon empirique, Charles Horton Cooley distingue trois catégories de groupes :

- Le groupe primaire : c'est celui où les relations sont les plus chaleureuses, basés sur la solidarité, il s'agit là des groupes familiaux et amicaux.
- Le groupe secondaire : comprends plus les relations impersonnelles où on ne connaît pas forcément tous les autres membres du groupe. Ces groupes peuvent être liés à l'appartenance à une entreprise.
- Le groupe d'appartenance : c'est là un groupe auquel on s'identifie, auquel on souhaite appartenir., il s'agit donc d'un groupe de référence.

On constate alors aisément qu'il existe des groupes d'individus dans les hôpitaux, mais pourquoi et comment ces groupes se transforment-ils en équipe ?



### 2.1.2. Notion d'équipe

À l'instar du milieu sportif, la notion d'équipe dans le monde hospitalier est souvent mise en avant.

Ainsi, dans le milieu paramédical on parle très souvent d'équipe de soins, d'équipe infirmière et, pour le bloc opératoire, des équipes de bloc et des équipes d'anesthésie.

Mais, quels sont les critères qui définissent une équipe et, existe-t-il des critères permettant de juger de l'efficacité du travail d'une équipe ou de sa qualité ?

À l'origine, en cherchant à mieux comprendre par l'étymologie, le mot équipe viendrait, selon le Centre national de ressources textuelles et lexicales, de l'univers de la marine marchande ou « esquiper » voulait dire prendre la mer.

Pierre Villepreux, ancien international de rugby déclare un peu dans ce sens « Dans une équipe il n'y a pas de passagers il y a un équipage. »

De nos jours d'après le Larousse, l'équipe peut se définir par « un ensemble de personnes travaillant à une même tâche » ou « un groupe de personnes unies par des activités, des intérêts communs ».

Cette dernière définition semble plus appropriée à l'univers hospitalier où l'intérêt commun résiderait dans une prise en charge efficiente du patient.

Pour aller dans ce sens, Gurvitch précise que l'équipe est « un ensemble d'individus organisés œuvrant pour un même objectif qui sont centrés sur la tâche et sur le groupe. »

Pierre Cauvin, spécialiste du Team Building, explique dans son ouvrage « La cohésion des équipes » que « l'équipe est le lieu où se renforcent les actions de chacun par le jeu des échanges, où s'unifie l'activité, où se crée un esprit commun ». (1)

C'est sans doute cela le fameux « esprit d'équipe » si souvent utilisé particulièrement dans le milieu sportif, mais aussi mis en avant par certaines équipes particulièrement soudées.

Dans ce contexte, il est important d'insister sur le fait que l'équipe ait participé à définir l'objectif qu'elle cherche à atteindre.

Alors, si définir l'équipe semble étymologiquement aisé pourquoi l'appartenance à une équipe semble moins simple à définir.

### 2.1.3. Notion d'identité

Quand on parle d'une équipe pluridisciplinaire, il paraît intéressant de constater que chaque discipline possède aussi une identification propre, et que, de plus, chaque individu possède son identité personnelle.

Il semble donc opportun de définir dans un premier temps le mot « identité » qui selon le Larousse est « le caractère permanent et fondamental d'un individu ou d'un groupe, qui fait sa singularité ».

La racine latine du mot « *idem* » signifie aussi « le même » prouvant bien que l'identité ramène les individus d'un groupe à des valeurs communes.

On retrouve cela dans la définition du dictionnaire de sociologie « ce en quoi je me reconnais et dans quoi les autres me reconnaissent ».

Cette identité représente ainsi notre personnalité qui va évoluer selon nos expériences, notre vécu, mais aussi le regard des autres sur nous selon leurs propres perceptions.

Cette notion d'identité individuelle, propre, se complète ultérieurement par l'identité professionnelle.

M. Castra donne cette définition « l'identité est constituée par l'ensemble des caractéristiques et des attributs qui font qu'un individu ou un groupe se perçoivent comme une entité spécifique et qu'ils sont perçus comme telle par les autres. » (2)

Ainsi, l'identité d'une profession serait liée au fait de partager des mêmes conceptions qui définissent en soi l'identité d'une profession allant au-delà des simples vécus individuels.

Renaud Sainsaulieu (3) la définit comme « une forme particulière d'identité sociale », pour Dubar, la construction identitaire est considérée « comme une notion duale entre l'identité pour soi et l'identité pour autrui ». (4)

Goulet de Rugy précise lui que « c'est en vivant de façon positive ce conflit sociocognitif, que chacun développe son autonomie professionnelle et apprend à se situer dans une équipe de travail, avec sa spécificité propre et en acceptant celle des autres ». (5)

Ainsi si l'individu a son identité propre, elle s'efface au profit d'une identité professionnelle selon le groupe d'appartenance pour mieux être intégré à ce groupe.

On pourrait rapprocher aussi cette notion d'identité au besoin d'appartenance à un groupe décrit par Maslow dans sa pyramide des besoins.

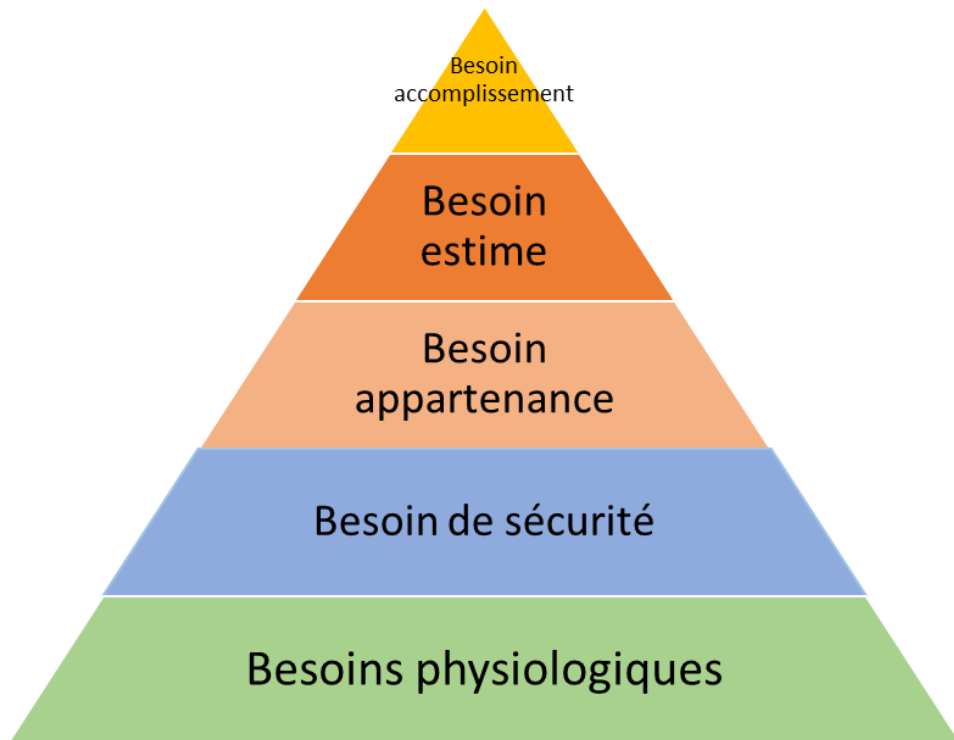


Fig 1 : Pyramide des Besoins selon Abraham Maslow

Celle-ci représente les besoins physiologiques de l'individu dont la base est supposée être les besoins physiologiques.

Le deuxième besoin décrit par Maslow étant représenté par le besoin de sécurité.

La notion d'appartenance à un groupe est pour lui le troisième besoin de l'individu qui arrive juste après les besoins physiologiques et celui de sécurité.

Pour Abraham Maslow chaque niveau de besoin précédent doit être pleinement assouvi pour pouvoir passer au suivant. Cela démontre bien l'importance pour tout individu d'appartenir à un groupe puisqu'il devance le besoin d'estime de soi et d'accomplissement de soi.

M. Castra précise lui que « l'identité est constituée par l'ensemble des caractéristiques et des attributs qui font qu'un individu ou un groupe se perçoivent comme une entité spécifique ».

Ainsi, souvent les IADE sont considérés comme des professionnels de santé possédant une très forte identité propre à leurs fonctions, pour E. Chapalain dans le magazine Oxymag, ouvrage professionnel spécialisé pour les IADE, on retrouve chez les IADE « la quintessence de l'identité dérivée du modèle médical ». (6)

Pour R. SAINSAULIEU l'identité professionnelle est « la façon dont les différents groupes s'identifient aux pairs, aux chefs », en précisant que « l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes ».

Il s'agirait donc d'une sorte de phénomène d'identification aux collègues et à leurs façons de fonctionner.

Cette reconnaissance d'appartenance à un groupe professionnel qu'on pourrait appeler appartenance sociale, est souvent liée à l'ancienneté dans la profession ou à l'acceptation par les pairs une forme d'adoubement qui repose encore souvent sur une forme de passage de rites initiatiques.

Ainsi dans un ouvrage de S. DIVAY intitulé « les dessous cachés de la transmission du métier de soignante », l'auteur souligne que « cette reconnaissance professionnelle suppose une soumission vis-à-vis des anciennes et une acceptation de leurs conditions et de leurs règles formelles et informelles ».

De ce fait, le mode d'apprentissage par compagnonnage semble être une des origines de ce sentiment prégnant d'appartenance, il s'agit pour l'apprenant de s'approprier les codes de son nouveau groupe et de son tuteur, ces codes pouvant même être des éléments de langage ou des codes vestimentaires.

Au bloc opératoire la tunique pyjama, démontre que vous travaillez au bloc.

L'utilisation d'un langage propre permet aussi de démontrer la connaissance spécifique au métier, ainsi le louchebem chez les bouchers, ou le langage très médical pour les blocs opératoires.

L'identité professionnelle peut être vécue comme l'appartenance à un groupe, parfois majorée par la présence et la participation à une association de professionnels.

Il existe ainsi, souvent, des associations répondant à la loi 1901 autour des infirmières anesthésistes. Ces associations ont souvent initialement un but de récolter des fonds afin de financer des formations professionnelles, quand celles-ci ne peuvent être prises en charge d'un point de vue institutionnel.

Mais, ces associations ont aussi démontré l'importance de leur engagement pour la défense de l'identité IADE en étant au départ des mouvements de protestation et de grève pour le maintien de l'exclusivité d'exercice IADE en 2010, et aussi, en centralisant les informations pour mieux les diffuser sur l'ensemble du territoire.

Sur le CHU d'Angers, c'est l'association Anesthesiade qui a ainsi pour but de permettre d'envoyer un ou plusieurs de ses adhérents, à des congrès professionnels que l'institution ne peut pas financer.

À un autre niveau, il existe aussi le Syndicat National des Infirmiers anesthésistes (SNIA) qui a pour but de protéger les intérêts des IADE. Mais, cette profession a aussi la faculté à rapidement se retrouver autour de valeurs professionnelles propres à l'exercice du métier, ainsi en 2010 l'ensemble de la profession s'est fédérée pour défendre l'exclusivité d'exercice de la profession.

Pour les IBODE, l'existence identitaire est plus récente, ainsi, il existe un groupement appelé UNAIBODE (Union Nationale des Associations des Infirmières de Bloc Opératoire Diplômé d'État) et depuis 2017 a été créé un syndicat national IBODE : le SNIBO, preuve que la notion identitaire fait son chemin aussi chez les IBODE.

#### **2.1.4. Notion d'interdisciplinarité**

Au sein des équipes paramédicales, on demande à des personnes venant de métiers différents de travailler ensemble, de collaborer.

Le mot collaboration vient du latin « *cum laborare* » qui signifie littéralement travailler avec.

Il est décrit principalement trois formes d'articulation de travail : la transdisciplinarité, l'interdisciplinarité et la pluridisciplinarité.

Le préfixe « *inter* » apporte une précision sur la collaboration en évoquant une forme d'opposition entre deux parties et en même temps un espace commun entre les parties.

Jean Piaget définit l'interdisciplinarité comme « la collaboration entre disciplines diverses ou entre des secteurs hétérogènes qui conduit à des interactions proprement dites, tel qu'il y ait des enrichissements mutuels ». (7)

Ainsi, le travail en équipe interdisciplinaire fait appel à la collaboration entre différents membres pour atteindre un objectif commun et permettre in fine la qualité des soins auprès du patient.

On peut comme Bayle parler dans ce cadre de « mise en synergie des compétences de chacun ». (8)

Cette notion de collaboration interprofessionnelle est aujourd'hui au cœur de notre système de santé et la HAS dès 2013 a mis en place un programme collaboratif pour permettre aux équipes paramédicales de mieux travailler ensemble, ce programme s'intitule PACTE. (9)

#### **2.1.5. Le programme PACTE**

Conscient que les difficultés interprofessionnelles pouvaient être source de survenue d'évènements indésirables graves, la HAS a proposé à des équipes volontaires de s'engager dans un processus d'accompagnement qui fixait trois phases.

Une première phase de diagnostic permettait d'identifier les problématiques de fonctionnement en équipe.

La seconde phase devait permettre à l'équipe de construire un programme d'action basée sur la communication, la dynamique de groupe, l'implication des patients et la gestion des risques. La dernière phase était une évaluation du travail collaboratif.

Dans son rapport final, la HAS conclut que la littérature scientifique existante démontre qu'un travail d'équipe efficace :

- lutte contre la survenue d'évènements indésirables
- est un facteur de qualité de la prise en charge du patient
- est un facteur de qualité de vie au travail pour les professionnels

Le but est de faciliter le partage de connaissances, de compétences, par la confrontation des idées et des points de vue.

L'interdisciplinarité implique donc une forme de confrontation et d'échanges de points de vue.

En ce sens, on pourrait assimiler cela à du conflit sociocognitif comme le décrit Lev Vygotsky. Pour cet auteur, c'est la construction d'un conflit interne à l'individu, il s'agit alors d'une confrontation entre les différentes conceptions que l'individu rencontre dans son environnement social, d'une forme de déséquilibre lié à des points de vue différents de celui de l'individu.

In fine, il sera alors amené à réviser sa propre représentation et celles des autres pour se créer son propre savoir issu de toutes ces réflexions.

#### **2.1.6. Crew Resource Management en Santé**

Le CRM Santé est une technique mise en avant par la HAS dans le cadre du projet PACTE qui permet de faire un diagnostic de fonctionnement de l'équipe de santé.

Cette technique s'intéresse particulièrement à :

- La communication
- Le soutien mutuel
- L'évaluation des situations et le feedback
- Le leadership dans l'équipe.

Dans le cadre des 50 projets de la phase pilote de PACTE, 77% des équipes révélaient des difficultés de fonctionnement.

## **2.2. L'espace du bloc opératoire**

### **2.2.1. Un espace clos**

Le bloc opératoire est un espace névralgique hospitalier, fermé, c'est un espace protégé avec des règles d'hygiène très importantes, un microcosme avec des règles de flux, de circuits patients et de déplacements très pointus.

Et pourtant, c'est un univers impitoyable où existent des guerres de pouvoir et d'influences entre chirurgien (et son équipe) et anesthésiste (et son équipe), mais parfois aussi entre paramédicaux.

Le bloc opératoire est pourtant bien au cœur du système hospitalier, de par l'importance financière de son activité impacte l'économie de l'hôpital, particulièrement depuis l'instauration de la tarification à l'acte.

C'est pourquoi tout élément impactant aujourd'hui sur l'efficacité de l'activité des blocs doit être étudié et combattu.

Dans cet univers clos, semblent pourtant perdurer encore aujourd'hui des rites de passage et des interactions conflictuelles liées à des rémanences de hiérarchie médicale des siècles passés. Ainsi, il n'est pas rare d'entendre certains chirurgiens dire que « les jeunes internes doivent endurer ce que leurs propres chefs déjà leur faisaient endurer ».

La particularité du bloc opératoire est que de nombreux professionnels gravitent autour du patient, mais que ceux-ci ont tous des priorités différentes alors qu'une convergence fondamentale existe autour de l'action à apporter au patient.

Par exemple, les emplois du temps des équipes d'anesthésie et des chirurgiens ne coïncident pas.

Or pour le chirurgien le bloc opératoire est « son » univers, voir « son bloc » et l'organisation de cet univers devrait donc être centré sur son activité au détriment des activités connexes.

Ainsi, il est toujours difficile d'expliquer que l'activité paramédicale débute à 8h et que de facto, le bloc ne peut commencer à 8h, car l'heure d'embauche du personnel ne correspond pas à l'heure de mise en marche des salles d'intervention qui ne peuvent débiter qu'après vérification et remplissage des checklists adéquates.

Les organisations de travail paramédical ne sont pas toujours en adéquation complète avec les souhaits d'organisation des vacations opératoires pour le chirurgien.

De nombreux conflits naissent ainsi des horaires de fin de programme opératoire le soir, alors que les horaires paramédicaux se terminent et que le programme n'est pas fini.

On est alors en droit de se demander si la connaissance de l'autre permettrait d'anticiper voire d'empêcher ces conflits ?



L'interprofessionalité est un élément majeur pour le cadre de santé qui a le bloc en responsabilité.

Nicole Smolski, ancienne présidente du SNPHAR, définit le rôle du manager de bloc opératoire comme le fait de « transformer une horde de solitaires en un groupe social où les individus reconnaissent des règles communes de fonctionnement ».

De façon plus précise, Franck Lagneau, explique que « *l'objectif final doit être de transformer une équipe d'experts en une équipe experte* ». (10)

Il paraît important que les différents corps de métiers puissent coexister dans un univers restreint d'activités.

Pourtant force est de constater que souvent perdurent des groupes de professionnels distincts, entre lesquels existent parfois une vraie défiance. Et, c'est bien dans ce cadre délicat que l'on observe la diminution des espaces de discussions et aussi la raréfaction des réunions interdisciplinaires.

Les deux spécialités infirmières qui travaillent ensemble IADE et IBODE, travaillent de part et d'autre du champ opératoire, mais ne collaborent que très rarement ensemble et semblent méconnaître les activités de l'autre.

Ainsi, dans l'étude menée par Y. Moriceau et A. Espinet pour la SFAR (11), il était noté que les IBODE ne connaissent que peu le rôle de l'IADE.

Sur les différentes IBODE interrogées dans cette enquête, seulement 28% associaient l'IADE à l'équipe d'anesthésie, et seules 50% les associaient à la surveillance peropératoire des patients.

On peut donc conclure que la communication d'équipe semble bien être impactée par les relations interprofessionnelles et les méconnaissances des activités propres à chacun.

Pour aller en ce sens, les chiffres constatés par la HAS, dans le cadre du programme Pacte, seraient qu'aujourd'hui 35% des Événements indésirables graves (EIG) déclarés seraient liés à des erreurs de communication dans les équipes. (9)

Les deux autres facteurs d'erreurs les plus fréquents sont eux liés à un manque de connaissances ou de compétences.

Alors, quels seraient les éléments sur lesquels nous pourrions travailler pour une meilleure prise en charge du patient ?

De manière évidente, à la vue de ces chiffres, la communication paraît un élément important à faire progresser, et en ce sens la simulation est un outil parfaitement adapté, car présentant de nombreux scénarii axés sur la communication en situation d'urgence.

Un des éléments importants découlant de ces sessions est l'importance de la prise de leadership par un des intervenants.

Le leadership peut lui aussi être travaillé par l'utilisation de la simulation, car s'il existe bien une forme de leader naturel, le leadership issu de l'apprentissage peut être un objectif pédagogique de la simulation.

Et dans le cas de situations ayant lieu au bloc opératoire, il paraît utile d'imaginer que ce leadership puisse se reporter sur le cadre de santé en charge du secteur.

### **2.2.2. La place du cadre de bloc**

Aujourd'hui, quelques recherches sur internet ou en interrogeant par le bouche-à-oreille, montrent que de nombreux blocs opératoires sont à la recherche de cadre de santé.

Ce poste, jugé peu attractif est très souvent porteur d'une réputation de poste difficile.

Statutairement, le cadre de bloc est responsable de la coordination et du contrôle de l'ensemble de l'activité de soins du bloc opératoire.

Il est aussi le garant de l'organisation du planning des vacations opératoires au regard du respect des chartes de bloc qu'il peut mettre en place.

Il permettra ainsi, à la fois l'efficacité de l'organisation de l'activité et la qualité de la relation entre les différents intervenants. Il doit aussi juger de la coordination logistique entre matériel et intervention, savoir commander du matériel de prêt, être un relai constant entre les services d'hospitalisation, de stérilisation et le bloc opératoire et la salle de surveillance post-interventionnelle.

En constatant que de nombreux postes de cadre de bloc opératoire restent vacants ou ne trouvent pas preneurs, nous avons interrogé sur les vraies raisons expliquant cette défection.

En interrogeant les collègues de promotion étudiants cadre de santé, il nous est apparu rapidement la complexité du poste, la non-expertise de l'anesthésie ou du bloc et surtout les problèmes liés aux personnalités des principaux intervenants dans les blocs opératoires en la personne des anesthésistes et des chirurgiens.

Au-delà des notions de conflit qui seront abordées dans le paragraphe suivant :

Comment permettre au cadre d'asseoir sa posture de coordonnateur de l'activité de bloc ?

Comment permettre au cadre de devenir un leader dans l'activité de bloc opératoire ?

Le leadership est défini par Northouse comme « le processus par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun ».

Être leader, c'est être capable de mobiliser l'ensemble de la collectivité du bloc opératoire autour de la prise en charge des patients.

Le cadre leader doit ainsi réussir à donner la possibilité à tous les intervenants du bloc de participer à l'atteinte de cet objectif.

La problématique du cadre de bloc comme leader est complexe, car il risque de faire apparaître des formes de jalousie, mais aussi de conflit avec des personnalités qui aiment le pouvoir (tels les chirurgiens et les anesthésistes).

C'est la difficile particularité d'un cadre de santé au bloc opératoire, comment réussir à gérer un ménage à trois, entre l'anesthésie et la chirurgie ?

Le cadre doit savoir faire preuve de diplomatie, et finalement faire souvent un choix d'alliance avec un des deux corps pour ne pas se retrouver isolé face à une alliance médicale qui lui sera défavorable.

C'est donc tout l'art pour le cadre de réussir à se positionner en leader, d'avoir la capacité à développer la confiance que les autres membres vont lui apporter.

La particularité évidente du bloc est que ce positionnement peut être facilité par l'expertise du cadre, si celui-ci est cadre IADE ou cadre IBODE, mais certains cadres ne possédant pas une de ces spécialités réussissent par leur charisme et leurs capacités de structuration et de considération.

La structuration se définit alors par la capacité du cadre de donner des tâches précises à accomplir à ses agents pour permettre l'atteinte d'objectifs précis et d'un niveau de performance bien défini.

## 2.3. Les conflits

### 2.3.1. Définition

Rapidement, pour décrire les relations professionnelles au sein du bloc, le mot de conflit est apparu.

Il paraît dès lors important de définir le mot conflit. Étymologiquement, ce concept est dérivé du mot latin « *conflictus* » qui signifie choc, guerre.

D'après le Larousse, le conflit se définit par : « Violente opposition de sentiments, d'opinions, d'intérêts dont la solution peut être recherchée soit par des mesures de violence, soit par des négociations, soit par l'appel à une tierce personne ».

### 2.3.2. Approche sociologique

Mais au-delà de cette définition où l'on saisit la notion de désaccord plus ou moins violent, le regard de la sociologie nous éclaire davantage.

Ainsi Picard et Marc (12), décrivent 8 sortes de conflits interprofessionnels :

- Les conflits d'intérêts
- Les conflits de pouvoir
- Les conflits identitaires
- Les conflits territoriaux
- Les conflits de relations
- Les conflits cognitifs
- Les conflits affectifs
- Les conflits culturels

Les conflits de territoire et d'identité paraissent des notions importantes à retenir dans le cadre qui est celui de notre travail, mais les conflits d'intérêt et de pouvoir sont à ne pas négliger dans l'univers du bloc opératoire.

L'identité est alors considérée comme « la manière dont on se définit et la manière dont les autres nous définissent ».

Il peut y avoir ici un biais avec le concept de représentation qui est plus l'image que l'on se fait de quelqu'un ou de quelque chose.

a) **Notion de pouvoir**

On peut donc imaginer aisément un rapprochement avec le concept de pouvoir élaboré par Crozier et Friedberg qui définissent le pouvoir comme « une relation d'échange, mais où les termes sont plus favorables à l'une des parties en présence.

C'est un rapport de force, dont l'un peut retirer davantage que l'autre mais, où l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre ».

Robert Dahl donne lui une autre définition plus explicative : « Le pouvoir de A sur B se résume en la capacité de A d'obtenir que B fasse quelque chose qu'il n'aurait pas fait sans l'initiative de A ou que dans sa relation avec B, les termes lui sont favorables ».

Philippe Bernoux va plus loin en rapprochant la notion de pouvoir et de l'organisation : « c'est la capacité qu'a un individu d'agir sur d'autres individus ou groupe et d'affecter concrètement les fonctionnements et les résultats d'une organisation donnée en obtenant que telle ou telle décision soit prise ».

Le bloc opératoire est une zone où il existe de fortes zones de pouvoir. Il n'est pas rare d'entendre un chirurgien dire qu'il est dans « son bloc ».

L'utilisation du possessif n'est pas anodine, et démontre bien que le chirurgien exerce son pouvoir sur cet univers.

La difficulté résidera donc pour le cadre d'être placé dans ce que Crozier et Friedberg dans leur ouvrage intitulé « l'acteur stratégique » appellent une zone d'incertitude, c'est-à-dire le fait d'être à l'intersection de différentes zones de pouvoirs et cette localisation provoque une incertitude sur les comportements des acteurs. Ici, il faut entendre ces zones de pouvoir par celles exercées par les chirurgiens et celle différente des anesthésistes.

Dans la compréhension des conflits intergroupes, il est intéressant de prendre en compte l'expérience de M. Shérif.

Celui-ci a démontré que la constitution d'un groupe et l'acceptation des règles qui régissent le groupe impliquent une identification.

Pour rappel, ses expériences étaient basées sur le fait de faire passer des personnes dans une pièce noire, et de montrer un point lumineux fixe et de demander s'il était mobile ou non.

Dès lors, se mettait en place une norme collective qui remettait en cause les réponses individuelles des membres isolés.

Il a mis ainsi en évidence les influences des minorités actives, où comment une seule personne peut exercer un pouvoir sur le groupe.

C'est ainsi qu'il parle de la conformité comme de la capacité qu'ont les membres d'un groupe à se conformer aux demandes d'une personne ou d'un groupe de personnes par des pressions explicites ou implicites.

Pour Shérif, cette acceptation à la conformité peut résider dans le souhait d'évitement du conflit de l'individu.

On pourrait aussi imaginer que le pouvoir des médecins sur les paramédicaux s'exprime aussi par une forme de soumission à l'ordre.

Ainsi, comme l'a démontré Stanley Milgram dans son expérience, la soumission aux ordres d'une autorité que l'on considère comme légitime peut amener des individus à des comportements déviants.

Au départ de cette expérience, le psychosociologue américain désirait comprendre comment les nazis avaient mis en place le génocide des juifs pendant la Seconde Guerre mondiale.

Son expérience consistait à emmener des sujets à envoyer des décharges électriques à un compère en fonction de réponses à un test de mémorisation.

Le vrai but de cette expérience était de tester l'influence « de la blouse blanche » et de constater à partir de quel moment il existait une rupture à la soumission ce que Milgram appelle la dissonance cognitive.

Il aboutira à un taux d'obéissance proche des 60%.

Dans le bloc opératoire, on peut imaginer que cette forme de soumission existe, et que les paramédicaux se soumettent aux médecins sous la responsabilité desquels ils travaillent. C'est ce que Milgram décrit comme un passage d'une fonction autonome en fonction agentique, où l'infirmier serait juste un agent exécutif de l'autorité médicale à laquelle il rejette la responsabilité de ses propres actes.

#### b) **Équipe paramédicale et le besoin de reconnaissance**

Au sein d'une équipe pluri professionnelle de santé, il paraît alors simple d'imaginer des formes de pouvoir pouvant être liées aux compétences, ou aux relations entre l'organisation et l'environnement.

French et Raven décrivent 5 pouvoirs dont deux paraissent opportuns à l'étude de notre situation : la légitimité et la compétence.

Chaque équipe paramédicale veut se faire reconnaître et ainsi faire valoir sa légitimité et ses compétences.

Les conflits au bloc opératoire seraient alors la résurgence du besoin de chaque équipe d'exprimer sa particularité par un jeu de pouvoir, dans un but plus ou moins avoué de légitimité.

Si le conflit est toujours chargé en émotion, Kohlrieser considère que « les conflits ne sont ni bons ni mauvais, mais sont des signes d'énergie et sont des sources d'engagement ». (13)

Mais, le conflit peut être déclaré de façon évidente ou bien latente et résurgente. Toute la problématique liée à la latence est due à un manque de communication, à des non-dits.

#### **2.3.3. Résolution de conflits**

Afin de mieux résoudre les conflits dans son service, le cadre doit pouvoir, dans un premier temps repérer les sources de dysfonctionnement.

Ainsi, il devra constater s'il s'agit-il de problèmes liés à la personnalité des individus qui sont parties prenantes à la situation conflictuelle, ou bien s'il s'agit-il d'un conflit lié à l'organisation ou encore à d'autres problématiques ?

Une des méthodes les plus utilisées pour évaluer les causes de conflit est la Méthode de Thomas-Kilman.

a) **Méthode de Thomas-Kilmann**

La méthode de Thomas-Kilmann permet d'évaluer les comportements des protagonistes d'un conflit pour mieux en permettre la compréhension et donc la résolution.

Tout d'abord, il faut analyser le comportement des individus selon deux axes que sont la détermination et la coopération qui seront à définir.

La détermination est selon cette méthode le fait de « chercher à satisfaire ses propres aspirations ». Et, la coopération est le fait de « chercher à satisfaire les aspirations des autres ».

En fonction des différents comportements décrits, il y aura cinq méthodes différentes pour aborder la résolution de la situation conflictuelle.

Ces cinq méthodes s'articulent autour de 5 attitudes différentes qui sont :

Rivaliser, collaborer, chercher un compromis, éviter et céder.

Ainsi, pour ces auteurs, rivaliser correspond à l'attitude de quelqu'un de déterminé, mais en manque d'esprit de coopération.

Un acteur qui est dans collaborer nécessite qu'il soit à la fois déterminé et coopératif, il s'agira donc ici d'un élément important du groupe, car il est enclin à trouver une solution appropriée pour les deux versions opposées d'un conflit.

Éviter c'est être à la fois peu coopératif et en manque de résolution. C'est ne pas répondre à aucune des options du conflit.

Cependant si l'évitement peut parfois être jugé comme une forme de lâcheté, il faut aussi considérer cette possibilité comme une possibilité de reporter le problème à une date proche plus propice à la résolution du problème.

Chercher un compromis est une option pour une personne déterminée et coopérative, c'est chercher une solution moyenne aux deux options du conflit.

Et enfin, céder, c'est à la fois un manque de coopération et un manque de résolution. C'est le fait de s'oublier, de ne pas tenir compte de son propre avis en situation de conflit, soit par générosité soit par manque de courage.



Dans un apport théorique reçu lors de l'année scolaire à l'université d'Angers, Mme Chikh Y. a abordé des conditions essentielles à la négociation. Elle explique particulièrement la difficulté de mettre à distance ses propres perceptions du conflit, ceci dans le but d'être plus facilement dans une attitude assertive et dans une forme d'écoute active.

#### b) **La communication non violente**

Il s'agit d'une technique de communication inventée par Marshall B. Rosenberg qui a pour but d'augmenter notre attitude bienveillante d'écoute et de majorer la sensation de bienveillance renvoyée à l'autre. Le terme communication non violente (CNV) renvoi surtout au fait de ne pas tenter de nuire à la personne écoutée et utilise le concept de bienveillance. Cette méthode utilise une démarche dite OSBD qui se compose de quatre étapes, c'est-à-dire Observation, Sentiment, Besoin, Demande.

La personne qui utilise cette méthode doit être formée et tournée vers la relation à autrui. La période d'observation doit amener à un observateur à décrire sans préjugé la situation, en étant aussi neutre et objectif que possible.

La phase de sentiment permettra comme son nom l'indique l'expression des sentiments ressentis par les différents acteurs du conflit. Chacun devra exprimer et essayer de comprendre ces sentiments, des plus évidents au plus cachés voir refoulés.

La troisième étape intitulée Besoin, devra faciliter l'émergence des besoins qui découlent de l'expression des sentiments de l'étape deux. Par exemple face à un sentiment de peur, j'ai besoin d'être rassuré.

Et enfin l'étape de demande, consiste à demander à l'autre, au regard de mes besoins priorités dans l'étape précédente, une action ou une connexion de type communication.

L'utilisation de cette CNV a titre personnel permet de prendre de la hauteur face à certains évènements pour mieux analyser ses propres émotions et réussir à mieux juguler certaines sensations très négatives qui impactent notre propre santé psychique.

Pour le cadre de bloc, pratiquer la CNV, c'est pouvoir être reconnu par son équipe pour posséder une écoute empathique. C'est aussi savoir prendre de la hauteur pour mieux discerner et analyser les émotions des uns et autres afin de réussir à faire émerger des besoins et des demandes.

Tout cela permettra au cadre d'être reconnu dans la recherche d'une meilleure qualité de vie au travail.

c) **Appropriation par le cadre de santé**

Dans un premier temps le cadre pourra s'appuyer sur les connaissances élaborées par la méthode de Thomas et Kilmann, pour déterminer les différentes personnalités qui composent son équipe.

Cette expertise de terrain est pour lui la certitude de mieux appréhender les causes de conflits dont la racine est souvent propre aux individus.

Pour arriver à dénouer ces types de problèmes le cadre devra essayer de faciliter la communication et ne pas nier ou négliger l'étendue du conflit.

Il est nécessaire de comprendre ce qui a induit l'émergence de situations conflictuelles dans son équipe. Il devra aussi détecter les prémices des situations aigües, ces petites incivilités qui peuvent être le terreau à des situations conflictuelles plus importantes.

C'est ainsi que ; des insultes, des injures, parfois même des bousculades ou des actes physiques devront être rapidement débriefés dans le but d'éviter la diffusion à tous les membres du service par phénomène de propagation.

Ce temps de débriefing dans l'équipe sera important, d'autant plus que le stress lié à l'activité, ou à une problématique d'organisation, ou bien à l'enchaînement de l'activité de travail empêche souvent les temps de parole entre agents et donc l'explication entre les différents membres impliqués du personnel.

Quand ce temps d'échange n'est pas fait ou pas bien fait, alors il y aura un risque de voir ce conflit perdurer, soit de façon sous-jacente ou bien, même de façon omniprésente et donc se majorer.

Ces conflits nécessiteront très souvent, des moments plus importants de négociation et de médiation avec si cela est possible un médiateur externe au système qui sera ainsi le garant d'une plus grande neutralité de jugement.

Une des erreurs les plus fréquemment constatée est de minimiser le conflit, et d'imaginer ainsi qu'il va se résoudre par lui-même.

Cela engendre souvent des non-dits et se retrouve être à la source de conflits larvés qui exploseront ultérieurement.

La technique de fuir un conflit débutant n'est pour le cadre de santé qu'un moyen d'évitement à court terme.

Il pourra alors utiliser la négociation dans un premier temps de la gestion de ces conflits, et si cette méthode ne suffisait pas il devrait alors passer à la médiation, soit en prenant lui-même le statut de médiateur soit en allant chercher en dehors du service un élément externe qui prendra ce rôle.

Il apparaît intéressant aussi, à ce stade de la réflexion, de rappeler que le conflit peut avoir des aspects positifs dans la dynamique d'équipe comme décrit dans le conflit sociocognitif par Vygotsky.

Pour cet auteur, le conflit permet alors de découvrir une autre façon de penser et facilite alors la réflexion personnelle.

Il semble bien alors que la régulation de ces conflits soit une possibilité pour le cadre de bloc opératoire d'affirmer par un positionnement fort son statut, en un mot d'affirmer sa légitimité de garant d'autorité dans l'enceinte du bloc dont il a la responsabilité.

Le fait de gérer des conflits ne veut pas dire qu'il n'y aura plus aucun conflit dans l'avenir, il s'agit surtout pour le cadre de démontrer ses capacités d'analyse d'écoute et de gestion, signifiant ainsi que l'émergence probable de prochains désaccords ne sera pas négligée.

Le cadre s'il peut être considéré comme un recours hiérarchique en cas de conflit entre deux agents peut lui aussi aller chercher l'aide de sa hiérarchie, si l'intensité du conflit est trop importante il peut aller solliciter le cadre supérieur voir la direction des soins pour l'aider à arbitrer.

Un exemple intéressant à souligner, dans un univers non hospitalier, l'entreprise américaine Sears, a ainsi réussi à gagner 4 points de satisfaction client dans les études, et, dans le même temps, à faire des économies financières importantes en formant le personnel en relation interprofessionnelle et en gestion de conflits.

Les relations apaisées entre les différents professionnels ont donc été ressenties par la clientèle, et les bénéfices financiers dégagés démontrent bien que cette ambiance a été propice aux achats, donc à l'efficacité pour le groupe commercial.

## 2.4. La simulation

### 2.4.1. Définition

Afin d'atténuer les risques de conflits dans une équipe, un des cadres rencontrés lors de ces études préalables parlait de pédagogie.

La pédagogie se définit selon le Larousse par « l'ensemble des méthodes utilisées pour éduquer les enfants et les adolescents », et se différencie l'andragogie qui est l'éducation des adultes. Pourtant au décours de ce travail nous utiliserons plus le terme communément utilisé de pédagogie.

Ainsi, un des outils modernes de la pédagogie est la simulation en santé, basée sur l'erreur apprenante. (14)

Il existe plusieurs techniques de simulation qui ont pour but l'acquisition de connaissances et de compétences spécifiques.

On distingue ainsi la simulation organique (réalisée directement sur des corps d'animaux ou d'humains) de la simulation non organique.

Cette dernière peut être réalisée sur des supports uniquement informatisés ou à l'aide de supports.

On différenciera alors la simulation basse fidélité de la simulation haute-fidélité.

La simulation basse fidélité utilise elle des parties de corps (bras pour perfuser, tête à intubation...) pour effectuer l'apprentissage des geste techniques ou des procédures simples.

Il s'agit alors d'un apprentissage dit procédural.

La simulation haute-fidélité elle, utilise souvent un mannequin, taille réelle, proche de la réalité d'où son nom.

De façon plus générale, la simulation se définira traditionnellement par « l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des

processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels ». (15)

#### 2.4.2. Historique de la simulation

Si on parle de technique moderne en parlant de la simulation, il faut pourtant savoir que les premières expérimentations de simulation en santé datent du XVIII<sup>ème</sup> siècle, avec la création de la fistule de Louis XIV, ou bien encore des fameux mannequins en chiffon de Mme du Coudray qui enseignait la formation à l'obstétrique à travers la France.

De même, les militaires se sont rapidement emparés de la simulation pour permettre aux officiers de s'entraîner à la guerre, et parfaire leurs techniques, leurs stratégies. Ils utilisent alors déjà des méthodes proches des « Serious Games » actuels.

Dès la fin des années 60, les premiers mannequins sont utilisés dans l'apprentissage procédural dans les formations paramédicales. Le fabricant de jouets Laerdal® va alors créer le mannequin ResusciAnne® encore utilisé de nos jours dans l'apprentissage des manœuvres de compressions thoraciques de l'arrêt cardiaque.

Enfin, depuis le début des années 2000, est apparue en France la formation par la simulation dans le milieu hospitalier, avec la création de nombreux centres de simulation et autres laboratoires en simulation.

Une nouvelle procédure de simulation tend à progresser, mais à encore du mal à émerger en Europe, il s'agit de la simulation « in situ ». Il s'agit alors, du degré ultime de la simulation, car plutôt que de créer un environnement proche du réel, la session a lieu dans l'univers hospitalier, avec la participation du personnel du lieu d'exercice auquel peut être rajouté des patients standardisés.

Cette technique est assez rarement utilisée encore, car elle nécessite des moyens financiers très importants. Il faut par exemple, fermer une salle de bloc opératoire et sa vacation pour faire une session opératoire in situ. Avec la tarification à l'acte, c'est autant de moyens financiers perdus que d'interventions annulées, ce d'autant plus que les personnels formés sont considérés sur leur temps de travail.

### 2.4.3. Intérêts de la simulation

Dans l'univers hospitalier, des générations de soignants ont appris leurs métiers par compagnonnage aux lits des patients, en regardant leurs aînés pratiquer des gestes et en effectuant par mimétismes des actes enseignés par leurs mentors.

Ainsi, quel étudiant infirmier n'a pas pratiqué un peu tremblant sa première prise de sang sur un patient qui servait alors de cobaye pour l'apprentissage de gestes techniques.

Ces dernières années, quelques scandales ont ainsi éclaté sur ces pratiques peu éthiques de touchers vaginaux pratiqués par des étudiants en médecine sans le consentement des patientes sous anesthésie générale.

C'est dans cette optique éthique que le grand leitmotiv du Pr Granry, de « jamais la première fois sur le patient », a permis une vraie lisibilité de son projet autour de la simulation sur le CHU d'Angers.

Au-delà d'un simple apprentissage d'un geste ou d'une procédure, la simulation peut être utilisée pour l'atteinte d'objectifs pédagogiques qui diffèrent selon entre autres l'ancienneté dans la profession des apprenants dans le cadre de formation continue ou selon les différents niveaux d'apprentissages pour une formation initiale.

Ainsi, pour G. Le Boterf, la simulation permet de mobiliser plusieurs savoirs :

- Les savoirs théoriques
- Les savoirs procéduraux
- Les savoirs faire procéduraux
- Les savoirs faire expérientiels
- Les savoirs faire sociaux
- Les savoirs faire cognitifs

L'intérêt pour l'apprenant n'est pas seulement d'acquérir des connaissances, grâce aux savoirs mobilisés, mais de pouvoir mieux les intégrer et ainsi permettre de créer ou de conforter des compétences professionnelles au plus proches des besoins de leurs activités.

Une définition de la compétence est une qualification professionnelle qui se décline en savoirs (connaissances), en savoir-faire (c'est-à-dire des pratiques) et en savoir-être (c'est-à-dire à des aptitudes relationnelles).

Selon Patricia Benner, il existe 5 stades d'acquisition des compétences :

- Le novice : professionnel qui n'a aucune expérience de terrain. C'est souvent un étudiant ou un jeune professionnel.
- Le débutant : c'est un sujet qui a acquis de l'expérience, assez pour identifier des problèmes qu'il peut reconnaître. Mais n'a pas assez d'expérience clinique pour réagir face à une situation nouvelle.
- Le compétent : c'est un professionnel qui possède au minimum 2 à 3 années d'expérience, il sait faire face à l'imprévu, mais ne possède pas la rapidité ni la dextérité d'un professionnel performant.
- Le performant : Professionnel qui possède une grande expérience et qui sait apporter des solutions adaptées en priorisant ses actions.
- L'expert : Il possède un niveau élevé d'adaptation et de compétences, et il est consulté par ses collègues en cas de difficultés.

La simulation sera alors utilisée selon les objectifs pédagogiques décidés en amont par l'équipe de formateurs suivant la provenance, les attentes des apprenants mais, aussi selon leurs stades de compétences déclarées ou constatées.

Le but sera alors de faire évoluer les apprenants d'un stade de compétence à un stade plus élevé.

Mais Guy Le Boterf distingue aussi une compétence situationnelle qui peut être acquise en simulation, et c'est là que revêt toute l'importance de la simulation au plus proche du terrain d'exercice et des situations vécues.

#### **2.4.4. Limites de la simulation**

La principale limite à la simulation en santé réside aujourd'hui dans le coût financier de l'organisation d'un centre de simulation et les coûts inhérents à la création d'une séance.

Les installations et les différents mannequins sont un investissement élevé à la création des centres.

Ainsi, de nos jours, un mannequin haute-fidélité coûte approximativement entre 50000 et 150000 euros.

La création d'un centre nécessite aussi une infrastructure audio-vidéo pour une ou plusieurs salles selon l'importance du centre, mais également une maintenance qui réclame du personnel formé et compétent.

Une autre limite à la simulation est le manque de réalisme de certains mannequins utilisés. Il est pour l'instant encore difficile de trouver des mannequins qui peuvent se mouvoir (ce qui permettrait par exemple l'évaluation du score de Glasgow), ou bien où l'état cutané ne peut être visualisé pour une sémiologie clinique parfaite (seule la cyanose peut actuellement être rendue visible mais, pas encore de vrais moyens de visualiser les éruptions cutanées ou les pétéchies par exemple).

Une autre limite importante à la simulation est la participation des apprenants. Cet apprentissage peut, par son côté stressant et proche de la réalité, faire ressurgir des inquiétudes qui vont rendre difficile l'investissement des apprenants voire même les amener à ne pas s'inscrire à ces formations.

Le fait de se savoir filmé, écouté et enregistré est un facteur aggravant à ce stress. D'où l'importance de bien expliquer les choses en amont.

Ce sera toute l'importance de la période de briefing qui devra être un moment de rappel des règles de bienveillance de confidentialité, mais aussi un temps d'explication des lieux pour une meilleure appropriation de l'environnement par les apprenants.

#### **2.4.5. Déroulement d'une séance de simulation**

Ainsi, une séance de simulation distingue classiquement trois différents temps importants qui seront décrits dans les chapitres suivants.

##### **a) Le briefing.**

Issu de l'anglais « *to brief* », qui signifie donner des renseignements.

Le Larousse définit le briefing comme « une réunion d'un groupe de travail où sont définis des objectifs et la part de travail de chacun. »



En simulation, il s'agit du temps initial de la session où le formateur va présenter les fondamentaux de la séance et rappeler particulièrement les principes essentiels de bienveillance et de confidentialité.

Au cours de ce moment, le formateur fait une présentation des locaux, du matériel qui sera utilisé, il explique si nécessaire le fonctionnement et les particularités du mannequin utilisé.

S'en suit, le temps de pré-briefing, où l'apprenant va découvrir la salle où aura lieu la session, il va découvrir éventuellement le mannequin et les différents matériels présents dans la salle et qui seront utilisés.

Le but de ce temps est de créer un environnement propice à la séance, en créant un climat de confiance entre formateurs et apprenants, pour faciliter la participation des différentes personnes.

Il est important de préciser dès ce moment que la séance ne pourra être filmée que si l'apprenant l'accepte, et que ces enregistrements ne sont utilisés qu'à des fins pédagogiques et uniquement internes et non pour diffusion.

#### b) **La situation de simulation**

Pour donner suite à ce premier temps de briefing se déroulera la situation simulée selon le scénario préétabli.

Ces temps sont préparés à l'avance avec des fiches bien spécifiques précisant le rôle des acteurs, le matériel nécessaire à la situation, et des instructions spécifiques en lien avec les attendus en termes de connaissances mobilisées.

Les scénarii sont adaptés selon des objectifs pédagogiques prédéterminés par les formateurs et aussi par le niveau de connaissances des apprenants.

Les situations complexes avec des artéfacts extérieurs seront ainsi réservées à un public expert d'apprenants.

Il est capital que ces scénarii utilisés respectent un degré élevé de fidélité pour permettre une meilleure adhésion des participants à cette séance. Ainsi, trop d'imprécisions au cours de la situation feront sortir les apprenants de celle-ci, et diminueront le degré d'appropriation des connaissances.

#### c) **Le débriefing**

Il s'agit du dernier temps de la séquence de simulation.

Il se définit selon le Larousse comme « *une séance de compte rendu critique après une réunion* ».

Le débriefing qui interviendra à l'issue de la session de simulation permettra une analyse réflexive grâce à la posture facilitatrice du formateur en simulation.

Il s'agit donc bien ici d'une analyse de sa propre activité par l'apprenant, qui doit être amené à décrire ses gestes, ses vécus face à la situation de simulation jouée.

Le formateur devra amener l'apprenant à verbaliser les émotions qu'il a ressenties, les connaissances mobilisées, et ses difficultés rencontrées.

C'est lors de ce débriefing que le formateur peut apporter aussi soit des nouveaux apports théoriques qui auront été mobilisés au cours de la session, soit faire des rappels théoriques, ou bien donner des explications complémentaires, voir encore permettre la discussion au sein du groupe d'apprenants.

Il est donc capital que le formateur soit bien entraîné aux techniques de débriefing, car c'est lui qui va permettre à l'apprenant de retenir le plus de connaissances au plus près de son expérience de simulation.

Pour ce faire, il devra établir des éléments du débriefing en fonction des objectifs pédagogiques, selon la complexité du scénario offert, mais aussi selon le niveau d'expérience de l'apprenant, et surtout au regard du déroulement de la situation.

En effet, il arrive fréquemment que, lors de la séance, des choses imprévues se passent et il revient alors au formateur de rebondir sur ce qu'il s'est passé, sur ce qu'il a observé, pour parler d'un sujet qui n'était pas prévu, mais qu'il faudrait absolument éclairer.

Le formateur peut aussi utiliser des supports cognitifs selon les éléments qu'il souhaite aborder. Ainsi, il n'est pas rare de voir utiliser à ce moment-là des algorithmes issus de sociétés savantes, ou bien des posters et autres conduites à tenir.

Pour le Docteur Georges Savoldelli, lors de toute séance de simulation, la partie la plus importante semble bien être le débriefing. (16)

#### **2.4.6. Simulation et pédagogie**

À l'instar de l'école maïeutique de Socrate, qui s'imagine en accoucheur des esprits, « apprendre c'est se souvenir », et en ce sens la simulation va permettre de se souvenir.

C'est donc à partir des trois temps de la session décrits dans les paragraphes précédents que différentes méthodes pédagogiques seront utilisées par la simulation et permettront à l'apprenant de renforcer ses connaissances ou bien d'acquérir de nouvelles compétences, mais surtout, de mieux mémoriser les connaissances mobilisées.

Ainsi, d'après le National Training Laboratories of Bethel aux USA, qui a créé la pyramide d'apprentissage suivante, permettant de visualiser le taux de rétention de connaissances en fonction de la méthode d'enseignement utilisée, la simulation permettrait une rétention de 75% des informations à 24h,

En comparaison, par la mobilisation d'une méthode behavioriste, en utilisant par exemple un apprentissage par un cours magistral, le taux de rétention à 24 heures ne serait que de 5%.

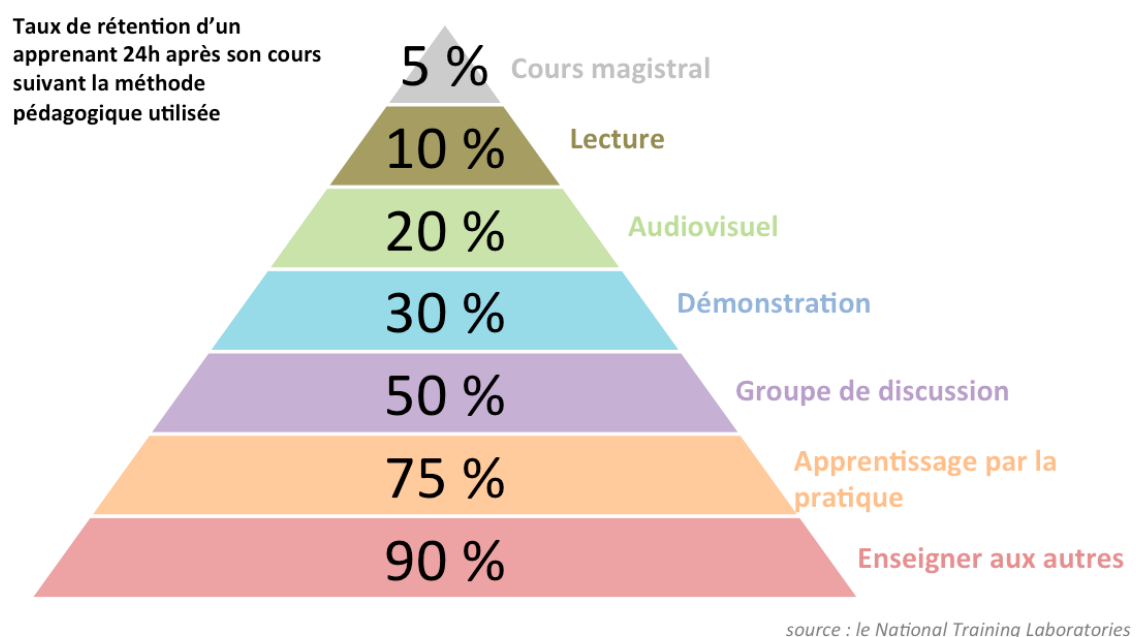


Fig 2 : Taux de rétention d'information selon la méthode pédagogique

La simulation permet d'autant plus la rétention qu'elle mobilise différentes techniques pédagogiques d'apprentissage.

Ainsi, lors de cette dernière partie de séance, qu'est le débriefing, le formateur va utiliser le renforcement positif afin d'améliorer les compétences du travail en groupe.

C'est à ce moment que le conflit sociocognitif décrit par Vygotsky peut prendre toute sa place. (17)

Les échanges entre les différents apprenants permettent à chacun de réinterroger ses propres pratiques, de mieux comprendre pourquoi un apprenant travaille ainsi, et in fine remet en cause ses propres pratiques.

Cependant l'apprentissage par la simulation est aussi basé sur la pratique réflexive décrite par D. SCHÖN, où l'apprenant va lors du temps de débriefing être amené à réfléchir sur ses actions et sur les pistes d'amélioration éventuelles.

Quelque part, il s'agit pour l'apprenant de réussir à se distancier de la situation vécue et de ses propres pratiques pour mieux comprendre et ainsi apprendre.

Guy Le Boterf explique que « la réflexivité consiste pour un sujet à prendre du recul par rapport à ses pratiques professionnelles de façon à expliciter la façon dont il s'y est pris pour modéliser et faire évoluer ses schèmes opératoires de façon à pouvoir les transférer ou les transposer dans de nouvelles situations ».

Ceci d'autant plus qu'une simulation très réaliste permet une meilleure mémorisation de la séance d'apprentissage.

De plus, il a été ainsi démontré qu'il est plus aisé de se rappeler d'un évènement à fort contenu émotionnel : tout le monde se souvient, par exemple, où il était le 11 septembre 2001, car ce souvenir est associé à des émotions.

C'est pour cette raison que la simulation a pour objectif de se rapprocher le plus possible de la réalité, afin que les émotions ressenties soient au plus proche de la réalité pour mieux faciliter la mémorisation.

La simulation peut aussi utiliser la représentation théorique du Cycle de Kolb, ou cycle d'apprentissage expérientiel.

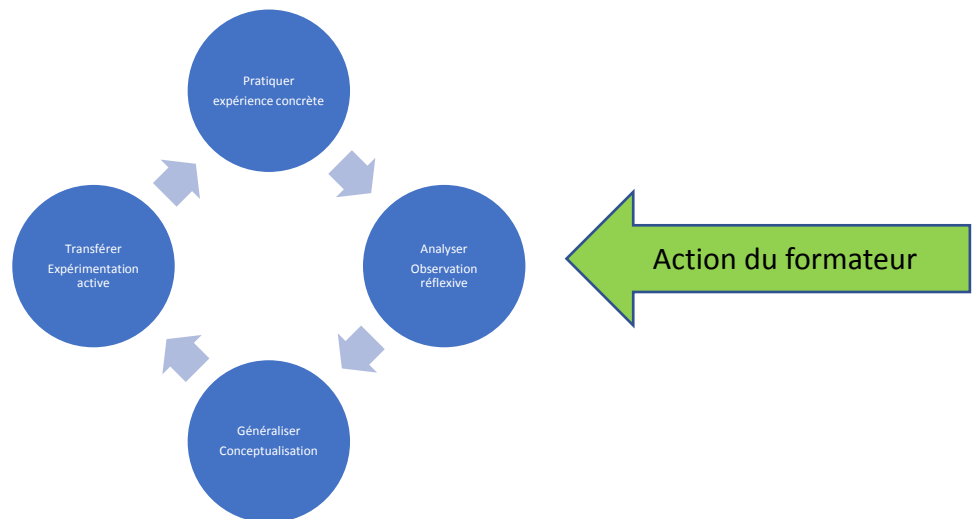


Figure 3: Cycle de Kolb

L'apprenant va, selon ce principe en 4 temps, devoir à partir de ses observations, réaliser une analyse réflexive, qui lui permettra de conceptualiser la situation pour essayer de mieux transférer en action dans son exercice professionnel.

Le rôle du formateur sera dans ce cas de lui permettre d'analyser ses observations pour faciliter ou enclencher la réflexivité et la conceptualisation.

#### 2.4.7. La simulation aujourd'hui

De nombreux établissements ont compris l'intérêt pédagogique de la simulation et ont assimilé l'attractivité qu'un centre de simulation pouvait induire auprès des populations étudiantes et des professionnels de santé.

Ainsi, de nos jours, c'est parce que cet outil pédagogique est reconnu comme fiable que de nombreux centres de formation intègrent la simulation dans les parcours initiaux de leurs étudiants, soit en utilisant la simulation procédurale, la « haute-fidélité » ou des simulations hybrides.

Mais, on constate aussi de plus en plus une utilisation dans la formation continue des professionnels de santé pour répondre à la maxime de Confucius : « *J'entends et j'oublie, je vois et je me souviens, je fais et je comprends* ».

En début 2012, la Haute Autorité de Santé recevait un rapport du Pr Granry et du Dr Moll qui expliquait « qu'au-delà du cadre d'ACRM (Anesthesia Crisis Resource Management), la

simulation doit être utilisée pour développer la formation et la recherche en éducation ainsi que dans le domaine en expansion constante des facteurs humains et des compétences non techniques telles que la communication et le travail en équipe ». (18)

Cette recommandation est basée d'un constat que dans l'aéronautique, grand précurseur du travail de formation par la simulation.

Il a été établi que lors des 25 dernières années, 7 accidents sur 10 seraient liés au facteur humain et particulièrement à des problèmes de communication au sein du cockpit. (19)

Guy Le Boterf imagine la pratique de la pédagogie de la simulation comme un outil de construction pour les compétences individuelles et collectives.

Ainsi pour lui « les séances de débriefing permettront de réfléchir sur les pratiques de coopération qui auraient été plus ou moins mises en œuvre et de mettre en relation avec celles qui existent dans les situations réelles ». (20)

In fine, il espère que cela « permettra de déboucher sur une prise de conscience et sur une mise en forme des pratiques d'interactions ». (20)

On peut imaginer aisément la simulation comme un outil de transfert des apprentissages.

Il est important de constater que lors de la plupart des études ACRM, l'équipe étudiée est constituée seulement d'un médecin et d'un paramédical infirmier anesthésiste, mais qu'aucun autre professionnel ni IBODE, ni AS, ni membre de l'équipe chirurgicale n'est présent.

Lors de nos investigations sur la simulation et le conflit, nous avons constaté qu'il n'existait pas de scénario de simulation concernant le conflit au bloc opératoire au centre de simulation d'Angers.

En interrogeant d'autres centres, nous avons ainsi convenu avec Mme Jeanne Antide Rouge (responsable pédagogique de la formation d'infirmier anesthésiste et responsable scientifique paramédical du centre de simulation de l'Université de Besançon), qu'il n'existe pas, à ce jour, de scénario spécifique sur les conflits au bloc opératoire.

Malgré tout, la notion de conflit peut être utilisée dans certains scénarii ; lorsqu'il existe un objectif en lien avec le positionnement d'un intervenant au bloc opératoire (ex: étudiant IADE avec un facilitateur chirurgical qui doit ne pas être aidant).

Le conflit peut aussi être évoqué dans des scénarii axés sur la pluri professionnalité, sur la communication dans l'équipe, la prise de leadership.

Mais, nous avons fait le constat que, pour l'instant, les scénarii les plus utilisés pour l'univers du bloc opératoire étaient surtout axés autour d'apprentissages de procédures ou de techniques dites procédurales.

Dans le cadre des relations interprofessionnelles, seule la notion de leadership est le plus souvent abordée.

Un deuxième constat était porté sur le fait que les sessions de simulation étaient rarement proches de la réalité en termes de collaboration pluri professionnelle au bloc opératoire et que les sessions purement paramédicales étaient très rares en formation continue.

De fait, en interrogeant les différents membres du centre AllSims à Angers, ou des membres du Labforsims du Kremlin-Bicêtre, la principale difficulté pour le travail pluri professionnel en simulation est la disponibilité des formateurs pluri professionnels, et la difficulté d'avoir des apprenants de différents corps de métier en relation avec la faisabilité de les exclure de leurs postes de travail pour les faire participer aux sessions.

In fine, la problématique financière est très souvent mise en avant pour expliquer la difficulté à mettre en formation à un même temps donné autant d'agents de formations différentes.

Pour les deux centres précités, nous avons convenus que les seules formations pluri professionnelles existantes étaient des sessions « in situ ».

Ces situations étaient alors incorporées aux sessions médicales des obstétriciens et des anesthésistes autour des problématiques liées à l'obstétrique avec comme apprenants paramédicaux et médicaux des sages-femmes, des infirmiers anesthésistes et des auxiliaires de puériculture.

### 3. Évolution de notre questionnement

A ce stade de notre réflexion et aux vues des différents apports théoriques que nous venons de voir, une problématique a émergé, et avec elle deux hypothèses que nous chercherons à vérifier au cours de la suite de ce travail.

#### 3.1. La problématique

**En quoi la simulation pourrait-elle être un outil pour le cadre de bloc opératoire dans la gestion de conflits au sein de ce secteur ?**

#### 3.2. Hypothèse 1

La simulation est un outil pédagogique permettant au cadre l'apprentissage de technique de gestion de conflit.

#### 3.3. Hypothèse 2

Les ateliers de simulation sont pour le cadre un moyen de créer une identité professionnelle d'équipe commune à des populations différentes.

## III. Dimension empirique

Toute la partie de recherche exploratoire de ce travail nous permet à ce stade de faire des choix concernant la méthode de recherche pour trouver des moyens de répondre à nos hypothèses.

### 1. Entretiens préalables

A ce stade de la réflexion, nous avons décidé de réaliser deux entretiens préalables auprès de cadres de santé ayant en responsabilité des équipes pluridisciplinaires de bloc opératoire. Ces entretiens sont retranscrits dans l'annexe1.

Chacun avait été choisi en connaissance de cause : sur un secteur il y avait des formations mises en place pour les équipes, et pour l'autre pas ou peu de formation commune et des problèmes d'équipe préexistants.

#### a) Premier entretien



Il s'agit d'un faisant-fonction cadre de santé, pour qui il n'existe pas de formation en commun chez les différents corps de métiers. Ce cadre constate un conflit lié à l'existence de « clan professionnel » entre AS et IADE du bloc sous sa responsabilité.

Ces problématiques sont analysées par un manque de respect des tâches des uns et des autres liés à une priorisation différente des actions à mener et une temporalité différente.

Elle le décrit par « une incompréhension entre les deux équipes » qui in fine amène du « non-respect » entre les agents.

Elle explique avoir trouvé comme solution le fait de « reprendre la situation » lors de temps de rencontres précis afin de reprendre les situations conflictuelles.

L'équipe a alors « redéfini les rôles et les missions » de chacun et a ainsi pu mesurer les effets de ces temps de discussions sur la vie d'équipe dans ce bloc.

La difficulté à faire du lien entre les différents professionnels et le manque de communication sont pour elle les principales difficultés à la relation d'équipe.

Mais, elle reconnaît aussi « ne pas connaître de techniques pour harmoniser les conflits », mettant en exergue le fait du manque de préparation à la gestion des conflits pour les faisant fonction cadres de santé.

#### b) **Deuxième entretien**

Le deuxième cadre rencontré est un cadre IADE qui exerce dans un bloc opératoire où des tensions fortes existaient il y a quelques années, ces relations difficiles ont disparu et des formations communes aux différents professionnels existent : Réanimation Cardio-Pulmonaire, Accueil du patient, hypnose.

Il constate tout d'abord que les difficultés se trouvaient tout autant entre IADE et IBODE qu'avec les aides-soignants (AS) du bloc.

Pour les deux cadres de ce bloc, il avait été décidé pour permettre une régulation des conflits de travailler sur les représentations pour mieux pallier le manque de connaissance du travail de l'autre.

Ainsi, les AS qui avaient la sensation d'être la « dernière roue du charriot », ont pu faire part de l'absolue nécessité de collaboration entre les différents intervenants. L'équipe a alors renvoyé que les AS étaient le maillon qui liait les professionnels IADE et IBODE.

Souvent, les IADE sont jugés corporatistes et le seul binôme émergent dans la relation professionnelle est alors avec le médecin anesthésiste. Or ce bloc opératoire voyait alors un grand turn-over de médecins, ce qui jouait fortement sur la qualité du travail.

L'équipe IADE s'est rendu compte de l'absolue nécessité de se rapprocher de l'équipe paramédicale.

L'équipe d'encadrement a alors créé un travail centré autour du patient et particulièrement de l'accueil du patient au bloc opératoire avec un représentant de chaque corps professionnel minimum.

Dans le même temps, un audit sur la gestion des déchets appelé « Green Bloc » a été initié. Ce temps a permis encore une fois d'être un vecteur de travail en commun, et à chacun de connaître les contraintes et les possibilités de travail des autres équipes.

Dès lors, certaines représentations péjoratives du travail de l'autre semblent avoir disparues, ou, du moins, reviennent moins souvent dans les discussions d'après le cadre de santé interrogé.

Ce cadre constate aussi que les temps festifs hors temps de travail entre les différents corps de métier ont diminué voir complètement disparus, et il lui semble que ces temps permettaient aux équipes de mieux se connaître, de mieux communiquer.

Il insiste sur le rôle du cadre qui doit repérer ses tensions et être pédagogue pour expliquer les contraintes de chacun, mais aussi sur le rôle créateur et novateur pour trouver des actions à mener.

Les temps de rencontre interprofessionnelle n'ont jamais été obligatoires, mais il a constaté que si au début il n'y avait que quelques intervenants, aujourd'hui les équipes sont presque complètes à chaque réunion.

### c) **Éléments notables**

Dans le premier cas les tensions perdurent, là où, le dialogue entre les équipes n'est pas complètement établi.

Dans le deuxième cas, la communication entre les différents professionnels a permis de retrouver un climat propice de collaboration au travail.

Cependant, comme le dit le deuxième cadre, c'est un travail quotidien pour faire mieux travailler ensemble. En effet, il n'est pas rare que des tensions réapparaissent particulièrement lors de situations anxiogènes à type d'urgence.

Dans ces cas-là, on pourrait imaginer que les émotions fassent ressurgir des problématiques conflictuelles sous-jacentes ou des conflits larvés.

## **2. Méthode de recueil utilisée**

### **2.1. Entretiens semi-directifs**

Suite à ces entretiens préalables, qui ont bien démontré un intérêt professionnel à notre questionnement, nous avons discuté avec Mr Gambou, directeur de mémoire de ce travail, afin déterminer quel outil pourrait permettre l'émergence du statut pédagogique à la simulation. Très vite, l'idée de nous baser sur une étude qualitative nous est apparue plus appropriée à cette étude.

Dès lors, nous avons souhaité utiliser les entretiens semi-directifs pour ce travail.

Nous avons donc utilisé l'ouvrage de Jean-Claude Kaufmann sur l'entretien compréhensif pour mieux utiliser cet outil. (21)

Dans cet ouvrage, l'auteur donne une méthodologie en précisant bien la place du chercheur lors des entretiens.

Les interviews devaient nous permettre de retranscrire des propos où la personne interrogée pourrait s'exprimer librement, sans être jugée pour ses propos. Les rappels d'anonymat effectués systématiquement en début d'entretien instaurent un climat de confiance et de bienveillance propices à la libération de la parole.

#### **2.1.1. La grille d'entretien**

La grille d'entretien a été élaborée suite à la création de notre problématique et des hypothèses émises.

Il nous est apparu utile de réaliser notre grille et donc notre entretien dans un ordre de questions bien précis, avec essentiellement des questions ouvertes pour obtenir un meilleur échantillon de réponses, et quelques questions semi-ouvertes.

Après vérification et accord par notre directeur de mémoire, nous avons validé quatorze questions.

La grille d'entretien se retrouve en Annexe 2 de ce travail.

L'ordre établi dans cette grille permettait de suivre un fil conducteur à l'entretien, pour amener la personne interrogée à suivre une réflexion autour de son expérience professionnelle, de ses vécus de gestion de conflits au bloc opératoire, ainsi que de ses souvenirs de formation.

Pour ne pas perdre d'information au cours de ces entretiens, nous faisons valider aux personnes interviewées le fait d'enregistrer les entretiens, ce qui nous permettait de nous extraire de toute prise de note au décours de ces entretiens, et ainsi, nous permettait de mieux suivre la dynamique de l'entretien et de pratiquer plus facilement des relances et donc, in fine, une meilleure relation entre intervieweur et interviewé.

Deux des quatre entretiens réalisés seront intégralement retranscrits en annexes 3 et 4.

### **2.1.2. Éthique et recherche**

Afin d'avoir des résultats d'entretien ayant une valeur en termes de recherche scientifique, nous avons décidé d'interroger des cadres de santé qui se trouveraient dans d'autres centres hospitaliers que celui de notre terrain d'exercice.

Au départ, il a été difficile de trouver des cadres de bloc ou d'anesthésie ayant déjà reçu une formation en simulation en raison d'un échantillon restreint aux vues des spécificités requises pour notre recherche.

Ayant trouvé des personnes à interroger en région parisienne, l'avis et la validation de la directrice de soins du centre hospitalier parisien où je me suis rendu début avril 2019 pour les entretiens a été un préalable nécessaire aux différents temps de rencontres.

Afin de préserver l'anonymat des cadres interrogés, leurs noms et prénoms ont été supprimés ainsi que les lieux d'exercice de chacun.

## **2.2. Vidéo d'une session de simulation**

Il est apparu intéressant aussi de chercher à filmer une session de simulation sur la thématique de la gestion de conflit.

Cette technique semblait très appropriée pour visualiser les réactions des apprenants lors d'une séance. Or, à ce jour, il n'existait pas de scénario existant, et nous avons alors décidé

de créer avec le Dr Samson, un scénario sur cette thématique, qui a été joué en date du 5 avril 2019 au centre de simulation Allsims d'Angers.

Ce jour-là, une session de simulation haute-fidélité était organisée par l'équipe de formateur du Pôle d'anesthésie réanimation.

Les apprenants conviés étaient des internes en anesthésie à des différents degrés de formation (allant du deuxième semestre au cinquième semestre), ainsi qu'un infirmier anesthésiste.

Pour cette situation, de manière exceptionnelle et dans le cadre de notre travail de recherche, une cadre du CHU d'Angers était présente, et a participé à cette session et au débriefing. Celle-ci ne connaissait pas la teneur du scénario.

D'un point de vue réglementaire, tous les participants à cette session de simulation filmée en vidéo ont signé une autorisation de droits à l'image pour nous permettre l'utilisation de clichés tirés de la vidéo dans le cadre de ce travail. (Voir Annexe 6).

À la vue de cette autorisation, certains clichés issus des bandes vidéo apparaîtront dans ce travail pour imager nos propos.

Enfin, il est apparu important qu'en tant que chercheur dans cette étude nous ne participions pas au débriefing afin de ne pas interférer dans les échanges entre apprenants et formateurs et aussi pour mieux pouvoir nous positionner lors de l'entretien avec la cadre qui prenait place en fin de session.

### 3. L'échantillonnage

La demande faite était de faire au minimum 3 entretiens et de réaliser une vidéo lors de session de simulation avec des apprenants cadres de santé.

Pour les entretiens il nous a semblé opportun d'interroger au moins un cadre issu de fonctions différentes.

Dans cet objectif, nous avons donc rencontré un cadre IADE, un cadre IBODE, une cadre IDE et une sage-femme faisant fonction de cadre qui exercent ou ont exercés toutes les quatre sur des activités de bloc opératoire.

Cette différence de fonction initiale nous permettrait d'éviter les réponses stéréotypées liées à une représentation induite par l'appartenance à une identité professionnelle spécifique. En

choisissant ainsi un cadre de chaque spécialité pouvant intervenir au bloc, nous espérons nous rapprocher le plus possible d'un panel qualitatif intéressant.

En ce qui concerne la possibilité de filmer une session de simulation, la difficulté a été de trouver un centre de simulation pratiquant des sessions de conflits au bloc opératoire.

Après plusieurs appels dans des centres de simulation en région ouest et en région parisienne, et n'ayant pas trouvé l'existence de tels scénarii, nous avons sollicité le Professeur Granry. Celui-ci, à son tour, constatait qu'il n'existait pas à sa connaissance de telle session de simulation.

Il nous offrit alors la possibilité de créer une session de simulation avec l'aide du Dr Samson (médecin anesthésiste réanimateur et formateur au sein du AllSims).

Nous avons donc, de concert, créé un scénario pour une session de conflit au bloc opératoire autour d'une situation fictive, mais très proche de la réalité de terrain.

Ce scénario mettrait en place un conflit entre un chirurgien urologue et l'équipe d'anesthésie sur la prise en charge d'un patient ayant bénéficié d'une rachianesthésie en prévision d'un acte de résection pour laquelle le chirurgien réclamerait une anesthésie générale.

Ce désaccord aura lieu au bloc devant un patient éveillé et sera arbitré par l'arrivée au bloc de la cadre de santé.

## 4. Méthode d'analyse

### 4.1. La grille de recueil d'entretien

Après avoir retranscrit chaque entretien dans son intégralité, ceci sans aucune interprétation, et en étant le plus fidèle possible aux propos tenus, nous avons créé une grille de recueil d'entretien, qui sera présentée en annexe 5.

Cette grille a été incrémentée par nos soins, après relecture des retranscriptions.

Cette technique permettant de plus facilement faire des regroupements d'idées, de faire des constats de désaccords ou de consensus entre les différentes personnes interrogées.

### 4.2. Observation de la séquence vidéo

Nous présenterons ci-dessous un résumé de la séance de simulation organisée le 5 avril 2019, au centre de simulation AllSims d'Angers.

Pour rappel, la situation se déroule au cours d'une session de simulation organisée par le Pôle d'anesthésie réanimation, et dans ce cadre les apprenants sont habitués à ce que les scénarii soient très axés autour des apprentissages techniques et procéduraux.

Le scénario joué ce jour-là débute dans la salle de bloc opératoire avec la présence d'un infirmier anesthésiste et d'un interne en anesthésie actuellement en cinquième semestre, tous les deux ont déjà reçu des formations en simulation et connaissent parfaitement l'univers auquel ils sont confrontés lors de cette situation.

Un patient (mannequin haute-fidélité) est allongé sur la table d'opération, il doit subir une intervention urologique de résection Trans-urétrale prostatique sous rachianesthésie.



Photo 1 : Installation au bloc opératoire

L'anesthésie est déjà effectuée et le patient ne ressent plus son hémicorps inférieur.

Les deux apprenants habitués à des sessions de simulation relèvent les constantes dans l'attente d'une détérioration de l'état hémodynamique liée à la rachianesthésie, car ils imaginent une session tournée autour d'un apprentissage procédural.

À 1min10, arrive en salle le chirurgien (joué par un acteur) qui souhaite voir endormir son patient, il s'énerve rapidement et monte le ton de la voix, invectivant les deux apprenants devant le patient conscient qui a plusieurs reprises interpelle les personnes présentes pour signifier sa peur, dans l'indifférence totale.

Il faudra qu'il répète à plusieurs reprises « je ne comprends rien à ce qu'il se passe » et « je veux sortir d'ici », pour que l'IADE présent essaie de le rassurer en recentrant son activité sur l'accompagnement psychologique du patient et en s'extériorisant de la discussion conflictuelle entre le chirurgien et l'anesthésiste



Photo 2 : Conflit au bloc opératoire

Le chirurgien emploie alors des mots forts sur un ton très agressif quand il déclare après 1m47 « c'est qui qui commande ici ? » ou bien encore à 2m20 « quand je suis au bloc c'est moi qui commande » et aussi à 2m35 « c'est quand même moi qui commande ici, c'est mon bloc ».

L'interne d'anesthésie est vite désemparé, il essaie un « on va baisser le ton » après 2min qui n'a pas l'effet escompté auprès du chirurgien bien au contraire, il redit « on va se calmer » après 2m30, mais là aussi l'effet est plutôt inverse sur le chirurgien.

Un peu désemparé, il va chercher une aide téléphonique auprès de son anesthésiste référent après 3minutes, mais celui-ci étant occupé (comme le prévoyait le scénario), il doit gérer seul la situation.

Il essaie alors de rentrer en contact avec le chirurgien et d'expliquer les indications anesthésiques responsables de cette prise en charge. Mais il ne réussit pas à créer un espace



de discussion, car le chirurgien est dans une phase de monologue « je n'opère pas sous rachianesthésie, vous m'endormez ce patient ».

Après 4m20, arrive la cadre de santé alertée par les cris qu'elle entend depuis son bureau à quelques mètres du bloc opératoire, « je vous entends crier depuis mon bureau », elle emploie un ton de voix calme et doux, le niveau de voix est plutôt bas.

Elle demande immédiatement « on peut sortir du bloc » et demande à l'IADE « d'essayer de rassurer le patient » pendant le temps de cette discussion.

Mais, rapidement elle constate que l'environnement à proximité de cette situation, une salle de déchoquage, n'est pas très propice au dialogue et étant donné que le chirurgien continu à se montrer agressif dans ses propos, elle propose après 5m50 d'aller dans son bureau pour « trouver une solution pour ce patient ».



Photo 3 : Résolution de conflit dans le bureau de la cadre

Dans le bureau, elle essaie alors de créer des conditions propices à la communication entre les différents intervenants.

Elle propose à chacun de s'asseoir, mais, seul l'interne en anesthésie, s'assoit alors que le chirurgien reste debout et continue tout le long de l'entretien à aller et venir derrière les chaises tel « un lion en cage ».

Elle propose alors au chirurgien d'exposer les faits, et à plusieurs reprises reformule ses propos.

Elle exprime « vous ne souhaitez pas l'opérer » pour faire prendre conscience au praticien de son refus de prise en charge. À chaque relance, celui-ci élude la question, avant d'exprimer finalement « qu'il n'opère pas sous rachianesthésie ».

Finalement après plusieurs tentatives de négociation autour de l'obligation de l'indication anesthésique aux vues des antécédents du patient et de la chirurgie, le chirurgien maintient son refus d'opérer le patient sous ce type d'anesthésie locorégionale et accepte après négociation de la cadre de déléguer « son patient » à un de ses confrères.

Dès lors, la cadre de bloc demande au chirurgien s'il souhaite en avertir le patient ou bien s'il souhaite que ce soit elle qui le fasse.

Et in fine, elle ira voir le patient, le rassurer et lui expliquer que son intervention sera reportée et qu'elle fera le nécessaire selon les souhaits de ce dernier.

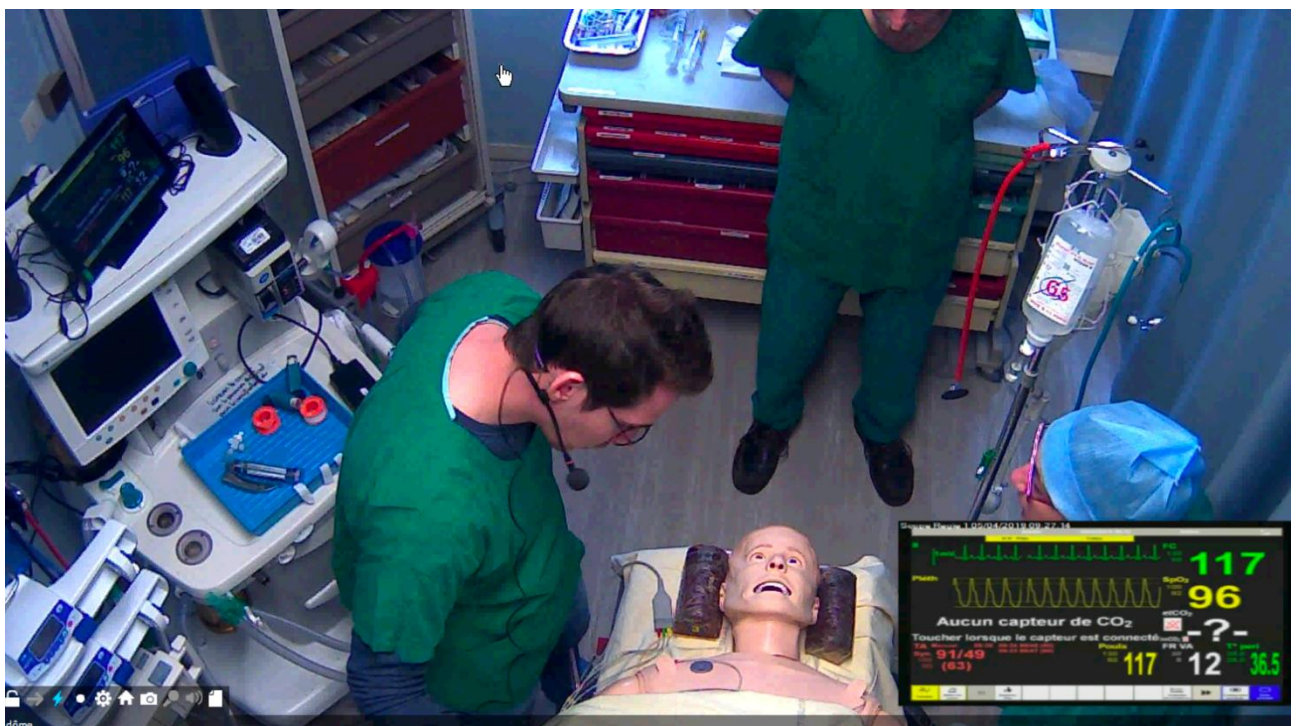


Photo 4 : Explications au patient

Lors du débriefing, la cadre s'est déclarée surprise que l'interne ne soit pas allé la chercher de manière plus anticipée.

Celui-ci et ses confrères présents ont confirmé qu'ils ne connaissaient pas le rôle du cadre de bloc et n'imaginaient pas que celui-ci puisse intervenir dans ces circonstances.

Pour eux il fallait trouver un médiateur extérieur pour éviter le parti pris dans la situation, mais à aucun moment ils n'ont envisagé le cadre de bloc.

La cadre de bloc a évoqué avoir eu un vécu difficile de la situation, et elle s'étonnait que cette situation de désaccord autour de l'indication anesthésique n'ait pas été abordée en staff de programmation.

Mais tous constatent que ce temps de discussion n'est souvent pas le terrain le plus propice à des échanges « constructifs » et que, in fine, les décisions sont prises au bloc opératoire le jour de l'intervention selon l'opérateur présent ce jour-là.

À la fin de ce temps de débriefing, les apprenants médecins ont tous reconnu le rôle prépondérant du cadre dans la situation simulée. Ils ont retenu sa « communication sereine », ils ont apprécié son écoute sans jugement.

Dans le débriefing, le Dr Sansom a entre autres choses rappelé l'importance de faire expliciter son point de vue aux personnes à la source du conflit, de leur faire répéter leurs phrases pour les mettre face à leurs propres demandes.

Il a alors fait part de son expérience des conflits et il a expliqué l'importance de la relation avec le cadre de bloc dans la gestion des situations difficiles.

## **IV. Analyse des résultats**

Dans le chapitre suivant, nous allons exposer l'analyse des données recueillies au cours des quatre entretiens réalisés en les croisant parfois avec les observations réalisées de la vidéo de session de simulation.

### **1. Présentation des résultats**

#### **1.1. Profil des personnes interviewées**

Le premier temps de l'entretien permettait d'apprendre à connaître le parcours professionnel des quatre personnes en poste d'encadrement.

Il s'agissait ici, de découvrir leurs formations initiales ceci dans le but éventuel de différencier les réponses en fonction des spécialités de chacun.

Le tableau récapitulatif ci-dessous reprend les principales données en termes d'ancienneté, de spécialités, mais aussi de terrain spécifique d'exercice. L'abréviation CS signifie Cadre de Santé.

	CS1	CS2	CS3	CS4
Ancienneté	37 ans CS17	40 ans CS 20	20 ans CS7	18 ans CS 3
Spécialité	IBODE	IADE	Sage-Femme	IDE
Expérience CS Bloc/Anesthésie	Bloc	Anesthésie	Bloc	Anesthésie

Fig 4 : récapitulatif des cadres interrogés

Comme souhaité, le panel interrogé présente bien des spécialités différentes, celles rencontrées les plus fréquemment chez les cadres de bloc opératoire.

Il est à noter que toutes les cadres étaient de sexe féminin, c'est pourquoi nous emploierons souvent le féminin pour les décrire.

L'ancienneté dans la profession cadre était assez disparate permettant aussi de ne pas considérer qu'une seule population d'encadrants, afin d'éviter soit des résultats qui pouvaient être impactés par une forme de lassitude du métier ou une trop faible expérience dans la profession.

## 1.2. Les différentes situations de conflits vécues

Le premier constat est que les quatre personnes rencontrées ont toutes vécu des situations de conflits dans les blocs opératoires.

Elles décrivent toutes des situations allant de « petits conflits d'équipe » jusqu'à des « clashes » dénotant plus un côté brutal d'apparition ou d'intensité.

La CS4 exprime même que « les conflits font un peu partie de la vie du bloc » et elle interroge même de façon humoristique « on se demande même s'il existe des blocs sans conflits ? ».

Les quatre cadres racontent facilement différentes situations de conflits vécues dans les blocs opératoires, et certaines sont encore teintées de difficultés émotionnelles.

Ainsi, on devine même dans les propos de la CS1 un vrai besoin de reconnaissance quand elle dit « le cadre ma foi on s'en fiche un peu ».

Preuve que ces conflits peuvent être de vraies sources de difficultés pour le cadre dans l'exercice de son quotidien, une cadre parle même de violence à son encontre, à la fois physique et violence verbale « injures » et morale, « on est un peu bousculé », « c'est plus facile de s'en prendre au cadre ».

Deux cadres avouent entre les lignes de cet entretien un sentiment d'épuisement professionnel, voire de Burnout, ayant entraîné soit un changement de poste au cours de leur carrière soit un arrêt de travail.

En conclusion à cette question, il semble donc évident que tous les cadres de bloc soient confrontés un jour ou l'autre à des conflits. Ces situations génèrent des sentiments puissants qui débouchent parfois sur des sentiments d'épuisement professionnel et peuvent parfois relever du harcèlement moral.

Cet univers si spécifique est donc bien propice aux affrontements et les cadres qui vivent ces moments sont émotionnellement impactés par ceux-ci.

### 1.3. Les causes de conflits

Cette question a reçu beaucoup de réponses différentes à tel point que pour mieux visualiser celles-ci, nous avons décidé d'utiliser l'outil du nuage de mots.



Fig 5 : Nuage de mots des causes du conflit

Nous observons facilement grâce à cet outil que la défaillance ou l'absence de communication sont les premières causes de conflit qui reviennent parmi le panel des personnes interrogées, puisque 3 sur 4 les citent en première cause.

Il s'agit alors là d'une problématique interpersonnelle.

Vient ensuite le stress lié à la « pressurisation du travail » identifié par les cadres CS1 et CS3.

La CS1 identifie la T2A comme une des sources de conflit par la pressurisation du personnel de bloc afin de réaliser plus de chiffres, plus d'actes.

Les nouvelles règles de financement des hôpitaux sont sans aucun doute une forme de contrainte d'efficacité, mais il est ici surprenant de constater que la CS1 associe directement cette injonction comme une source de conflit.

Il semble que l'univers du bloc opératoire où la priorité était donnée au perfectionnisme et à la prise de temps soit obligé aujourd'hui de changer de paradigme et voit l'émergence d'une temporalité plus proche des logiques comptables qui crée des zones de conflits entre intervenants.

Les différentes étiologies à ces dissensions sont le plus souvent liées soit à l'organisation soit à des facteurs individuels.

Au total, il semble bien qu'il n'existe pas une seule cause aux conflits, mais que ces désaccords soient souvent issus de situations multifactorielles.

#### **1.4. Les techniques de gestion de conflits utilisés**

En interrogeant ces différents cadres venant d'établissements différents, nous espérons obtenir des formations initiales différentes. Or, deux cadres répondent ne pas avoir reçu de formation initiale sur la gestion de conflit, et les deux autres cadres parlent de la même formation qui avait pour but d'améliorer le « potentiel managérial ».

Au cours de cette formation, les deux cadres se souviennent avoir reçu des apports autour de la communication, l'assertivité et une approche plus psychologique.

En fait, après recherche, il s'agissait d'un apport autour de l'analyse transactionnelle et de la communication non violente, basée sur l'analyse psychanalytique et les différents états du moi décrit par Eric Berne fondateur de l'école de l'analyse transactionnelle.

Dès lors quand on interroge les cadres sur les techniques qu'ils utilisent le plus lors de conflits, une ne sait pas et n'a pas de souvenir de technique utilisée. Les trois autres parlent de moyens autour de la communication. Ils évoquent l'écoute des deux parties du conflit, une évoque les termes « d'échanges constructifs ».

La CS2 explique utiliser la « voix du débriefing », c'est-à-dire un « ton de voix » et une écoute empathique et bienveillante.

La CS3 parle d'utiliser les « bons mots » mais elle indique l'importance du « positionnement » qu'elle a réussi à imposer.

La vidéo réalisée lors de la session de simulation dont a bénéficié la CS3 a permis aussi d'observer le positionnement de celle-ci. Si elle se positionne dans un premier temps en tant que médiateur, elle saura affirmer son positionnement jusqu'à la fin de la situation, en allant même avertir le patient des décisions prises.

Elle a maintenu tout au long de la situation une voix calme et apaisante, et a su utiliser plusieurs fois la reformulation de propos pour essayer de faire verbaliser les différentes parties.

A plusieurs reprises, elle a réussi à se positionner pour asseoir son autorité et essayer de permettre le rétablissement d'un dialogue.

Enfin, il est à noter que tout au long de cet exercice elle s'est positionnée pour le bien-être du patient.

En conclusion à cette question, il semble que les cadres de santé aient un parcours différent dans les formations reçues en regard du conflit, et qu'elles mettent place des modes de fonctionnement propres à leurs activités et en fonction de ce qu'elles imaginent le plus efficace particulièrement en termes de communication.

## **1.5. Les problématiques pluridisciplinaires au bloc**

De nombreux conflits sont décrits avec des provenances différentes, en dehors des conflits individuels de nombreuses problématiques de groupes sont donc décrites.

En dehors des conflits liés à la relation IADE/IBODE qui sera évoquée dans le paragraphe suivant, la relation Anesthésiste/Chirurgien revient chez 3 CS.

Pour aller dans ce sens, dans le cadre de la session filmée, il s'agissait bien d'une problématique entre un médecin anesthésiste et un chirurgien en présence de l'équipe

paramédicale, mais aussi d'un patient conscient avec un impact direct sur la prise en charge du patient.

En regard à cette difficulté relationnelle entre médecins, la CS3 parle des « ego » de ces deux catégories professionnelles.

Les mots de « rivalité » et de « représentation » reviennent aussi chez les deux cadres CS1 et CS3.

La cadre CS4 évoque elle, des difficultés entre la cadre de bloc et le chef de Pôle qui ont amené des situations de conflits.

De façon plus inattendue, la cadre CS2 évoque elle des problématiques entre cadres de santé au bloc. Dans la situation décrite, il existe deux cadres en responsabilité sur un même lieu géographique d'un bloc, mais chacun ayant sous sa responsabilité une équipe différente à gérer.

Dans cet exemple, où une cadre sage-femme gère l'équipe de bloc et une cadre gère l'équipe d'anesthésie, elle explique l'existence d'un vrai décalage de temporalité avec des « représentations différentes du travail » et des vraies difficultés relationnelles entre les deux cadres.

Nous constatons donc que les problématiques pluridisciplinaires sont multiples et ne se limitent pas à une seule catégorie de professionnels ou à un conflit entre deux catégories.

Au total, si chaque interstice interprofessionnel peut être la source à un conflit, le lien commun entre toutes les situations reste le difficile positionnement du cadre de santé dans ces différents conflits.

## **1.6. Les conflits IADE/IBODE**

Le premier conflit évoqué chez tous les CS, se situe au niveau de la relation entre IADE et IBODE. Les difficultés relationnelles entre ces deux spécialités infirmières semblent liées à des représentations pour un cadre sur deux.

C'est ainsi que la CS2 mentionne un « vrai problème de connaissance » entre les deux spécialités.

La CS4 attribue elle « des points de vue différents » ce qui expliquerait à son avis une idée de « valeurs » distinctes entre ces deux corps de métiers.



Le CS3 évoque même une notion de « rivalité » entre elles, mais précise que cela est sans doute lié à un problème de « fonctions différentes » et de « méconnaissance ».

La CS1 explique ces difficultés par un problème de « compétences différentes » et elle mentionne la séparation des activités par l'expression « chacun son côté » qui rappelle la frontière géographique délimitée par le champ opératoire.

En conclusion sur ce thème, il semble bien que la relation IADE-IBODE soit une relation conflictuelle importante dans l'enceinte d'un bloc opératoire et que le manque de connaissance des spécificités du métier de l'autre soit à l'initiative de nombreuses situations problématiques pour les cadres interrogés.

## 1.7. Les formations par la simulation

### a) Les expériences

Chacune des quatre cadres a eu une expérience en simulation, mais à des stades bien différents et pas forcément de simulation en conflit.

Ainsi la CS1 a découvert la simulation lors de son intégration en IFSI, cette formation étant essentiellement utilisée, pour elle, comme outil d'apprentissage pédagogique et à aucun moment tournée vers la gestion de situations conflictuelles qui nous intéressent.

La CS2 a reçu de nombreuses expériences en simulation, étant elle-même auditrice auprès de la HAS dans le cadre d'accréditation des centres de simulation. Cependant, elle n'évoque à aucun moment l'existence de scénario sur la gestion des conflits.

La CS3 n'avait été en session de simulation que pour des « ateliers procéduraux », mais elle aura été notre cobaye dans le cadre de la session particulière de conflit au bloc opératoire organisée au AllSims le 5 avril 2019.

La CS4, elle, a reçu une formation en simulation au cours de son année de formation à l'IFCS, où elle se souvient « se retrouver face à des conflits avec des familles de patient » mais elle précise aussi « pas du tout de conflit au sein d'une équipe ».

Au total, si chaque cadre interrogée avait reçu une formation sur la simulation, aucune n'avait bénéficié d'une formation spécifique à la simulation de conflit au bloc opératoire jusqu'à celle organisée pour la CS3.

### b) Les apports

Pour chacune des cadres interrogées la simulation aura été un apport intéressant dans le cadre de leur exercice professionnel, mais chacun à des niveaux différents.

Ainsi, pour la CS1, la simulation a été un très bon « outil pédagogique » qu'elle a su réutiliser dans l'IFSI où elle exerce auprès de nombreux étudiants en soins infirmiers.

La CS2 explique qu'elle a plus souvent utilisé la technique de l'oral de débriefing dans son quotidien. Elle utilise assez facilement cette « posture d'écoute » et de « bienveillance » dans les relations de travail aussi bien avec les étudiants sous sa responsabilité qu'avec ses collègues.

Quand on interroge la CS4, c'est la « prise de recul avec la situation de crise » qu'elle retient en priorité de sa formation en simulation.

Enfin pour la CS3, à la suite de la session de simulation, elle a convenu que cette séance lui avait permis de mieux apprécier le manque de connaissance du rôle du cadre de bloc par les autres apprenants médicaux.

Dès lors, elle a tenu à expliquer aux internes en anesthésie les principales fonctions du métier de cadre de bloc afin que ceux-ci puissent comprendre l'intérêt de venir plus souvent lui faire part de problématiques répondant de sa responsabilité.

Elle a aussi vu l'importance d'extraire le conflit de la salle de bloc, par exemple en délocalisant les entretiens entre belligérants dans son bureau. Elle dit aussi avoir perçu l'importance des mots, avec certains à éviter, et elle reconnaît s'être ainsi créée une sorte de « conduite à tenir ».

### c) **Les bénéfiques**

L'ensemble des cadres interrogées a constaté une meilleure appropriation par la simulation. Ainsi la CS1 évoque une meilleure « rétention d'informations », et une meilleure réflexion liée à la simulation.

La CS3 aborde elle l'importance du droit à l'erreur et la reproductibilité de l'apprentissage par la simulation.

La CS4 pense elle aussi en premier lieu à la rétention d'information, mais y associe l'importance des sentiments vécus au décours de la session et qui à son avis permettent une meilleure mémorisation des conseils reçus.

## 1.8. Propositions

A l'issue de ces entretiens, nous faisons la proposition d'imaginer des formations à créer soit théoriques soit basées sur la simulation.

Il est à noter que les quatre cadres de santé ont proposé uniquement des formations issues de la simulation.

La CS3 et CS4 se rejoignent pour regretter que les sessions de simulation ne soient pas plus ouvertes à plus d'apprenants.

Ainsi, la CS3 souhaiterait particulièrement que l'expérience qu'elle a vécue au cours de la session que nous avons organisée puisse être vécue par d'autres collègues cadres de santé. Elle regrette d'ailleurs avoir été la seule cadre invitée à cette session.

La CS1 souhaiterait voir la création d'une salle de bloc des erreurs qui permettrait un travail commun aux IBODE et aux IADE, autour de l'installation d'un patient dans une salle de bloc non effective voire d'une vérification de checklist HAS commune.

Ce genre d'outil est déjà utilisé dans les formations initiales paramédicales pour permettre le travail collaboratif entre élèves AS et étudiants IDE.

Cette idée pourrait permettre de créer du lien entre les équipes IADE et IBODE voir de leur permettre d'échanger leurs points de vue.

Pour aller aussi dans ce sens, la CS2 désirerait voir l'utilisation d'un patient standardisé au bloc opératoire ce qui pourrait permettre de mieux connaître la charge de travail de chacun des intervenants.

## 2. Discussions

À ce stade de la réflexion, et après avoir étudié les questions de départ et la problématique d'un point de vue plus conceptuel puis après avoir analysé les réponses des cadres de santé rencontrés et interrogés, il nous semble opportun de reprendre nos hypothèses de travail et de les confronter à ces expériences.

Pour rappel, notre problématique de départ était la suivante :

En quoi la simulation pourrait-elle être un outil pour le cadre de bloc opératoire dans la gestion de conflits au sein de ce secteur ?

a) **Hypothèse 1**

Notre première hypothèse était que le cadre pourrait apprendre par la simulation des techniques de gestion de conflit.

Tout d'abord nous constatons que les cadres n'ont que peu reçu de formations sur la gestion du conflit et ne considèrent pas avoir assez d'outils pour réussir à traverser ces zones de turbulences.

Après de nombreuses recherches dans différents centres de simulation, nous avons acté que les cadres n'étaient pas souvent conviés aux sessions de simulation, car les centres priorisent les apprentissages procéduraux techniques.

La session que nous avons mise en place a permis de constater la méconnaissance de l'importance du cadre de bloc opératoire par les internes en anesthésie.

En généralisant la présence d'un cadre lors des sessions et en augmentant le nombre de sessions sur cette problématique des conflits nous espérons créer du lien entre les cadres de bloc opératoire et les futurs médecins des secteurs ou les futurs professionnels.

La cadre qui a vécu cette expérience de simulation créée par nos soins reconnaît avoir vécu une expérience proche de la réalité et qui lui devrait lui permettre d'aborder différemment un futur conflit.

C'est l'intérêt de l'apprentissage par la simulation, qui pourrait ainsi permettre par la répétition à distance de : remettre à jour les connaissances ou bien de valider les connaissances acquises.

Pour cela, il faudra sans aucun doute valider d'autres dates de session avec les cadres de bloc opératoire.

Cela devrait permettre d'assurer un suivi des formations, et aussi de garder le contact avec chaque cadre dans le but de les convoquer pour effectuer des sessions de remise à niveau.

Enfin, il nous semblerait utile de créer une sorte de conduite à tenir face au conflit, avec une liste de mots à éviter et d'autres à employer prioritairement afin de mieux permettre au

cadre de s'emparer de l'opportunité du conflit pour se positionner en tant que cadre responsable du secteur d'activité.

In fine, il nous semble possible de confirmer cette hypothèse 1, et donc de valider que les cadres de bloc peuvent expérimenter la gestion de conflit par la simulation pour être moins en difficulté lors de l'émergence de ceux-ci.

#### b) **Hypothèse 2**

L'hypothèse 2 était que les ateliers de simulation étaient un moyen pour le cadre de bloc de créer une identité professionnelle commune aux différents intervenants au bloc opératoire.

Si la source de conflit que représente les difficultés interprofessionnelles revient chez tous les cadres, force est de constater que l'idée de créer des sessions de simulation communes pour prévenir les conflits ne revient pas systématiquement chez les différents cadres interrogés.

Seule la CS1 parle de créer un outil commun aux professions IADE et IBODE autour d'une « chambre des erreurs » au bloc opératoire pour permettre aux deux entités de travailler ensemble et de mieux se découvrir pour travailler ensemble.

Dans ces entretiens, il apparaît sans doute plus utile pour les cadres de santé de travailler au quotidien sur la connaissance du travail de l'autre afin de faciliter la reconnaissance professionnelle qui générera du respect, plutôt que d'utiliser l'outil simulation qui est beaucoup plus couteux en temps et en argent.

Dès lors, nous concluons en rejetant cette hypothèse 2 de notre travail.

### **3. Limites du travail**

Ce travail nous a demandé une grande disponibilité, particulièrement dans le fait d'essayer de trouver des cadres de santé formés à la simulation hors du CHU.

Cela a donc nécessité des déplacements sur d'autres centres en fonction de la disponibilité de chaque personne interviewée.

Au total, le manque de temps s'est fait particulièrement ressentir sur la fin de l'élaboration de ce travail.

Le fait de n'avoir un échantillon que de quatre cadres de santé est très limitatif, et il est bien entendu impossible de dégager des conclusions exhaustives d'un si petit nombre de personnes interrogées.

Nous avons voulu essayer d'interviewer des cadres issues de formations différentes, il aurait été peut-être plus pertinent de n'interroger que des cadres issues d'une même spécialité pour dégager des conclusions plus spécifiques à un corps de métier.

Il aurait été intéressant de revoir la CS3 plusieurs semaines après la séance de simulation pour voir avec elle si ce qu'elle en retenait à distance, et si les bénéfices entrevus à la sortie de cette session s'étaient rendus effectifs à son retour en poste et lors de conflits éventuels.

Enfin, nous avons interrogé uniquement des cadres ayant été formés à la simulation, peut-être que des cadres n'ayant jamais eu accès à cet outil pédagogique aurait pu évoquer d'autres techniques qui ne se retrouvent pas ici.

## **V. Conclusions**

Le bloc opératoire est toujours un univers qui vit en espace clos. Il est bien souvent le théâtre de jeux d'alliances, de zones de pouvoirs où l'omerta y règne sous la maxime bien connue de « ce qui est dit au bloc reste au bloc ».

Cependant, il incombe au cadre de bloc de réussir à gérer au mieux les intervenants de ce microcosme pour que chacun y trouve sa place et que les règles du savoir-vivre ensemble permettent à tous d'y trouver de bonnes conditions de travail.

Il s'agit là d'une mission bien difficile qui explique le nombre grandissant de postes de cadre vacants dans les blocs opératoires.

De nombreux conflits existent dans ces lieux où le stress, lié aux activités chirurgicales et anesthésiques, majore bien souvent ces situations qui deviennent alors explosives.

Notre travail nous a permis de constater l'étendue de la complexité de ces conflits qui trouvent des sources très différentes, mais qui ont surtout un impact majeur sur les difficultés émotionnelles rencontrées par le cadre exerçant au bloc opératoire et par les équipes qui y travaillent.

Nous avons pu découvrir différentes approches méthodologiques de gestion de conflit à disposition du cadre pour arriver à la résolution de ceux-ci, et nous avons pu démontrer que la présence de cadre de bloc opératoire lors de sessions de simulation pouvait être un nouvel outil pour ceux-ci, mais aussi un nouveau levier dans la création d'une relation de confiance pluridisciplinaire.

Il découle aussi de ce travail la nécessité de trouver un moyen de faire travailler en bonne intelligence tous les différents intervenants.

Ici aussi, le rôle du cadre de santé est de réussir à créer une dynamique de groupe, qui permettra à tout-à-chacun de trouver une qualité de vie au travail permettant in fine une prise en charge optimisée au patient. Cette QVT passera sans aucun doute par la sensation de reconnaissance professionnelle, et c'est dans cette optique que le cadre devra travailler afin de permettre une meilleure connaissance des responsabilités de chacun, pour permettre un travail pluridisciplinaire apaisé et favorisant la relation à l'autre.

Mais l'empathie ne devrait-elle pas être une des qualités communes à tous les intervenants du milieu hospitalier ?

## **VI. Perspectives professionnelles**

### **1. Le cadre de mon futur exercice**

Travaillant depuis quinze années au CHU d'Angers et ayant bénéficié d'une prise en charge institutionnelle de ma formation, j'ai une obligation contractuelle de retourner exercer après l'obtention de mon diplôme de cadre de santé au sein de cette institution.

Dans les paragraphes suivants, j'ai donc décidé de m'intéresser plus particulièrement à cet établissement de santé angevin dans lequel je travaille depuis près de quinze ans et que je connaissais peu, j'ai donc utilisé ci-dessous le plan utilisé par le site web du CHU pour sa présentation au grand public.

#### **1.1. Le CHU d'Angers**

Aujourd'hui, le CHU d'Angers est un établissement de référence, bien implanté dans le département du Maine et Loire.

Il se trouve géographiquement sur différents sites : à Angers sur les rives de la Maine, à St Barthélémy d'Anjou (Département de Soins de suite et de longue durée) et depuis quelques semaines en relation avec le quartier St Nicolas par l'intermédiaire de l'EHPAD St Nicolas.

#### **1.1.1. Un centre hospitalier historique**

D'après le site internet du CHU d'Angers, l'hôpital a été fondé dès le 12<sup>ème</sup> siècle par Etienne de Marsai, sénéchal d'Henri Plantagenêt, qui fit construire l'Hôtel Dieu ou Hôpital Saint Jean dès 1170 dans le but de « soulagement et la guérison des pauvres du Christ ». (22)

Mais l'hôpital général a été construit plus tardivement au XVII<sup>ème</sup> siècle dans le quartier de la Doutre et c'est seulement au XIX<sup>ème</sup> siècle qu'un certain nombre de petites institutions locales vont se rejoindre et se regrouper sur le site actuel du CHU.

Ce sera Napoléon III lui-même qui posera la première pierre en 1849 de l'hôtel Dieu. Au cours du XX<sup>ème</sup> siècle, l'hôpital ne cesse de s'agrandir, investit dans de nombreuses nouvelles spécialités et acquiert son statut de centre hospitalo-universitaire en juillet 1966.

#### **1.1.2. Tourné vers l'avenir**

Depuis le début du XXI<sup>ème</sup> siècle le CHU d'Angers ne cesse d'évoluer, et a su investir dans différentes orientations tournées vers l'avenir, tout d'abord en s'équipant des techniques d'imagerie les plus récentes.

Ainsi, le CHU s'est distingué en étant parmi les pionniers en simulation médicale et paramédicale, ou en créant les journées francophones de recherche en soins (JFRS) depuis 2013 pour faire partie des précurseurs de la recherche paramédicale.

#### **1.1.3. De nombreuses coopérations et partenariats**

Suite aux différentes politiques ministérielles, le CHU d'Angers s'est aussi engagé dans différents partenariats départementaux, régionaux, mais aussi à plus grande échelle.

##### **a) HUGO (Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest) :**

Crée en 2005, ce groupement constitué des CHU du Grand Ouest (par ordre alphabétique : Angers, Brest, Nantes, Orléans, Poitiers, Rennes et Tours) permet au-delà d'avoir permis à certains étudiants d'avoir des parcours de stage inter-chu, la possibilité de faciliter l'émergence de projets communs ou de thématiques de recherche.



Ainsi dès 2013, un appel à projet interrégional a été lancé pour favoriser la dynamique de recherche médicale et d'encourager à la création de projets.

#### b) **Le GHT 49 (Groupement Hospitalier de territoire)**

La loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016, relative à la modernisation du système de santé permettait de renforcer la coordination inter-hospitalière. Ainsi le CHU d'Angers est devenu établissement support du GHT de Maine et Loire, qui est un des 135 GHT de France.

Ce GHT est composé de onze établissements présents dans le département :

CHU Angers, Hôpital St Nicolas Angers, CH Cholet, CH Saumur, CH Longué-Jumelles, CESAME, Hôpital intercommunal Baugeois-Vallée, Hôpital de la corniche angevine, CH Doué la Fontaine, CH layon-Aubance, CH Intercommunal Lys-Hyrôme.

La loi précise que « le GHT a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements ».

Dès 2017, un début d'harmonisation des protocoles et des pratiques entre établissements était débuté.

#### c) **Les réseaux sanitaires et sociaux**

Le CHU a su s'inscrire dans la collaboration de réseaux professionnels pour mieux diffuser des informations et permettre aussi de faire reconnaître son expertise. On pourra citer l'exemple de la création d'un Trauma Center, qui est un réseau de collaboration incluant les hôpitaux du Maine et Loire, de Laval, du nord Mayenne et du haut Anjou, qui permet de traiter les traumatisés graves de manière optimale.

#### d) **La coopération internationale**

Depuis plusieurs années déjà, le CHU d'Angers coopère avec des établissements et des professionnels de santé étrangers. Ainsi, depuis près de 45 ans un partenariat existe avec l'hôpital du Point G de Bamako. Récemment encore un IADE a accompagné une délégation

médicale pour participer à des interventions neurochirurgicales au Mali, et certains étudiants africains sont venus pour leurs formations dans les blocs opératoires du CHU.

Depuis 2012, un partenariat en lien avec le secteur urologique et la greffe rénale a été créé avec le CHU de Tlemcen en Algérie. Là aussi, cet échange a été possible et a bénéficié à différents professionnels médicaux et paramédicaux.

## **1.2. Le projet d'établissement 2018-2022**

En 2018, pour prendre suite au projet « Horizons 2018 », le CHU d'Angers s'est engagé dans un nouveau projet d'établissement d'une durée de cinq ans.

Dès le début de cette démarche, l'établissement a souhaité une participation citoyenne importante au travers les avis d'un forum de citoyens et d'usagers grâce à une plateforme participative sur internet, mais aussi grâce à différentes rencontres organisées avec la Direction. Près de 3700 contributeurs ont participé à l'élaboration de ce projet.

Ce travail a abouti à 6 axes prioritaires ou lignes directrices :

- L'innovation dans les soins, l'enseignement et la recherche
- Un établissement ressource pour le territoire local
- L'évolution de l'offre médicale et soignante guidée par l'expérience patient
- Un établissement acteur majeur du système de santé dans le grand Ouest
- Des infrastructures et des organisations modernes
- Un établissement performant soucieux de ses responsabilités citoyennes et sociales.

Ces axes de réflexions répondent au code de la santé publique du 2 janvier 2002 et plus particulièrement à l'article L6143-2, et doivent aussi permettre de définir le projet médical et la politique générale de l'établissement.

## **1.3. Un plan de retour à l'équilibre**

En 2017, suite à un déficit constaté, la nouvelle Directrice Générale a proposé un plan ambitieux de retour à l'équilibre.

Tout en veillant à la qualité des soins et à la sécurité des patients hospitalisés, des réajustements en termes d'efficience des moyens mis en face de l'activité ont permis une première réduction du déficit dès la première année de mise en place.

## 1.4. Les différents blocs opératoires

Depuis 2018, les blocs opératoires ont rejoint le Pôle d'anesthésie réanimation qui s'appelait alors Pôle ASUR (Anesthésie Samu Urgences Réanimation).

A ce jour il y a donc un seul cadre supérieur en responsabilité de ce Pôle.

Il existe 5 blocs opératoires différents au CHU d'Angers, qui ont la particularité de se trouver dans une structure pavillonnaire, et qui regroupent au total plus d'une trentaine de salles d'intervention.

Chaque structure a ses particularités que nous allons essayer de détailler ci-dessous.

Cependant, ces informations n'ont que valeur actuelle, car il semblerait devoir y avoir des changements dans les semaines à venir dans cette organisation, en fonction de mobilités internes souhaitées et des réorganisations intervenant suite à un départ et aussi à ma probable future affectation sur un de ces postes.

### a) Le Bloc Larrey

Il s'agit d'un bloc opératoire qui comprend de nombreuses spécialités chirurgicales :

- neurochirurgie
- vasculaire
- cardiaque
- thoracique
- Endovasculaire

Ce bloc comprend 6 salles opératoires et a la particularité d'avoir une salle supplémentaire pour la chirurgie interventionnelle conjointe avec la radiologie dans une salle dite hybride.

Pour cette activité, il y a la présence actée d'un seul cadre pour gérer les équipes paramédicales IBODE, IADE et AS mais aussi les perfusionnistes qui se chargent de l'activité de la Circulation Extra Corporelle en chirurgie cardiaque.

Le cadre doit aussi gérer les activités d'astreintes des paramédicaux sur ce secteur.

Il s'agit d'un bloc avec une forte activité, dans un secteur de pointe ;

### b) Le Plateau technique de l'ouest

Ce bloc PTO comprend 9 salles mais différenciées en deux activités distinctes et avec un cadre différent pour chaque.

- 4 salles pour le bloc orthopédie ophtalmologie
- 5 salles pour le bloc viscéral urologie

La cadre du secteur orthopédie a sous sa responsabilité l'équipe IBODE et AS d'orthopédie ainsi que l'ensemble de l'équipe IADE des deux secteurs.

La cadre du secteur viscéral a elle, sous sa responsabilité, l'équipe IBODE et AS de viscéral et l'équipe IDE et AS de SSPI.

Il y a aussi une activité de gastro-entérologie à proximité de ce bloc avec 3 salles interventionnelles, pour lesquelles les patients iront en SSPI commune avec les deux autres secteurs d'activités du PTO.

L'équipe IBODE est amenée à participer aux astreintes du bloc des urgences, et les IADE au front de permanence pour l'activité du bloc des urgences.

#### c) **Le bloc Gynécologie-Obstétrique-Maternité**

Ce bloc comprend 3 salles de bloc opératoire dédiées à la chirurgie réglée et 2 salles dites d'urgences réservées particulièrement pour l'obstétrique et les césariennes en urgence.

Il y a une seule cadre pour la gestion de cette activité, mais si celle-ci doit gérer l'équipe paramédicale de bloc IBODE, IADE et AS, elle doit aussi gérer l'équipe de salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) composée d'IDE et d'AS.

La particularité de ce secteur est l'activité 24/24h 7/7j pour la partie obstétricale et la nécessité d'un front de permanence IADE et d'astreintes IBODE et en SSPI.

#### d) **Le Bloc Robert Debré**

Ce bloc comporte 7 salles qui sont décomposées ainsi :

- 3 salles pour la chirurgie pédiatrique avec 8 spécialités chirurgicales intervenants
- 3 salles pour les spécialités adultes (Odontologie, ORL, Plastie, Stomatologie)
- 1 salle d'anesthésie locale multi disciplinaire

Un seul cadre gère ce bloc et lui aussi a sous sa responsabilité les équipes paramédicales IBODE, AS, IADE et IDE de SSPI.

L'équipe IBODE est appelée à participer aux astreintes IBODE en neurochirurgie et en obstétrique.

L'équipe IADE participe aux fronts de permanence d'obstétrique.

### e) **Le bloc des Urgences**

Ce bloc comprend 4 salles d'urgences ouvertes 24/24h 7/7j, avec une ouverture à toutes les spécialités exceptée la chirurgie cardiaque.

Une cadre gère l'équipe IBODE et AS

Une cadre d'anesthésie gère l'équipe IADE du bloc des urgences ainsi que l'équipe IDE et AS de SSPI des urgences et de déchoquage.

Au total, il est intéressant de noter que 4 cadres sur 7 en poste à ce jour, gèrent simultanément des équipes d'anesthésie et de bloc et que deux postes sont tenus par des faisant fonction cadre de santé. Un poste de cadre est vacant depuis plusieurs semaines sur le bloc Larrey et un autre va devoir être pourvu suite au départ d'une des faisant fonction suite à sa réussite au concours d'entrée à l'IFCS.

## **2. Mon Positionnement de cadre de santé**

A ce jour, je n'ai aucune certitude de poste défini au bloc opératoire à mon retour de formation de l'IFCS.

L'expertise d'un cadre n'est pas une obligation d'un poste en relation avec cette expertise, cependant une rencontre avec Mme la coordinatrice de la direction des soins du CHU d'Angers en date du 8 Avril 2019, me laisse à penser que je serai probablement placé sur un poste au sein d'un bloc opératoire.

De plus, j'aime à me voir exercer dans un bloc opératoire pour pouvoir essayer de mettre en application les conclusions de ce travail.

Mais, avant cela, il y aura pour moi d'autres étapes prioritaires que je vais essayer de présenter dans les paragraphes suivants.

### **2.1. Conception de la fonction d'encadrement**

Pour définir au mieux la fonction de cadre, il me semble important d'insister sur différents points importants à mes yeux.

Le cadre a un rôle relationnel prépondérant dans la vie du secteur dont il a la responsabilité. Ainsi, mon expérience d'infirmier puis d'IADE et enfin de faisant fonction cadre m'a beaucoup

appris sur l'importance de la communication dans une équipe de soins. Si certaines réunions d'équipe peuvent permettre d'apaiser des tensions ou de favoriser le travail collaboratif, elles peuvent être à contrario le terrain de résurgence de non-dits de griefs et de conflits. Il appartient alors au cadre de posséder les capacités de concertation nécessaire et d'être rompu aux techniques de négociation et à la gestion des conflits pour aplanir ces difficultés. C'est au cadre d'avoir des compétences relationnelles adéquates pour la résolution de ces problématiques. Pour se faire, il doit savoir se rendre disponible, et être ouvert à la discussion en faisant preuve d'empathie, mais aussi savoir se positionner et rester ferme sur les positions qu'il jugera non négociables.

Ensuite, dans l'équipe de soins, le cadre doit être l'initiateur d'une dynamique. Il est celui qui va permettre la définition du projet de soins avec l'équipe. Il doit savoir animer les rencontres et groupes de travail pour renforcer la cohésion d'équipe, mais aussi pour permettre à chacun d'avancer dans les projets collectifs, mais aussi ceux plus personnels. Il devra être assez habile pour repérer les compétences de chacun et les besoins en formation à mettre en œuvre.

Pour ce faire, il doit savoir faire preuve d'équité vis-à-vis de tous. C'est là une des difficultés pour un cadre de bloc devant gérer deux équipes (IBODE et IADE) de savoir faire preuve d'équité entre chaque équipe pour ne pas donner l'impression d'avantager une fonction plus qu'une autre.

Comme j'ai pu l'analyser dans mon travail, la position du cadre de santé au bloc opératoire est compliquée. Pour moi, le cadre de santé doit avant tout être le garant de la qualité des soins apportés au patient.

Sa posture doit permettre un travail dans de bonnes conditions, dans le respect des règles de gestion des ressources humaines, mais aussi dans le respect de la qualité de vie au travail pour les professionnels de santé qui exercent sous sa responsabilité.

L'ensemble de mon exercice professionnel a été tourné autour de la rigueur, mais aussi autour de la communication.

J'ai toujours eu un engagement fort dans le mieux vivre ensemble sur notre lieu d'exercice afin d'être plus efficient dans notre prise en charge auprès du patient.

Dès lors, dans ma future fonction de cadre de santé, il me paraît important et nécessaire de réussir à créer du lien entre les équipes de soins.

## 2.2. Un cadre de bloc au milieu du champ

Souvent, on considère que les équipes sont séparées par des frontières plus ou moins visibles. Pour le bloc opératoire, cette limite est essentiellement marquée géographiquement par le champ opératoire qui différencie la partie chirurgicale de la partie anesthésique.

Le cadre est toujours décrit comme l'interface entre l'institution et les équipes de soins, mais dans les blocs opératoires cette position est d'autant plus difficile qu'il n'existe pas une seule équipe de soins.

En tant que cadre de santé, je devrais réussir à faire ma place à la jonction de ces deux équipes, mon ancienneté dans les deux professions infirmières me donneront une légitimité qu'il faudra dépasser pour permettre le travail collaboratif.

Ma connaissance du travail des uns et des autres, ma perception précise des actes légiférés réalisés par chacun devrait me permettre de créer des échanges, du lien, entre ces différentes catégories de professionnels infirmiers.

C'est en favorisant l'écoute et le dialogue auprès de chacun de ces professionnels, en argumentant auprès d'eux sur leurs responsabilités, leurs prérogatives et leurs temporalités que je souhaite leur permettre de se connaître dans le but final d'apprendre à mieux travailler ensemble.

## 2.3. Prise de poste

Quel que soit le poste auquel je serai nommé, il faudra dans un premier temps faire un état des lieux de la situation de service. Pour ce faire, les chapitres suivants sont des idées de fonctionnement, mais nullement des analyses détaillées du secteur du fait de l'interrogation sur le terrain d'affectation.

### 2.3.1. Analyse du contexte spécifique du CHU

Depuis deux ans le CHU d'Angers est ancré dans un plan de retour à l'équilibre. L'efficacité entre moyens mis en œuvre et résultats est importante. La programmation efficace des vacations opératoire en regard des besoins des chirurgiens en termes de file active de patients est observée avec rigueur. C'est dans cet objectif que des postes d'infirmières de programmation ont été mis en place sur différents blocs opératoires.

La nouvelle coordinatrice de la direction des soins infirmiers m'a informée lors d'une rencontre formelle qu'elle souhaitait être très présente pour apporter une aide aux cadres de bloc.

### **2.3.2. Analyse du contexte de Pôle**

Je dois rencontrer Mme la coordinatrice de la DSI début juin pour qu'elle me confirme mon affectation.

Dès que j'aurai connaissance de celle-ci, il me faudra aller me présenter à la cadre supérieure de Pôle qui selon toute vraisemblance sera Mme Collet, CSS du Pôle ASUR.

Ce temps de rencontre me permettra de définir avec elles certains objectifs et temporalités.

Mais aussi je pourrais l'interroger sur les contours exacts des équipes sous ma responsabilité, sur les particularités organisationnelles nécessaires à porter à ma connaissance, et enfin sur les contours précis du projet de Pôle.

### **2.3.3. Analyse du service**

Avant toute chose, il m'apparaît d'ores et déjà important de me présenter et de rencontrer tous les intervenants auprès de ce secteur en débutant par le chef de Pôle et le responsable d'UF.

Il me sera aussi nécessaire de bien comprendre l'organisation du service au sein du Pôle et de la place de ce pôle au sein de l'hôpital, pour mieux comprendre les liens entre services.

Après avoir saisi cette organisation, il me sera sans aucun doute très utile de créer un organigramme et un sociogramme au sein des organisations du service.

Pour cela, je devrai rencontrer les différentes personnes intervenantes sur le secteur.

### **2.3.4. Analyse de l'équipe paramédicale**

Cette analyse sera la première étape de ma prise de poste, elle sera ainsi visible dans le tableau chronogramme type Gantt présenté ci-après.

Il me faudra rapidement rencontrer les différents agents de l'équipe du bloc, afin de déterminer les appétences et les souhaits de chacun.

Ceci pourra être fait lors d'entretiens individuels formels ou informels que j'ai placé dans les deux premiers mois de mon exercice professionnel sur le chronogramme placé en figure 7.



Ces rencontres précoces sont des objectifs intermédiaires qui devraient me permettre de me positionner sur le secteur, mais aussi de repérer les éléments susceptibles de devenir référent ou personnes ressources pour moi.

### 2.3.5. Analyse SWOT

Puis, il me faudra certainement réaliser une analyse précise de l'état des lieux de l'unité et de son organisation, cela sera possible en utilisant un SWOT.

Le SWOT est un outil qui permet d'analyser les possibilités offertes par un secteur d'activité en termes de stratégie d'entreprise pour mieux déterminer des options offertes au manager.

Le terme SWOT est issu de l'anglais pour Strengths Weaknesses Opportunities et Threats.

Il faut pour cela différencier les 4 catégories suivantes en français :

Forces Faiblesses Opportunités et menaces.

Les opportunités et les menaces présentes dans l'environnement sont considérées comme le diagnostic externe.

Alors que le diagnostic interne regroupe les forces et les faiblesses.

Le tableau ci-dessous permet de mieux visualiser ces thématiques et l'organisation d'un SWOT.

	Positif (pour atteindre l'objectif)	Négatif (pour atteindre l'objectif)
Origine interne Organisation	<b>Forces</b> Strengths	<b>Faiblesses</b> Weaknesses
Origine externe Environnement	<b>Opportunités</b> Opportunities	<b>Menaces</b> Threats

Fig 6 Tableau d'Analyse SWOT.

LE SWOT est l'outil le plus facile à utiliser et le plus robuste en termes de validité.

Ce travail pourra être remis sous forme de rapport d'étonnement auprès du cadre supérieure du Pôle, mais sera surtout pour moi la possibilité de mieux appréhender l'environnement de travail et devra me permettre de réévaluer ou d'ajuster les moyens à disposition pour l'atteinte de mes objectifs.

Sur le chronogramme présenter j'ai de façon arbitraire imaginé le rendre après la période estivale.

### 2.3.6. Chronogramme des actions à mener

Au total, les différentes actions que je souhaite mener et que j'ai pu décrire dans les paragraphes précédents se retrouveront résumées dans ce chronogramme type diagramme de Gantt qui ne se veut pas exhaustif.

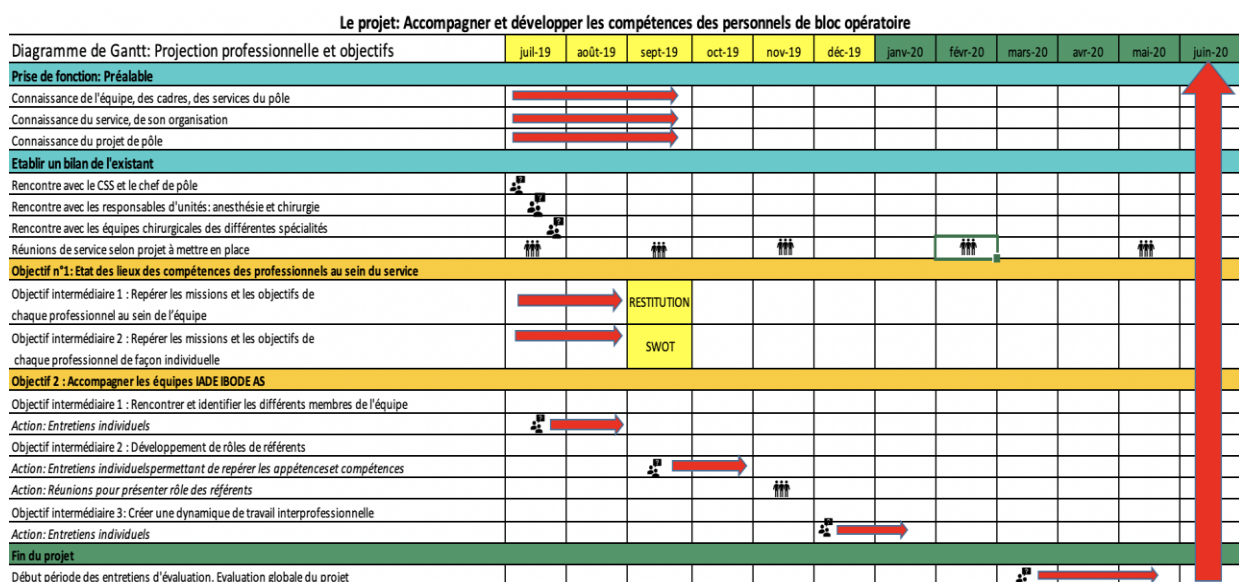


Fig 7 : Chronogramme projection professionnelle

## 2.4. Les enjeux de mon projet

### 2.4.1. Pour le patient

Comme exprimé à plusieurs reprises au cours de ce travail, pour moi le cadre de santé et l'ensemble des équipes paramédicales n'existe que dans un but ultime celui d'une prise en charge efficiente du patient.

Il s'agit bien là de la seule raison d'être de l'exercice de ces différents corps.

Mon projet professionnel s'articule donc autour de cet axe, et je souhaite donc participer à l'amélioration des pratiques dans le but de rendre les prises en charge encore plus efficaces.

Les relations conflictuelles au bloc opératoire entre les équipes de soins peuvent être anxiogènes pour le patient devant subir une intervention chirurgicale.

Il est bien connu dans l'univers de l'anesthésie que l'état de stress du patient agit sur la qualité de l'anesthésie et se retrouve source d'agitation au réveil ce qui va majorer les douleurs et les effets indésirables tels que les nausées vomissements.

En rendant l'ambiance de travail plus apaisée et plus calme, je souhaite permettre aux patients d'accéder au bloc opératoire dans des conditions optimisées pour lui permettre de bénéficier de cette expérience dans les meilleures conditions émotionnelles.

#### **2.4.2. Pour l'unité de soin**

A ce stade, il est difficile d'imaginer des enjeux pour une unité de soins que je ne connais pas encore.

Cependant à la vue d'une probable affectation dans un bloc opératoire, je me plais à souhaiter m'engager à créer une dynamique de groupe permettant une activité dans une équipe apaisée.

Mon objectif sera donc de maintenir une activité chirurgicale voire de réussir à l'optimiser à l'aide de programmes opératoires adaptés à la demande chirurgicale.

#### **2.4.3. Pour l'équipe soignante**

Ayant au cours de ce travail, axé ma réflexion autour de la relation interprofessionnelle, et particulièrement à la relation conflictuelle IADE-IBODE, je souhaite autant que possible travailler autour des relations entre agents.

L'objectif est d'arriver à créer un esprit d'équipe propice au travail.

Mme BUZIN, Ministre de la santé, affirme depuis 2017 « vouloir prendre soin de ceux qui nous soignent », c'est dans cette optique d'amélioration de la qualité de vie au travail que je souhaite m'engager.

Dans cette optique, il apparaît important de réussir à motiver chacun, pour mieux l'impliquer dans le travail.

Dans les blocs opératoires, l'engagement de tous les professionnels à respecter des règles d'hygiène et d'asepsie est non négociable et les équipes arrivent à se retrouver autour de certains objectifs qui sont de fait des valeurs partagées.

C'est en réussissant à détecter ces valeurs communes qu'il sera plus aisé d'amener une implication affective des équipes pluridisciplinaire et ainsi faciliter leur travail en commun.

## 2.5. Mon projet d'action

Mon projet s'articule autour de deux objectifs que notre travail de recherche a mis en exergue autour de l'activité du cadre de bloc opératoire.

Le premier est axé autour des apprentissages de gestion de conflit par la simulation, l'autre sur le management du cadre au bloc et la possibilité de créer une ambiance propice de travail par la pluri professionnalité.

J'ai décidé là aussi de représenter les actions sur un chronogramme type Gantt.

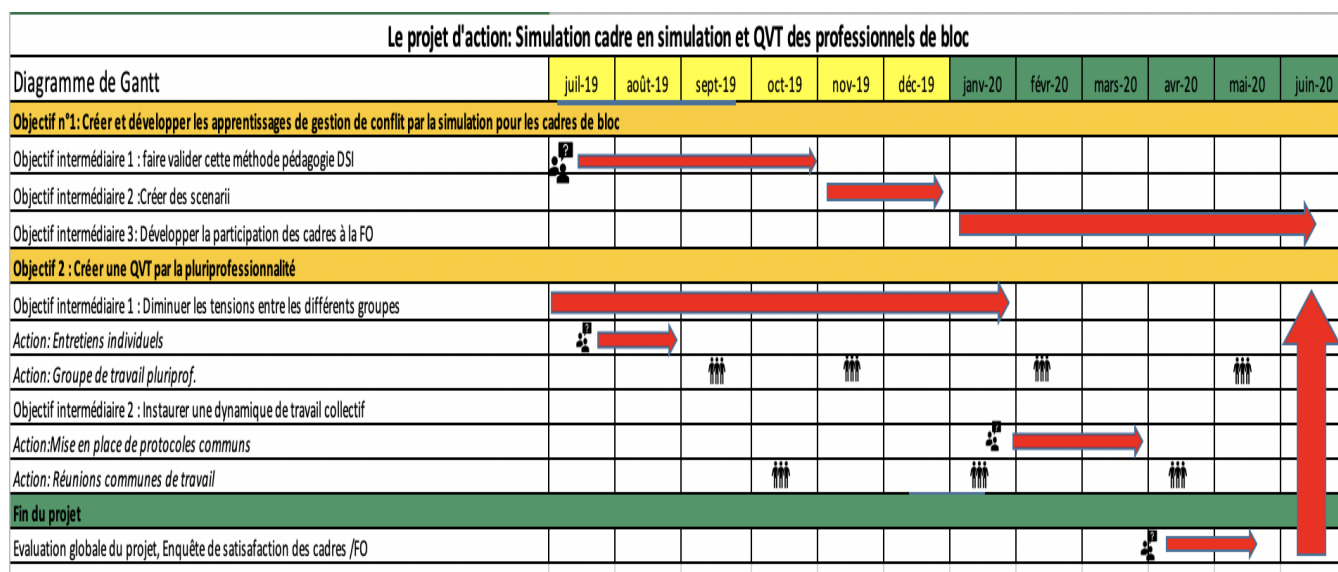


Fig 8 : Chronogramme de projet d'action

### 2.5.1. Objectif global n°1

#### Créer et développer les apprentissages de la gestion des conflits par la simulation pour les cadres

a) **Objectif intermédiaire n°1 : faire valider une politique de gestion des conflits par la simulation pour les cadres de bloc**

	Actions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser un temps de réunion avec les différents formateurs en simulation</li> <li>- Création de scénarii spécifiques aux conflits au bloc</li> </ul>
	Moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser les échanges et le partage d'expérience</li> <li>- Identifier les personnes ressources</li> <li>- Être au plus près du terrain d'activité et de la réalité</li> </ul>
	Acteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser les échanges et le partage d'expérience</li> <li>- Identifier les personnes ressources</li> <li>- Être au plus près du terrain d'activité et de la réalité</li> </ul>
	Stratégie managériale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser les échanges et le partage d'expérience</li> <li>- Identifier les personnes ressources</li> <li>- Être au plus près du terrain d'activité et de la réalité</li> </ul>
	Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser les échanges et le partage d'expérience</li> <li>- Identifier les personnes ressources</li> <li>- Être au plus près du terrain d'activité et de la réalité</li> </ul>
	Durée prévue	2 mois
	Durée prévue	3 à 6 mois

b) **Objectif intermédiaire n°2 : Création de scénarii spécifiques pour les cadres de bloc**

Actions	<ul style="list-style-type: none"><li>- Amener les cadres de santé à s'inscrire dans les sessions de simulation</li><li>- Amener les cadres à participer aux sessions</li><li>- Permettre aux cadres de travailler la gestion de conflit</li><li>- Permettre aux cadres un échange sur les moyens utilisés dans la gestion de conflit</li></ul>
---------	---

Moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sessions de simulation programmées</li> <li>- Salle de simulation</li> <li>- Participation aux sessions HF de Pôle ASUR</li> </ul>
Acteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CS de bloc opératoires</li> <li>- Formateurs en simulation</li> <li>- CS formateur en simulation</li> </ul>
Stratégie managériale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer les cadres de la mise en place des séances de simulation</li> <li>- Impliquer les CS dans leurs formations</li> <li>- Identifier les personnes ressources pour motiver</li> <li>- Favoriser l'adhésion des cadres à ce processus</li> <li>- Être au plus près du terrain d'activité et de la réalité</li> <li>- Créer une dynamique de groupe cadre</li> <li>- Valoriser la participation des cadres aux sessions</li> </ul>
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de cadres ayant participé aux sessions (voir feuille émargement).</li> <li>- Participation d'une session par cadre</li> <li>- Baisse du nombre de cadre en difficulté face aux conflits</li> <li>- Évaluation de satisfaction des cadres</li> </ul>
Durée prévue	Un an

c) **Objectif intermédiaire n°3 : Développer la participation des CS de bloc à la simulation**

**2.5.2. Objectif global n°2 :**

**Créer et maintenir une qualité de vie au travail par la pluri professionnalité dans les blocs opératoires.**

a) **Objectif intermédiaire n°1 : Diminuer les tensions entre les différents groupes professionnels**

Actions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un groupe de travail commun aux équipes</li> <li>- Instaurer un projet commun autour de la coopération</li> <li>- Favoriser des moments de rencontre entre les professionnels</li> <li>- Favoriser les échanges entre les différents corps de métier</li> <li>- Créer un groupe de travail permettant le travail collaboratif</li> <li>- Favoriser des moments de rencontre entre les professionnels</li> </ul>	
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salle de réunion de bloc</li> <li>- Favoriser l'entraide et la solidarité</li> <li>- Participation aux sessions HF de Pôle, hygiène : autour de la prise en charge du patient</li> <li>- Rencontres entre les différents professionnels</li> </ul>	
Acteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Équipe IADE</li> <li>- Équipe IBODE</li> <li>- Équipe AS</li> <li>- Participation aux sessions HF de Pôle</li> <li>- Équipe médicale MAR et chirurgicale</li> <li>- Cadre du bloc</li> <li>- Équipe IADE</li> <li>- Équipe IBODE</li> <li>- Équipe AS</li> </ul>	
Stratégie managériale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les personnes ressources pour motiver le reste de l'équipe</li> <li>- Créer une dynamique de groupe coopérative</li> <li>- Favoriser les échanges avec le cadre</li> <li>- Valoriser la participation aux sessions</li> <li>- Observer les comportements sources de problèmes</li> <li>- Expliquer les fonctions de chacun</li> </ul>	
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de personnes de chaque groupe ayant participé aux sessions (voir feuille émargement) et reste de l'équipe</li> <li>- Évaluation de satisfaction des participants</li> <li>- Créer une dynamique de groupe avec le cadre</li> <li>- Meilleure entente dans l'équipe</li> <li>- Communication et partage des informations : rôle de leader du cadre</li> <li>- Diminution des conflits et de leurs expressions</li> <li>- Connaissances des spécificités de chaque corps</li> <li>- Nombre de personne de chaque groupe ayant participé aux sessions (voir feuille émargement)</li> <li>- Évaluation de satisfaction des participants</li> </ul>	
Durée prévue	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meilleure entente dans l'équipe</li> <li>- Diminution des conflits et de leurs expressions</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionnement sur le fonctionnement</li> </ul>	
Durée prévue	Six mois	

b) 0



### VII. Conclusion générale

L'institution hospitalière a vécue difficilement l'arrivée des méthodes de tarifications à l'acte qui nécessitaient de repenser différemment les prises en charge des patients, pour mieux être tourné vers l'efficience.

Si cette réorganisation devait amener les hospitaliers à réfléchir l'hôpital comme une entreprise, elle n'a jamais eu pour objectif de la dénaturer au point d'oublier son but initial qu'est la prise en charge des patients.

Aujourd'hui, ce delta est visible dans de nombreux discours de ressentiments, et ressurgit irrémédiablement lors de désaccords pour différencier les administratifs et les agents du terrain, comme si ces deux entités ne possédaient pas cet objectif commun tourné vers les patients.

La position du cadre de santé à l'interface entre l'administration et l'équipe de soins lui vaut souvent d'être pris à parti et parfois même d'être mis à mal lorsque des situations de conflits apparaissent.

Pourtant, lui aussi est issu du corpus des soignants, et ces reproches peuvent toucher son identité professionnelle voir aussi son identité personnelle et l'amener à un syndrome d'épuisement professionnel.

L'univers du bloc opératoire est un microcosme fermé, où gravitent de nombreux corps de métiers, et où règnent encore des zones de pouvoir et d'influence qui peuvent être source d'intimidation voir de conflits. La partie recherche conceptuelle nous a permis de mieux comprendre l'identification d'un individu à un groupe et comment son besoin d'appartenance à celui-ci et aux normes le régissant peuvent l'amener à défendre des positions jusqu'au-boutistes.

Le cadre de santé de bloc opératoire se retrouve donc fréquemment à devoir arbitrer des situations entre des équipes différentes ou entre des membres d'une même équipe avec des convictions et des représentations différentes.

Les entretiens menés auprès de quatre cadres de bloc, nous ont permis d'appréhender les difficultés rencontrées sur le terrain par ces différents acteurs.

Le manque de formation mise en place pour préparer les cadres à affronter ces situations souvent explosives et sources de mal-être semble pouvoir être comblé par la mise en place de session de simulation à l'instar de celle que nous avons pu créer et observer dans le cadre de ce travail. La difficulté résidera dans la possibilité de renouveler ces séances de simulation en raison des coûts engendrés. Cependant, l'intégration de ces temps, aux formations médicales anesthésiques existantes, en les rendant alors communes aux différents corps de métier et aux cadres permettrait de diminuer cet impact financier.

Cela permettrait alors mettre en place une stratégie d'entraide interprofessionnelle dont le cadre pourrait s'emparer pour créer du lien, créer une dynamique de groupe que l'on pourrait voir comme l'initiatrice de la reconnaissance et d'une forme d'apaisement entre les différents intervenants du bloc opératoire.

Nous voyons donc ici, des objectifs faisant parties de ceux de notre projection professionnelle, en termes de connaissance de l'autre, de coopération interprofessionnelle, de respect, de qualité de soins, qui devront permettre une meilleure qualité de vie au travail de tous, qui nous l'espérons sera ressenti par le patient.

« Prendre soin des membres de l'équipe de soin » ne doit pas être juste une maxime marketing du Ministère de la santé mais bien un but à atteindre par chacun et pour le bien de tous.

# Bibliographie

## Ouvrages cités dans le travail :

- (1) Cauvin P. *La cohésion des équipes : pratique du team building*. Issy-les-Moulineaux, France : ESF éditeur ; 2014. 220 p.
- (2) Castra M. *Identité. Sociologie* [Internet]. 2012 Sept
- (3) SAINSAULIEU R. *L'identité au travail*. Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques 1977
- (4) TANGUY L., DUBAR C., *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Revue française de sociologie. 1993
- (5) GOULLET DE RUGY B. *La démarche interdisciplinaire : rêve, cauchemar ou possibilité ? Ergothérapies*. 2002
- (6) Chapalain É. *La représentation sociale du rôle de l'infirmier anesthésiste, une entrave à la communication ?* 2008 Sep 23 *Oxymag*, 9-11
- (7) PIAGET, J., *Épistémologie des relations interdisciplinaire*. OCDE. L'interdisciplinarité : problèmes d'enseignement et de recherche dans les universités. Paris, OCDE, 1972
- (8) Bayle, I., & Maisch, V. *Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionalité, mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins*. Saverne: Estem. 2014
- (9) Haute Autorité de Santé- La HAS déploie Pacte, un programme autour du travail en équipe. <https://www.has-sante.fr/portail/jcms>
- (10) Lagneau F. *Travail en équipe : comment évaluer et améliorer ?* MAPAR 2008
- (11) Moriceau Y, *Vers une nouvelle identité professionnelle des IADE ?* SFAR 2012
- (12) Picard D., Marc, E. *Les conflits relationnels*. Presses universitaires France 2008
- (13) Kohlrieser, G., *Négociations sensibles : les techniques de négociations de prises d'otages appliquées au management*. Village Mondial. 2007
- (14) Medicine I of America C on Q of HC in. *To err is human: Building a safer health system*. National Academy Press ; 2000
- (15) America's Authentic Government Information. H.R. 855 To amend the Public Health Service Act to authorize medical simulation enhancement programs, and for other purposes. 111th Congress 1st session. GPO; 2009.

- (16) Savoldelli G., BOET S. *Séance de simulation : du briefing au débriefing*, In : Boet S., SAVOLDELLI G., GRANRY JC., editors. *La simulation en santé de la théorie à la pratique*. Springer ; Paris ; 2013
- (17) Vygotski, L. S., Sève, F., & Clot, Y. *Pensée et langage* Paris : Éditions sociales. 1985
- (18) Granry JC, MOLL MC. *Rapport de mission. État de l'art en matière de pratiques en simulation dans le domaine de la santé*. HAS. Saint-Denis La Plaine : HAS.2012  
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01.pdf>
- (19) LEONARD M, GRAHAM S, *The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care*. BMJ Quality & Safety. 2004
- (20) Le BOTERF G. *Construire les compétences individuelles et collectives : la compétence n'est plus ce qu'elle était*. Paris : Ed d'organisation ;2005.
- (21) Kaufmann, J. C. *L'entretien compréhensif*. Nathan Université. Paris.1996

### **Sites internet :**

- (9) <https://www.has-sante.fr/portail/jcms>
- (18) <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01.pdf>
- (22) <https://chu-angers.fr/le-chu-angers/>

### **Ouvrages ayant nourris la réflexion :**

- Bernoux P., *Sociologie des organisations*, Paris, Éditions du seuil, 1985.
- Crozier M., Friedberg E., *L'acteur et le système*, Paris : Éditions du Seuil, 1977
- Mintzberg H., *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Les éditions d'organisation, 1982.
- Mintzberg H., *Le management, voyage au centre des organisations*, Ed d'organisation, 2004.
- Mintzberg H., *Le pouvoir dans les organisations*, Paris : Les éditions d'organisation, 1986.
- Picard, D., & Marc, E. *Les conflits relationnels*. Presses universitaires de France, 2008.

## **Articles scientifiques et revues**

Baker, C., Pulling, C., McGraw, R., Dagnone, J. D., Hopkins-Rosseel, D., & Medves, J. *Simulation in interprofessional education for patient-centred collaborative care. Journal of advanced nursing*, 2008; 64(4), 372-379.

Fung, L., Boet, S., Bould, M. D., Qosa, H., Perrier, L., Tricco, A., ... & Reeves, S. *Impact of crisis resource management simulation-based training for interprofessional and interdisciplinary teams: A systematic review. Journal of interprofessional care*, 2015; 29(5), 433-444.

Policard F. *Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. Recherche en soins infirmiers*. 2014 Jul 10; N° 117(2):33-49.

Robertson, J., & Bandali, K. *Bridging the gap: Enhancing interprofessional education using simulation. Journal of Interprofessional Care*, 2008; 22(5), 499-508.

Sexton JB, Makary MA, Tersigni AR, Pryor D, Hendrich A, Thomas EJ, et al. *Teamwork in the operating room: frontline perspectives among hospitals and operating room personnel. Anesthesiology*. 2006 Nov; 105(5):877-84.

Skjørshammer M. *Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. Journal of Interprofessional Care*. 2001 Jan 1; 15(1):7-18.

Steinemann S, Berg B, Skinner A, DiTulio A, Anzelon K, Terada K, et al. *In Situ, Multidisciplinary, Simulation-Based Teamwork Training Improves Early Trauma Care. Journal of Surgical Education*. 2011 Nov 1; 68(6):472-7.

## **Table des illustrations**

Photo 1 : Installation au bloc opératoire	47
Photo 2 : Conflit au bloc opératoire	48
Photo 3 : Résolution de conflit dans le bureau de la cadre	49
Photo 4 : Explications au patient	50

## Table des tableaux

Fig 1 : Pyramide des Besoins selon Abraham Maslow	11
Fig 2 : Taux de rétention d'information selon la méthode pédagogique	35
Fig 3 : Cycle de Kolb	36
Fig 4 : Récapitulatif des cadres interrogés	52
Fig 5 : Nuage de mots des causes du conflit	53
Fig 6 : Tableau d'Analyse SWOT.	73
Fig 7 : Chronogramme projection professionnelle	73
Fig 8 : Chronogramme de projet d'action	75

## Annexes

### Annexe 1 : Entretiens préalables

Les retranscriptions de ces entretiens se veulent le plus exacte possible mais respecteront l'anonymat des personnes interrogées.

a) Entretien 1 :

- « Bonjour, je m'appelle Arnaud ESPINET je suis étudiant à l'IFCS d'Angers, et dans le cadre de mon mémoire, je souhaite travailler sur la notion d'interprofessionnalité au bloc opératoire.

Je vous remercie tout s'abord de me recevoir, et si vous voulez bien, pour débiter cet entretien, je souhaiterais que vous vous présentiez rapidement, puis que vous m'expliquiez en quelques mots ce que représente pour vous l'interprofessionnalité et les limites que vous constatez au quotidien auprès de votre équipe.

- Bonjour, je suis X, je suis IADE, faisant fonction de cadre depuis deux ans.

Je rapproche tout de suite les difficultés de l'interprofessionnalité avec une situation vécue récemment. J'ai eu un conflit entre l'équipe AS et l'équipe IADE du bloc dont j'avais la responsabilité. L'équipe AS constatait que les IADE ne respectaient pas les tâches des AS au bloc opératoire. Les IADE eux ne comprenaient pas les remarques des AS, car il existe une mobilité sur les secteurs des équipes IADE qui n'existe pas chez les AS. Ain si dans d'autres secteurs les organisations étaient différentes et les IADE n'avaient pas à faire certaines missions annexes à leurs activités quotidiennes. L'organisation différente induisait une incompréhension entre les deux équipes. Et cet impact sur le travail de l'autre a induit une sensation de non-respect de leurs missions pour les AS et les IBODE ont donné raisons aux AS. Cela a été la source de création de conflit entre les équipes avec un début de notion de clan entre les équipes de bloc et d'anesthésie.

Il n'y avait plus de pauses communes, ou bien le silence était pesant dès que les deux équipes étaient dans la même pièce.



- Et comment avez-vous géré cette situation, en tant que cadre de l'équipe d'anesthésie ? Avez-vous travaillé cette situation avec la cadre du bloc ?
- Alors dans un premier temps j'ai repris la situation avec l'équipe IADE. J'ai redéfini les rôles et les missions de chacun en expliquant la particularité de secteurs et en montrant que cette organisation avait des explications en lien avec la situation géographique spécifique du bloc.

Les AS n'avaient pas les mêmes activités d'un secteur à l'autre ce qui expliquait pourquoi elles ne font pas certains actes sur notre secteur. Dès lors j'ai demandé aux IADE d'avoir plus de considération pour le travail des AS, et aussi pour leurs collègues IBODE.

Cependant pour mesurer l'impact sur le travail d'équipe c'est plus compliqué.

Par chance, je suis assez proche de ma collègue cadre du bloc opératoire.

Nous avons donc décidé de créer un temps d'échange autour du vécu de chacun, ceci dans le but de favoriser la compréhension du travail de chacun.

La difficulté constatée c'est que chaque équipe reste sur son modèle et il n'y a pas eu une nouvelle équipe créée, une équipe que j'espérais commune.

En fin de compte ce qui a créé ce conflit c'est l'incompréhensions. Chacun connaît son rôle mais pas celui de l'autre. Et comme forcément « l'autre est un fainéant alors que moi je travaille bien ». Et puis moi je ne connais pas de technique pour harmoniser les conflits.

La chance que j'aie eu lors de cette situation c'est surtout que je pouvais m'appuyer sur ma collègue cadre, que nous partagions les mêmes certitudes.

Car s'il n'y a qu'un cadre j'imagine qu'il est plus difficile de faire du lien entre les équipes tout seul car forcément la décision sera vécue comme arbitraire par une des deux parties en présence.

- Auriez-vous des idées d'actions qui permettraient de gérer les relations difficiles ?

- C'est sans doute la communication qui permettrait à chacun de mieux se connaître et ainsi de mieux s'accepter. Je reste persuadée que le fait de s'approprier permet de travailler ensemble.
- Je vous remercie pour votre accueil et la sincérité de vos propos, avez-vous quelque chose à rajouter.
- Non, si ce n'est que trouver le parfait équilibre dans une équipe est bien compliqué et qu'un cadre de santé seul a intérêt à être bien légitimé par son équipe ».

b) **Entretien 2 :**

- « Bonjour, je m'appelle Arnaud ESPINET je suis étudiant à l'IFCS d'Angers, et dans le cadre de mon mémoire, je souhaite travailler sur la notion d'interprofessionnalité au bloc opératoire.

Je vous remercie tout s'abord de me recevoir, et si vous voulez bien, pour débiter cet entretien, je souhaiterais que vous vous présentiez rapidement, puis que vous m'expliquiez en quelques mots ce que représente pour vous l'interprofessionnalité et les limites que vous constatez au quotidien auprès de votre équipe.

Bonjour, je suis Antoine, cadre depuis moins de 5 ans sur ce secteur. J'ai sous ma responsabilité une équipe d'infirmiers anesthésistes.

Aux yeux des autres équipes les IADE sont représentés par la technicité. Je parle tout de suite de représentation car pour moi c'est un facteur important.

L'interprofessionnalité c'est faire travailler des gens ensemble, des personnes qui ne font pas le même métier et qui ont des représentations de ce que l'autre fait. Cela ressemble souvent à un grand inventaire d'inepties.

LES IADE sont au café, les IBODE sont des « ouvre-boites » et les AS passent la serpillère dans le bloc. Bonjour les clichés. Cela prouve surtout à mon avis un vrai manque de connaissance des rôles de chacun.

-Est-ce pour vous une des sources de conflit ?

-Pour moi c'est la première. Prenons l'exemple du bloc opératoire. Les AS se sentent être « la dernière roue du carrosse ». Elles collaborent facilement avec les IADE et les IBODE. Toute la problématique est dans la sensation de considération du travail. Sur ce bloc opératoire, il existe un grand turn-over médical aussi bien des chirurgiens que des anesthésistes. Et bien le fait que ces médecins ne connaissent pas bien le personnel impacte sur la considération qu'ils renvoient aux équipes.

Pour les IADE et les anesthésistes, cela se voit moins car les IADE sont très corporatistes et il y a une notion d'autonomie de travail, ce qui rend la relation plus facile. Mais malgré tout, cela peut jouer sur la qualité du travail.

-Revenons si vous le voulez bien à votre expérience. Comment gérez-vous ces situations dans votre activité ?

-Et bien, j'essaie de prévenir ces conflits.

Je sais que les principaux conflits existants sur ce bloc se situent entre IBODE et IADE. J'ai donc travaillé avec l'aide de la cadre du bloc opératoire. Nous avons créé un groupe de travail, autour de la notion d'accueil du patient à l'entrée du bloc opératoire. Cette thématique était volontairement axée sur le patient qui se trouve au cœur du métier de tous. Nous avons demandé à ce que au moins un représentant de chaque spécialité participe aux réunions. Cela a permis à chacun d'exprimer ses priorités en fonction de ses missions, mais aussi de mieux se connaître. Ce travail est encore en cours mais permet de créer de vrais temps de discussions.

Un autre groupe de travail a été créé par un médecin, ce groupe est un audit du tri des déchets au bloc opératoire. Là aussi un représentant de chaque corps de métier a été demandé.

Et il faut bien constater que cela a été un bon vecteur pour diminuer les conflits, il y a un vrai vécu commun.

La base est de connaître les contraintes et les possibilités de chacun. Car les représentations qui existent sont toujours les mêmes : « l'autre ne fait rien ».

En fait ce sont surtout les temporalités qui sont différentes, les contraintes aussi.

Les IADE essaient d'être dans l'anticipation mais n'estiment pas les ressources qu'ont les IBODE à ce moment.

- Auriez-vous des idées d'actions qui permettraient de gérer les relations difficiles ?
- Pour moi les principaux outils de régulation doivent être communs aux cadres. Il est nécessaire de bien communiquer au préalable entre cadres.

Après il faut faire de la pédagogie, j'entends par là d'essayer d'expliquer les contraintes des uns et des autres.

Il faut apprendre à travailler ensemble, créer des groupes de travail commun, et là le cadre a un rôle de leadership important. Il doit être très présent.

Pourquoi ne pas créer des réunions d'équipe communes.

Moi ce qui m'apparaît très différent de ma période IADE, c'est qu'il n'existe plus de temps qui contribue à la bonne ambiance d'équipe. Je me souviens qu'il y avait un repas de Noël où chacun amenait un petit quelque chose à manger. Ces temps permettaient de parler d'autre chose que du boulot et surtout à chacun de se découvrir de se connaître. C'était une façon de créer du lien entre les agents. Ce moment de partage permettait d'installer la communication.

Et puis, in fine, si ça ne marche pas il appartient au cadre de faire des entretiens de recadrage et de repréciser le rôle de chacun.

- Je vous remercie pour votre accueil et la sincérité de vos propos, avez-vous quelque chose à rajouter.
- Pour moi c'est la position du cadre qui va créer du lien, et c'est un travail quotidien de créer du lien pour faire mieux travailler ensemble des gens qui ne font que se côtoyer. »

## Annexe 2 : Grille d'entretien

### Problématique

En quoi la simulation pourrait être un outil supplémentaire dans la gestion de conflit au bloc opératoire pour un cadre de bloc ?

### Hypothèse 1

La simulation est un outil pédagogique permettant au cadre l'apprentissage de technique de gestion de conflit.

### Hypothèse 2

Les ateliers de simulation sont pour le cadre un moyen de créer une identité professionnelle d'équipe commune à deux populations professionnelle différentes.

### Présentation du cadre de recherche

Étudiant cadre à l'IFCS d'Angers, j'ai exercé pendant près de quinze années dans les blocs opératoires, et j'ai constaté l'existence de nombreux conflits. J'ai donc décidé de mener mon travail de recherche autour de ce thème du conflit au bloc opératoire et de l'apprentissage de la gestion de ces situations pour les cadres de santé grâce à la simulation.

Cet entretien répondra bien entendu aux critères de confidentialité et d'anonymat.

Question /Entretien	Éléments recherchés	Réponse hypothèse
Présentation du cadre de recherche. Pourriez-vous, dans un premier temps vous présenter ainsi que votre parcours professionnel.	Prise de contact : confiance, confidentialité Poste occupé Ancienneté dans la profession	
1 <sup>ère</sup> ouverture : Au cours de votre expérience, Avez-vous rencontré des situations de conflits au BO ? Accepteriez-vous de la ou les raconter précisément, et la façon dont vous avez traité cette situation ?	Existence de conflit dans les BO  Techniques de gestions de conflits	Les cadres ont une formation de la gestion de conflit
Relance éventuelle		
2 <sup>ème</sup> ouverture :	Causes de conflits	

Quelles sont pour vous les principales causes de conflit dans les blocs opératoires ?	avérées	
3ème ouverture : Avez-vous eu des formations ayant comme thème la gestion des conflits ? Quels modes de gestion de conflit avez-vous appris et quelle méthode utilisez-vous pour gérer un conflit ?	Méthode de gestion de conflit Formation existante	
4ème ouverture : Avez-vous eu des problématiques d'équipe dans les blocs opératoires ? A quoi les attribuer ? Avez-vous rencontrées des conflits dans les Relations IADE-IBODE. Comment avez-vous réagi à ces problèmes interdisciplinaires ?	Causes de conflit interpro. Relations difficiles au bloc	La simulation peut permettre de créer une dynamique d'équipe.
5ème ouverture : Avez-vous eu une expérience de formation en simulation ? Pourriez-vous expliquer ce que vous en avez retenu et en quoi elle a pu vous aider ?	Expérience de la simulation Apports liés à la simulation	La simulation peut permettre au cadre de savoir gérer ses émotions en cas de conflit
Relance éventuelle		
6ème ouverture Avez-vous utilisé ce que vous aviez appris sur la gestion de conflits par la simulation lors de votre expérience professionnelle ? Pouvez-vous me raconter comment ?	Appropriation des outils de gestion de conflits	La simulation permet au cadre d'avoir l'expérience de gestion d'un conflit.
Relance éventuelle		
7ème ouverture Pensez-vous que votre	Bénéfices de la	La simulation permet

formation en simulation a été bénéfique en rapport avec celle reçue en formation initiale de la gestion de conflit ?	simulation vs FO initiale	une meilleure rétention d'information
--	---------------------------	---------------------------------------

## Annexe 3 : retranscription de l'entretien Cadre de Santé 1

Entretien 1 : 5 Avril 2019.

Étudiant

-Tout d'abord merci de me recevoir, je m'appelle Arnaud, je suis étudiant cadre de santé à l'IFCS d'Angers. Je suis infirmier anesthésiste de formation, après avoir exercé pendant cinq ans en tant qu'infirmier de bloc opératoire. Et dix ans infirmier anesthésiste. Je suis très investi dans différents domaines de pédagogie sur le CHU d'Angers, formateur occasionnel à l'IFSI et l'IFSI de Saumur et en école d'IADE depuis 6 ans. Je suis aussi formateur en simulation depuis une dizaine d'année au CHU d'Angers. Donc j'ai décidé de mener mon travail de recherche de l'école des cadres autour de la simulation et plus particulièrement autour d'un thème qui me tenait à cœur, avec une thématique autour du conflit au bloc opératoire et les difficultés qui sont inhérentes à la fonction d'un cadre au bloc opératoire dans la gestion des conflits. Donc pour moi, il s'agissait aussi de savoir si la simulation pouvait être un outil pour le cadre dans la gestion des situations conflictuelles au bloc opératoire.

Bien entendu, cet entretien répondra à des critères de confidentialité et d'anonymat et donc pour commencer je vais vous demander si vous voulez bien rapidement vous présenter, présenter votre parcours et puis pour voir votre rapport avec le bloc opératoire.

CS1

-Oui, et bien moi c'est ML, déjà, donc infirmier, cadre, IBODE et voilà. Infirmière depuis 1982, j'ai un parcours d'infirmière de soins d'urgences et réanimation dans un premier temps, dans un hôpital régional. Deuxième suivi, je suis allé, j'ai été infirmière ne dialyse, dans un autre hôpital, je bouge

beaucoup, donc voilà infirmière de dialyse dans un autre hôpital. Ensuite, j'ai fait, qu'est-ce que j'ai fait, et bien infirmière de bloc mais sans diplôme d'IBODE pendant sept ans, au bout de sept ans j'ai voulu savoir si ce que j'avais appris sur le terrain c'était bien ce qu'il fallait savoir.

Donc je suis allé à l'école d'IBODE, de cette école d'IBODE je suis allé au bloc pendant, euh, jusqu'à 2005. Et puis de 2005 jusqu'à, l'école des cadres ça s'est fait vraiment par hasard, n'y avait pas de cadre donc étant expérimentée et étant peut-être la plus légitime en termes d'ancienneté je dirais en. Tout cas le poste m'a été proposé et je n'ai pas eu le choix d'aller me former à l'école des cadres. Voilà donc ça s'est fait un peu de façon inopinée mais j'aime bien les opportunités donc bon ça a répondu à une opportunité. Et puis une fois que j'ai été cadre j'ai travaillé comme cadre toujours sur le même hôpital pour ne pas le nommer c'était à M., de M. j'ai travaillé pendant quatre ans je dirais peut-être à une année près, en bloc pluridisciplinaire à chaque fois, je ne connais pas les blocs spécialisés hein seulement des blocs pluridisciplinaires.

Après M. je suis allé faire deux ans à ... puisque on m'a dit gentiment, enfin la direction des soins me disait que le poste, enfin le bloc et l'hôpital allait fermer et donc je ne voulais pas être mangée par je ne sais qui ou je ne sais quoi. Donc j'ai choisi de partir à ... à P. où j'ai travaillé deux ans comme cadre au bloc opératoire de chirurgie viscérale et thoracique donc là pour le coup voilà il n'y avait que ce poste-là donc j'ai pris. Et puis, il y a deux ans on m'a dit à ... le bloc va fermer, sur ..., et puis moi-même j'habite sur la Seine et Marne et donc là ça commençait à me chauffer un peu les kilomètres ou plutôt les voyages en train, donc j'ai choisi de me rapprocher et de travailler à 35 minutes de chez moi, en voiture. Et là aussi, cadre au bloc opératoire dans un bloc pluridisciplinaire dans un petit hôpital, qui maintenant est en association. Le bloc étant là aussi appelé à mourir encore une fois, je n'ai pas attendu qu'on me mette ailleurs, qu'on me remercie, j'ai pris mes valises et j'ai postulé sur le C. à ..., un poste était à pourvoir donc c'était parfait. Je suis arrivée en 2013 à ..., et j'en suis parti en 2016.

Ne supportant plus vraiment la pression, du bloc opératoire et étant complètement en opposition avec mes valeurs de soignants, j'ai préféré



demander un poste en IFSI, voilà, le stress n'étant pas le même du tout, je me suis senti plus appropriée à cinq ans de la retraite vous voyez à faire autre chose que de me battre contre des pots de fer.

Étudiant

-Justement, j'entends que vous avez une expérience de bloc opératoire très intéressante pour moi, et une question un peu sous-jacente à ce que vous me dites sur la fin c'est avez-vous vécu des situations de conflit dans les blocs opératoires, si vous en avez qui vous reviennent à l'esprit et que vous acceptez de me les décrire rapidement.

CS1

-Alors une situation de conflit qui me vient tout de suite à l'esprit sans réfléchir mais qui était le quotidien, puisque c'était vraiment tous les jours. Pas temps dans le programme, parce qu'un programme opératoire très lourd, mais quel que soit l'endroit à Melun à Corbeil ou ailleurs : c'est l'heure du déjeuner.

Voilà on ne s'arrête pas le bloc n'arrête pas pour le déjeuner et que ce soit IADE ou IBODE et par exemple le C., je vous en parle parce que c'est ce qui est plus proche de moi aujourd'hui, et pour le coup on a un programme qui somme toute est assez lourd, du personnel qui somme toute est très limite, enfin il y a une IBODE par salle , ça c'est sur hein, mais le programme ne s'arrête pas pour le déjeuner donc c'est compliqué de dire à un IBODE tu vas continuer jusqu'à ce soir quand on sait qu'elles sont amenées à faire soit du 8 heures dix heures ou douze heures, parce qu'il y a trois horaires qui se chevauchent, donc c'est moi le cadre de bloc opératoire qui fait le remplacement des IBODE quand les chirurgiens sont en plein milieu d'une opération effectivement on va pas leur demander de s'arrêter et sinon c'est d'aller au clash avec le chirurgien, euh, pour faire arrêter le programme une demi-heure quand on sait qu'il faut s'habiller , quand on sait qu'il y a trois kilomètres de couloir, quand on sait qu'il y a la queue, une demi-heure c'est juste.

Donc on est un peu bousculé soit par le chirurgien soit l'anesthésiste on a un chef de bloc aussi. Le chef de bloc aussi...(silence) ça a aussi contribué à mon départ. Il n'y peut rien le pauvre, mais il a pris ma place.

Donc me faire engueuler ça va, mais en même temps je n'avais que le mauvais côté je dirais du rôle de cadre et le reste ne me revenait pas car il y avait un chef de bloc. Ce n'était plus moi le chef du bloc, vous voyez. Le juste retour des grands chefs des grandes structures

Étudiant

-Cela va un peu dans le sens de mon questionnement, mais je voudrais voir avec vous si vous avez pu détecter des causes à ces conflits. Peut-être une analyse plus à distance aujourd'hui des causes à ces conflits ?

CS1

- Les causes de conflits, pour avoir assisté au conseil de bloc, c'est plus il y a de cas opératoires, enfin plus il y a d'actes réalisés mieux c'est, les chirurgiens sont aussi soumis à une activité, puisqu'on sait qu'on est soumis à la T2A et donc il y a des moyens si il y a de l'activité donc eux-mêmes sont pressurisés, je vais dire, j'ai rien contre eux mais c'est la cascade et les infirmières se prennent pas aux chirurgiens mais c'est plus facile de s'en prendre au cadre même si les chirurgiens sont malmenés mais ils ont besoin les uns des autres donc peut être qu'ils font plus attention le cadre ma foi bah on s'en fiche un peu.

Étudiant

- Vous avez eu moins la sensation d'avoir des problèmes de relation je dirai interprofessionnelles ?

CS1

- Alors là complètement. Alors je ne sais pas si c'est le fait d'y être resté que trois ans mais j'ai très peu eu, alors j'exagérerai en disant que complètement je m'emballe mais je vais dire sur une équipe de, elles sont nombreuses, je

faisais un planning entre les infirmières enfin les IBODES et les AS je dirai 80 personnes alors vous voyez ça fait du planning quand même hein.

Donc, peu de conflits mais je dirai oui et non c'était très sujet à des, sans jugements de valeurs, des personnes qui n'ont pas les mêmes visions du travail, qui privilégient ou veulent privilégier et elles ont bien raison, mais c'est compliqué de privilégier sa vie de famille ou sa vie extérieure plutôt que le boulot. Parce qu'on dit bon voilà, je suis là un temps donné et ce qui est franchement désagréable je trouve pour nous en tout cas encadrant, c'est de dire bah oui on fait des journées de dix heures ou de douze heures et de dire tu peux rester ce soir parce que le programme finalement va déborder. Alors qu'on sait pertinemment, que le programme est établi toutes les semaines, pour la semaine suivante, en cellule de programmation, et pour le coup, ça rentre mais on bataille déjà en cellule de programmation et là pour le coup le chef de bloc fait attention mais un peu moins, il est moins à proximité des agents que nous finalement. Peut-être que nous on a cette fibre encore infirmière où on fait attention quand même, en tout cas on essaie malgré les contraintes budgétaires, on essaie de faire attention. Moi, j'ai essayé de faire attention, mais à un moment...on y va, on y va...(silence). On ne nous laisse pas le choix.

Étudiant

-Question d'ordre pratique d'encadrement, est-ce que vous avez eu des formations concernant la gestion de conflits au cours de votre parcours ?

CS1

-Oui. On peut dire ça...(silence)

Étudiant

-Qu'est-ce que vous en avez tiré de ces formations ?

CS1

-Rien, pas grand-chose...(silence).

Étudiant

-Quels types de formations était-ce ? Plus théoriques ?

CS1

- Oui théorique, je n'ai pas eu de sessions de simulation. Voilà si on va par là. Parce que vous avez parlé de votre parcours en simulation. Non, parce que, je ne sais pas ce qui est proposé aujourd'hui, mais ce n'est pas si vieux, on envoyait des agents sur des formations sur le conflit mais je n'ai pas vu de propositions de formation pour la gestion des conflits en simulation. On est avec des plannings de formation ANFH là, voilà, mais je n'ai pas vu de simulation à ce sujet-là. Parce qu'il ne faut pas que ça coûte trop cher non plus. Alors, et puis aller en formation, alors management j'entends bien, le manager a plus de possibilité d'avoir des jours de formation que le personnel, parce que le personnel il doit aller en salle. Donc c'est compliqué, hein.

Mais, je n'ai pas de souvenirs de ces apports que j'aurais reçus. Non vous voyez...Pour réinvestir après non. Ça fait peut-être un peu de prise de recul certainement, une prise de hauteur aussi, pour essayer d'analyser un petit peu aussi, mais on est tellement la tête dans le guidon que c'est comme le vélo on tombe on remonte dessus et on repart. Là, c'est pareil, on ne voit pas de retour sur investissement, là pour le coup.

Étudiant

-Vous étiez cadre de bloc, vous gériez aussi bien les IBODE que les IADE ?

CS1

-Pas les IADE, non, il y avait un cadre IADE. En revanche, à un moment de mon parcours j'ai géré les IADE, mais il y avait une équipe beaucoup plus petite de 20 personnes.

Étudiant

-Et donc cette relation IBODE-IADE est ce que vous avez des conflits qui sont apparus entre ces professionnels.

CS1

-Oh bah oui. Parce que les IADE ils ne font rien eux, ils sont à la tête, et puis les IADE ils en ont après les médecins anesthésistes parce que c'est le médecin anesthésiste qui ne fout rien, enfin c'est un peu compliqué, en même temps, une petite équipe donc c'est des critiques mais une bonne entente malgré tout. Mais ce n'est pas un travail en binôme, un peu chacun ses prérogatives ou ses pré requis mais je n'ai jamais trouvé qu'il y avait un vrai travail en binôme. On se parle beaucoup, on rigole, mais, quand c'est le boulot, chacun son truc quoi. Alors que je pense franchement que quand c'est une pose de per, on peut aussi s'entraider, quand il y a une installation de patient on peut aussi s'entraider, même si l'IADE vérifie ses points d'appuis. Enfin, non je trouve que le travail en binôme non, on collabore beaucoup dans la parlotte.

Étudiant

-Et vous attribuez ça à quoi vous qu'il y ai deux entités différentes, et qu'il n'y ait pas j'allais dire une équipe commune, car vous décrivez qu'il n'y a pas de binôme donc on imagine deux entités différentes.

CS1

-Parce qu'on n'a pas les mêmes compétences pour le coup je pense aussi. Et puis en plus, l'IBODE elle travaille avec le chirurgien, l'IADE elle travaille avec le médecin anesthésiste, et vous voyez bien comment c'est fait sur le champ opératoire on a un beau champ qui les sépare donc d'emblée même visuellement on est séparé donc ça n'aide pas.

Hormis la stérilité l'hygiène, j'entends bien, mais chacun son coté du champ, hein.

Étudiant

- Vous m'avez parlé de la simulation, dont je vous avais un peu parlé dans ma présentation, est ce que vous avez eu personnellement une formation à la simulation.

CS1

-Alors moi je n'ai eu de la simulation que depuis mon arrivée en IFSI.

Étudiant

-Vous n'en aviez jamais eu avant votre arrivée à l'IFSI en fait ?

CS1

-Non

Étudiant

-C'est la seule expérience que vous avez donc eue ?

CS1

-C'est ça.

Étudiant

-Vous avez été formé en tant que formatrice ou vous étiez en position d'apprenante ?

CS1

-C'était dans le but d'avoir un outil pédagogique.

Étudiant

-Et aujourd'hui comment imagineriez-vous l'utiliser en tant que cadre de bloc ?

CS1

-La chambre des erreurs. Ça me plait beaucoup, enfin pour l'avoir vue, vue sur le net, j'ai dit tiens j'aurais pu faire ça moi aussi dans mon bloc ça aurait été sympa.

Histoire d'en même temps, créer une dynamique, pas forcément chercher l'erreur, mais ça permet de créer oui une émulation où tout le monde réfléchit dans le même sens pour peut-être créer ce binôme qui disparaît un peu à mon sens, on n'est pas que là pour rigoler quoi.

Et donc, peut-être, que ça aurait permis de réfléchir ensemble à une façon de prendre en charge, ensemble, encore une fois, je ne sais pas quoi.

C'est ce qui me vient à l'esprit là.

Étudiant

-D'après vous est ce que ce genre de simulation en équipe de bloc existe ? Une simulation de travail d'équipe.

CS1

-Déjà, j'ai envie de dire en tant qu'IBODE et en tant que cadre IBODE, il faudrait qu'on puisse réfléchir avec un cadre IADE, vous voyez, je n'irai pas d'emblée réfléchir, je ne suis pas pour travailler toute seule moi.

Étudiant

-Et dans le cadre d'une cadre de bloc qui gère les deux équipes IADE et IBODE. Puisque vous m'avez expliqué avoir eu une « double casquette ».

CS1

-C'est ça mais comme je ne travaille pas toute seule, vous voyez, alors je travaillerais avec une IADE et une IBODE, justement pour réfléchir à comment faire pour développer une simulation dans le travail d'équipe.

Où on a une pièce, du matériel, un patient, qu'est-ce qu'on fait pour que la prise en charge soit le plus complet possible, en mêlant justement les richesses de chacun et que chacun puisse profiter des richesses de l'autre.

Parce que le patient n'est pas qu'anesthésié d'un côté et chirurgical de l'autre.

C'est bien parce que les deux s'harmonisent que ça fonctionne.

Sinon il y a des biais qui sont à revoir à mon avis.

Étudiant

-Une dernière question avant de conclure ; d'après vous, en tant que formatrice en formation initiale, quels sont les bénéfices de la simulation que vous voyez sur vos étudiants sur vos apprenants ?

CS1

-La réflexion, je dirai forcément, c'est vraiment d'utiliser les apports théoriques.

De bien faire les liens avec les apports théoriques et la pratique de se projeter en fait sans peur, puisqu'il n'y a pas de risque et donc on peut y aller, et sans jugement. Puis le debrief enfin le briefing permet justement de bien rassurer les étudiants dans ce sens et d'ailleurs il leur est bien dit jamais sur patient la première fois, et donc pour le coup, l'erreur est permise sans avoir peur. Et puis, comme nous, on ne se doit pas de juger mais plutôt de valoriser ce qui a été fait et de voir justement comment on peut être amené à améliorer, ou en tout cas, à utiliser cette richesse de la simulation, pour justement ,pour justement ,faire encore mieux, réfléchir, encore faire des professionnels je dirai qui sont en avance sur le savoir-faire, puisqu'ils le font avant même, ils simulent avant d'aller faire vraiment, donc je me dis que ce sont des essais, on essaye, bon ça va ou on corrige, on est vraiment dans l'apprentissage, on est dans le savoir-faire, donc pour le coup ça permet de s'approprier certains gestes ou certaines réflexions, et c'est pas le fait d'avoir l'habitude de , mais d'avoir le réflexe, tiens, voilà ah mais oui j'ai appris ça, et en Sim ça avait bien marché.

Donc voilà, ça permet d'avoir cette réassurance, enfin cette confiance, se dire j'ai déjà vu ça donc de pouvoir s'appuyer sur quelque chose qu'on a déjà vu. Et puis vu, ce n'est pas forcément inventer, même si ce n'est pas, de la vrai, de la réalité, c'est de la simulation, donc on simule quelque chose de prêt, une réalité après tout, donc c'est rassurant en tout cas.

Étudiant



-Très bien. Avez-vous envie de rajouter des informations ?

CS1

-Non... Je suis contente de vous avoir parlé, parce que j'ai l'impression que non pas que le bloc soit aussi loin mais en même temps l'IFSI ce n'est pas vieux pour moi, ça fait que trois ans que je suis là donc ce n'est pas tout nouveau mais je commence à m'installer, et en vous parlant je me rends compte que, je suis bien quoi. J'ai pris de la distance.

Étudiant

-Parfait, et bien on va conclure là-dessus. Merci à vous

## **Annexe 4 : Retranscription de l'entretien cadre de Santé 2**

Entretien 2 : 5 Avril 2019.

Étudiant

-Tout d'abord merci de me recevoir, je suis Arnaud Espinet, étudiant cadre du CHU d'Angers. J'ai exercé pendant plus de 15 ans au bloc opératoire en tant qu'infirmier de bloc puis en tant qu'infirmier anesthésiste. Et depuis trois ans je suis faisant fonction de cadre. Je suis formateur en simulation depuis plusieurs années sur le centre d'Angers.

Et j'ai donc décidé de mener mon travail de recherche autour du thème du conflit au bloc opératoire et l'apprentissage par la simulation de ces situations pour un cadre de santé.

Je vous remercie encore une fois de me recevoir, et je vous précise que cet entretien répondra bien sûr à des critères de confidentialité et d'anonymat. Et, je vais commencer l'entretien en vous demandant si vous le voulez-bien rapidement vous présenter et présenter votre parcours professionnel.

CS2

-C. P. J'ai 60 ans, donc ça fait quarante ans que je travaille dans le secteur hospitalier, les soins infirmiers. Hum. J'ai exercé dans des services de chirurgie digestive et ensuite, très rapidement j'ai travaillé pendant quatre ans en

réanimation. Ensuite, j'ai fait l'école d'anesthésie, j'ai travaillé pendant cinq ans dans un bloc polyvalent.

Ensuite, j'ai demandé une disponibilité pour faire un Master en solidarité et action internationale surtout à visée ONG et réflexion sur la thématique de violence et de prise en charge de patients migrants en situation de crise. J'ai travaillé lors de l'année 23003 sur la problématique du savoir, au niveau des patients en situation de handicap. Et puis, ensuite je suis revenu au bloc opératoire, heu. Tout d'abord j'ai été faisant fonction de cadre en réanimation chirurgicale puis j'ai fait l'école des cadres et j'ai été cadre d'anesthésie sur un bloc gynéco-obstétrique, d'une part et urologie d'autre part.

Voilà, et ensuite suite à des restructurations c'est devenu compliqué dans mon hôpital, et donc j'ai voulu boucler la boucle puisqu'après le bac j'avais été institutrice donc j'ai pensé boucler la boucle en venant faire la formation avec une envie de transmission mais je me suis vite rendu compte que la formation c'est complètement différent. Et voilà. Et bon donc la simulation en santé j'en fais depuis plus de dix ans, j'ai commencé à ....

Je suis formatrice en simulation aussi depuis cinq ans, à ...

J'ai fait une formation de base en simulation puis une formation sur les débriefings difficiles, et un DU également de simulation. Je suis également formée pour l'audit sur les centres de simulation, voilà j'en ai réalisé un sur un centre parisien. Et je viens d'être nommée de puis 6 mois cadre supérieure sur les instituts de formation. Voilà, de manière générale mon cursus, mon parcours.

Étudiant

-Du coup, votre expérience, vous avez une expérience de bloc opératoire, d'infirmière anesthésiste puis de cadre de bloc opératoire, je voudrais un petit peu aller sur ce point-là, en vous interrogeant si vous le voulez bien savoir si vous avez eu des relations conflictuelles sur les blocs que vous auriez vécu et si voulez bien m'en exposer celles qui vous reviennent principalement.

CS2

-Alors euh, quelques situations, je pense déjà entre collègues IADE. Euh, ce qui me vient à l'esprit entre collègues IADE, des transmissions aussi avec les étages, enfin les services d'où venaient les patients ou éventuellement ils pouvaient aller ensuite. J'allais dire, évidemment des problématiques avec les médecins anesthésistes et puis aussi avec les chirurgiens. Voilà les quatre typologies, je n'ai aucun souvenir flagrant avec les patients, euh.

Des exemples, sur chaque typologie ?

Alors sur les services, j'allais dire d'où venaient les patients, des problématiques de dossier incomplet, des patients qui arrivent avec plusieurs tubulures emmêlées parfois non fonctionnelles. Des dentiers et des bijoux, pour ceux qui n'auraient pas dû avoir leurs dentiers.

Voilà, ce n'est pas forcément d'énormes conflits mais qui peuvent le devenir et qui freinent j'allais dire la prise en charge immédiate du patient au bloc opératoire.

Ensuite, entre collègues IADE, ce sera plus lié au rangement au plein non effectués, au plein de salles avec les tiroirs vides ou à peine nettoyé.

Pour se remplacer aussi, le temps d'aller déjeuner, ce n'est pas toujours évident. Des salles que certains voudraient avoir ou pas. Voilà.

Alors avec les médecins anesthésistes, de gros clash, ouais, qui me viennent à l'esprit. Un d'un côté organisationnel, sur des plateaux d'intubation dont nous avons la gestion et que le médecin veut gérer en mettant des sparadraps sur la seringue qui doit gonfler le ballonnet, alors que toi tu veux que la seringue elle soit, unique pour chaque patient. Et ça dégénère et ça devient violent verbalement, à titre d'injure, voilà. Un problème de dosage dans la seringue, où effectivement je prends une grande ampoule de Sufenta, c'est-à-dire voilà, et je le note tant de milligrammes, tant de gammas par millilitre, lui ne regarde pas, parce que par habitude on ne prend pas ces grosses ampoules, mais bon c'était pour un obèse donc je voulais prendre plus. Et il injecte trois fois la dose parce que pour lui ce n'est pas la même dilution. Et il met erreur de dosage. Et donc ça part en clash par manque de communication et de vérification on va dire.

Et puis la troisième, où tu vois ça fait des années de ça mais tu vois ça me reste, transmissions pures : je m'occupe d'un patient radiothérapie donc avec des difficultés évidentes de ventilation au masque, qui venait pour une pose de jéjunostomie. Le médecin me dit tu l'endors très peu, donc au fil, de sa ventilation, de sa fréquence. Il s'en va pour faire autre chose, un autre arrive, parce qu'ils ont dû se croiser je pense dans le couloir et allez tiens, tu vas dans cette salle. Il arrive et il me fait, ton patient ne dort pas, je fais non non, mais je n'ai pas le temps de lui expliquer, il prend les seringues que j'avais déjà préparées et il pousse, impossible de ventiler, appel d'un autre médecin et décision d'arrêt, le patient décède sur table. Ça voilà...

Et puis avec les chirurgiens, bon, un exemple qui me tient à cœur, c'est la gestion de la pudeur, ou le respect de la pudeur en gynéco.

Ou bien évidemment on connaît la position hein, euh gynéco, mais qui est une position chirurgicale hein y a rien à dire la dessus mais euh où tout le monde rentre sort rentre sort avec une porte qui s'ouvrait automatiquement avec vision sur la salle de réveil, et je ne supportais pas que cette patiente puisse être vue , enfin que son anatomie puisse être vue, donc voilà.

Étudiant

- Là vous vous positionnez en tant qu'IADE, et en tant que cadre, vous avez eu des mêmes soucis avec les mêmes agents, les mêmes catégories professionnelles ?

CS2

- Alors, en tant que cadre, des problématiques avec les agents, autour de l'alcool. La prise d'alcool le soir...euh

Étudiant

- Des situations qui ont amenées des relations conflictuelles avec l'alcool ?

CS2

-Oui avec des agents qui étaient en place depuis longtemps, et qui ne voyaient pas le problème de boire. Et puis tous les pots qu'on peut faire voilà, alcoolisé, dans un milieu où on est professionnellement en place et devant pouvoir agir dès que le patient arrive. Et puis oui avec le MAR qui par exemple fait des rachianesthésies en urologie avec un casque sur la tête, sur les oreilles surtout, et qui ne parle pas au patient ni à l'IADE et avec lequel on est obligé d'avoir des conflits puisqu'il ne souhaite pas parler à une catégorie, professionnelle inférieure à la sienne.

Étudiant

-Donc là, il semble y avoir beaucoup de causes différentes dans ces exemples que vous me renvoyez. Quelles causes pour vous, analysez-vous comme causes principales dans ces conflits au bloc opératoire ?

CS2

- La communication ! Alors c'est un terme générique évidemment. Défaut de transmission, ou absence de transmission. Euh, absence d'écoute, parfois de respect, ça va jusqu'au respect. Euh... Et puis, encore cette dissociation, le manque de collaboration finalement entre les filières métiers.

Étudiant

-Là, qu'entendez-vous par filière métier ? Les filières médicales, paramédicales ? C'est-à-dire si j'entends filière métier en tant que paramédical je vais avoir tendance à amener à la relation des IADE et des IBODE au bloc opératoire. Alors vous vous étiez cadre d'anesthésie et vous aviez donc un collègue cadre IBODE, est ce que vous avez eu des conflits entre des membres, des entités de vos équipes.

CS2

-Avec les cadres IBODE, je n'ai jamais eu de problèmes, euh...

Étudiant

-D'accord et au sein de vos équipes respectives que vous gériez ? Est ce qu'il y a eu des zones de frictions entre ces équipes ?

CS2

-Oui ! Avec la cadre sage-femme pour deux problématiques. Une problématique purement d'équipe, où la sage-femme, voilà, il n'y avait pas d'infirmière en salle de réveil la nuit, à partir de 18heures on va dire, donc c'est la sage-femme qui gérait. Et euh, là encore, jusqu'où va son rôle, voilà... Ce n'était pas établi. A partir de là, il y avait des dérives qui, amenait souvent à des conflits entre IDE et sages-femmes.

Étudiant

-Conflit IDE sages-femmes sur la salle de réveil, je me permets de repréciser pour voir si j'ai bien compris la situation.

CS2

-Oui sur la salle de réveil. Et puis, avec la cadre sage-femme il y a eu une grosse problématique, puisque j'ai fait un évènement indésirable grave sur des plaques du plafond qui tombaient dans la salle de réveil, où il y avait la maman sur les brancards. Et pour les césariennes les bébés dans leurs berceaux. Et il y a eu un moment où il y a eu des plaques qui sont tombés dans un berceau et j'ai demandé à ce qu'il y ait des travaux d'effectuer et elle était contre. Et étant donné que j'ai fait la fiche d'évènement indésirable grave, c'est monté et la salle de réveil a été fermée avec une partie du bloc pour le coup pendant quelques jours.

Étudiant

-C'était une difficulté relationnelle du coup avec la cadre sage-femme ?

CS2

-Voilà. Parce qu'elle protégeait, j'allais dire le programme opératoire.

Étudiant

- Il y a une question qui vient ensuite mais que je ne vais pas vous poser de la même façon à vous qu'aux autres. Puisque normalement c'est avec vous une expérience de la simulation et au vu de ce que vous m'avez décrit dans votre parcours je ne peux pas la poser telle quel. Donc je vais plutôt vous demander en quoi la formation que vous avez eu en simulation vous permet de gérer des conflits ? En gros, est ce que vous avez utilisé cette formation en simulation au cours de votre expérience professionnelle ? Et si non, comment est-ce que vous imagineriez qu'elle soit utilisable ?

CS2

- Alors je l'ai utilisé justement dans la méthode que l'on mène dans le débriefing, c'est-à-dire l'exposition des faits, l'écoute de la personne qui est en face et le ton de la voix, essayer de poser les choses. Et essayer de trouver des axes d'amélioration. Voilà, et prendre le temps aussi d'essayer de gérer. Ça c'est que j'ai pu apprendre et qui a pu m'aider. Maintenant la deuxième partie de la question c'était...

Étudiant

-Comment imagineriez-vous que cela puisse être utilisable aujourd'hui dans le cas où, imaginons, vous puissiez retourner dans un bloc opératoire et vous êtes cadre d'anesthésie soit cadre double casquette comme on dit aujourd'hui. Comment vous imaginez que ça puisse être utile pour vous ?

CS2

- Alors, je pense, là dernièrement il y a des documents qui viennent de sortir sur la gestion d'évènements indésirables graves donc les derniers ouvrages de la HAS. Que j'ai remis personnellement à la direction des soins, de notre hôpital, support, et qui les intéresse beaucoup dans le sens ou pour eux, bin notre centre de simulation ou au moins notre personnel formé pourrait aider à créer des simulations pour gérer des conflits Sinon au bloc opératoire au moins dans les transmissions entre équipes donc voilà on pourrait imaginer même au bloc opératoire, des scénarii avec ce genre de problématique. Des

problématiques à type transmissions, sans aller jusqu'à des conflits violents mais euh par exemple checklist, on pourrait demander à l'IBODE l'IADE de remplir la checklist ensemble, voilà, de faire des simulations comme ça avec, je n'ai pas bien réfléchi à la question mais voilà ce qui me semble important.

Étudiant

-En allant un peu plus loin comment vous pouvez imaginer les bénéfices et les inconvénients qu'on peut avoir à faire travailler ensemble dans la simulation, ces différents professionnels ?

C'est-à-dire là, quels sont les bénéfices les plus importants que l'on puisse imaginer dans cette prise en charge commune d'une simulation interprofessionnelle ?

CS2

- Le fait qu'ils puissent s'écouter, se connaître au niveau professionnel, connaître la charge de travail de l'autre aussi, parce que souvent ça part en déroute parce que on s'imagine que l'autre est prêt à effectuer tous les gestes alors que bon il est peut-être en train de faire autre chose et bon les interruptions de tâches génèrent des événements indésirables graves.

Donc prendre le temps de se parler de s'écouter de se renvoyer, de reformuler aussi, pour que tout le monde comprenne bien ce qui est en train de se passer. Euh, j'étais en train de me dire là, tout de suite ça me vient à l'esprit que ce qui pourrait être intéressant c'est d'avoir pour le coup un patient standardisé, quelqu'un qui a pu vivre ou pas des situations difficiles mais ou des patients qui pourrait jouer le rôle de patient devant être opéré, et qui pourrait apporter aussi leurs ressentis.

Parce qu'il y a beaucoup de choses aussi qui se règlent sous anesthésie locorégionale et dont bénéficie grandement le patient si tant est qu'on ne lui injecte pas un peu d'Hypnovel pour oublier tout ça. (Rires)...

Étudiant



-Pour conclure, quels sont pour vous les plus grands bénéfices de la simulation, alors qu'aujourd'hui vous êtes en institut de formation initiale, quels sont pour vous les bénéfices de cet outil pédagogique pour les futures générations de professionnels ?

CS2

-La posture du débriefeur ! (Rires). Et puis sans doute pas une révélation mais une grande satisfaction de quelque chose que je subodorai mais qui assoit une posture d'écoute de bienveillance, et surtout d'écoute des apprenants puisque c'est vraiment eux qui doivent réfléchir à leurs pratiques et déjà quand il se passe des événements indésirables graves les gens alors soit sont inconscients ou alors sont meurtris enfin bon sont mal. Je pense que c'est d'autant plus important que le débriefing apporte des réponses et aussi un renforcement positif mais là c'est notre rôle de l'apporter en tant que formateur.

Et ce quel que soit ce qui a pu être fait. Et çà je pense que c'est encore compliqué pour beaucoup de personnes et même ceux qui font de la simulation.

Étudiant

-Merci souhaitez-vous rajouter quelque chose ?

CS2

-Non

Étudiant



-Alors merci et on va conclure là-dessus.

## Annexe 5 : grille de recueil d'entretien

	CS1	CS2	CS3	CS4
Ancienneté	37 ans	40 ans	20 ans CS7	18 ans CS 3
Spécialité	IBODE	IADE	Sage Femme	IDE
Expérience CS Bloc/Anesthésie	Bloc	Anesthésie	Bloc	Anesthésie
Expérience en simulation	Tard en IFSI	Accredit HAS	Ce jour	En IFCS
Formation en conflit	Non	Simulation	Oui	Oui
Situations de conflits rencontrées	Remplacements repas	Violences verbales	Petit conflit equipe	Conflit ouvert
	Malmener le cadre	CLASH	MAR/Chir	Partie de la vie de bloc
	Tard en IFSI	Injures		Multiples
Causes principales de conflits	Pression stress	Communication	Pression stress	Programmation opératoire
	T2A	Manque respect	Rivalité	Communication
	Différentes vision travail	Manque collaboration	Ego	Organisation/matériel
	Représentation		Fatiguabilité	Valeurs différentes
Formation à la gestion de conflit	Théorique	Formation simu	Optimiser pouvoir managérial	Optimiser pouvoir managérial
			Approche psychologique	
Méthode utilisée pour gerer	Pas de souvenir	Ecoute	Positionnement	Ecoute
		Ton de la voix	Mots	Echanges constructifs
		Mieux connaitre la cha	Communication	
Problématique equipe	IADE/IBODE	entre IADE	IBODE/IBO	Cadre/chef de pôle
	Pas de binôme	MAR/Chir	Rivalité IBODE/IADE	
		Entre cadres		
Proposition	Réfléchir ensemble	Connaitre l'autre	Perspective de l'autre	Temps Expression
		Travail.Compétences charge de travail	communication	Tourné vers le patient
Conflits IADE IBODE	Problème compétence	Connaissance	Rivalité	Valeurs
	Chacun son côté	Valeurs	Fonction/ compétence	Points de vue différents
Expérience de simulation	Formation IFSI	Nombreuses	Ateliers procéduraux	Simu IFCS
			Simulation/conflit	
Apports de la simulation	Outil pédagogique	Oral débriefing	Manque de connaissance rôle CS	Prise de recul
Appropriation par la simu	Créer une dynamique	Bienveillance	Extraire le conflit	Communication
			CAT	
Bénéfices Simu/théorie	Rétention info		Droit erreur	Besoin des 2
	Réflexion		Reproductibilité	Vécu de la simulation
Proposition de formation à créer	Chambre erreur bloc	Patient standardisé	Formation équipe cadre	Simulation plus ouverte
Informations autres	Bum Out récent			Bum out récent


## Annexe 6 : Document type droits à l'image


  
Angers Loire Learning Simulation Santé

Centre Hospitalier Universitaire d'Angers  
4, rue Larrey 49933 Angers Cedex 9  
secretariat.simulation@chu-angers.fr  
☎ 02 41 35 77 16  
Site internet : all-sims.fr

**AUTORISATION DE REPRODUCTION ET DE REPRESENTATION D'IMAGES ET DE SON**

Je soussigné(e)  .....

Demeurant .....  
 .....

Autorise .....  
à .....  
Le 5 avril 2019 ..... à Angers .....

À utiliser mon image.

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, j'autorise **Arnaud ESPINET** à **fixer, reproduire et communiquer au public les images prises dans le cadre de la présente.**

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par le centre de simulation ou être cédées à des tiers, sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, dans le monde entier, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment :

- Presse, Livre, Carte postale, Exposition, Publicité, Projection publique, Concours,
- Autre .....

**Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des images susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les images de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.**

Il s'efforcera dans la mesure du possible, de tenir à disposition un justificatif de chaque parution des images sur simple demande. Il encouragera ses partenaires à faire de même et mettra en œuvre tous les moyens nécessaires à la réalisation de cet objectif.


**Je reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.**

Je garantis que je ne suis pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom. L'élection de domicile est faite par chacune des parties à l'adresse précisée aux présentes.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux compétents statuant en droit français.

Fait à Angers le 5 avril 2019 en deux exemplaires et de bonne foi.

Signatures précédées du nom et prénom :



all-sims.fr

# Simuler pour manager le conflit au bloc opératoire

Auteur : ESPINET Arnaud

Diplôme : Cadre de santé, promotion 2018-2109

## RÉSUMÉ

L'univers du bloc opératoire reste fermé aux profanes, réservé aux initiés. La prédominance des conflits, des violences psychologiques en découlant méritaient que l'on s'y attarde. Après avoir étudiées la notion d'équipe et la gestion de conflit, nous avons rencontré des cadres, expliquant que ces situations ont des origines diverses, et qu'il n'est pas préparé à les appréhender. Grâce à un apport théorique sur l'outil pédagogique de la simulation, nous avons créé une session de conflit et fait participer un cadre de santé. Cet apprentissage par la simulation n'a d'intérêt que s'il est renouvelé. Le cadre devra faciliter le travail collaboratif et la communication pour diminuer la fréquence de ces problématiques.

**Mots clés :** bloc opératoire, cadre de santé, communication, conflit, simulation

**Nombre de pages :** 115

## RESUME

### **Simulate to manage the conflict in the operating room:**

The universe of the operating room remains closed to lay people, reserved for insiders. The predominance of conflicts, the resulting psychological violence warranted attention.

After being interested in the concept of team building and conflict management, we were able to talk with health managers, explaining that those situations have different origins, and that he is not prepared to apprehend them.

Thanks to a theoretical contribution on the pedagogical tool of simulation, we had the opportunity to create a conflict session and to involve a health manager in it.

This learning through simulation is of interest only if it is renewed.

The health manager should facilitate collaborative work and communication to reduce the frequency of those problems.

**Keywords:** communication, conflict, health manager, operating room, simulation

**Number of pages:** 115