



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

**Le directeur des soins et la construction d'une
culture sécurité d'équipe**

***L'exemple de la check-list « sécurité du patient au bloc
opératoire »***

Anthony DELRIEU

Remerciements

Tout au long de cette année, j'ai rencontré sur mon chemin des personnes...

Elles m'ont accompagné sur le chemin qui mène à ce mémoire...

J'ai trouvé auprès d'elles soutien, solidarité, confiance et nourriture...

Je les remercie pour ce bout de chemin parcouru ensemble...

Grand merci

Au Professeur Jean-François QUARANTA, coordonnateur des vigilances sanitaires et gestion des risques au CHU de Nice et Madame Fabienne PEDRAZZI-RATEAU, directrice des soins à l'Institut Monégasque de Médecine et de Chirurgie Sportive, pour leurs conseils, leur disponibilité,

A Mesdames Catherine CHEVREUX et Isabelle MONNIER, directrices des soins et tutrices de mémoire à l'EHESP, pour leur soutien et leur accompagnement,

Aux collègues élèves directeurs des soins pour m'avoir écouté et conseillé tout au long de ce travail,

Aux maîtres de stage Monique TRANCARD, Amélia BONATO et Sylvain BOUSSEMAERE qui m'ont accordé du temps pour réaliser mes entretiens et aidé dans mes recherches,

A Laetitia, Margaux et Salomé...

Merci

Sommaire

Introduction	1
1. La sécurité...une affaire d'équipe et de culture	7
1.1 Le travail en équipe : un enjeu de sécurité pour le patient.....	7
1.1.1 L'équipe, une notion polysémique.....	7
1.1.2 Le travail en équipe.....	7
1.1.3 La dynamique du travail d'équipe.....	8
1.1.4 L'équipe: l'alpha et l'oméga de la sécurité des patients.....	9
1.2 Focus sur une équipe singulière: la communauté opératoire.....	11
1.2.1 Un microcosme fermé	11
1.2.2 Une communauté traditionnelle et renfermée.....	12
1.2.3 Une atmosphère sous tension.....	13
1.3 La check-list "sécurité du patient au bloc opératoire".....	14
1.3.1 Historique.....	14
1.3.2 Contexte réglementaire.....	14
1.3.3 Les évolutions.....	15
1.3.4 La check-list en pratique.....	15
1.4 La culture sécurité, du concept à la pratique, au prisme de l'anthropologie.	16
1.4.1 L'intérêt d'une démarche anthropologique.....	16
1.4.2 L'émergence de la culture sécurité en santé: le modèle industriel.....	18
1.4.3 La culture sécurité des soins, de quoi parle-t-on?.....	18
1.4.4 Comment évaluer la culture sécurité des soins?.....	20
2. La culture sécurité d'équipe à l'épreuve du terrain	23
2.1 Méthodologie du travail de recherche.....	23
2.1.1 L'approche anthropologique.....	23
2.1.2 Les conditions de l'enquête.....	23
2.1.3 Les limites du travail.....	26
2.2 Analyse thématique des entretiens et recueil des données.....	27
2.2.1 La politique de management de la qualité sécurité des soins.....	28
2.2.2 La formation initiale.....	33
2.2.3 Les freins à la construction d'une culture sécurité d'équipe au bloc opératoire.....	34
2.2.4 Le conseil de bloc, un levier pour la promotion de la culture sécurité d'équipe.....	37
2.2.5 Synthèse de ce que l'enquête nous a appris.....	38

2.2.6	Les réponses à nos hypothèses.....	39
3.	Le leadership du directeur des soins pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients.....	43
3.1	Promouvoir le travail en équipe par une formation spécifique.....	43
3.2	Vers un développement du leadership en sécurité des soins.....	46
3.2.1	Créer sa propre vision sécurité.....	46
3.2.2	Donner à la sécurité la place qui lui revient.....	46
3.2.3	Faire partager la vision sécurité.....	47
3.2.4	Etre crédible, agir avec exemplarité et cohérence.....	47
3.2.5	Favoriser l'esprit d'équipe et la coopération transversale.....	48
3.2.6	Etre présent sur le terrain.....	48
3.2.7	Reconnaitre et valoriser les bonnes pratiques.....	48
3.3	Renforcer la place du patient.....	49
	Conclusion	51
	Bibliographie	53
	Liste des annexes.....	60

Liste des sigles utilisés

CDU : Commission Des Usagers

CGS : Coordonnateur Général des Soins

CREX : Comité de Retour d'Expérience

CS : Cadre de Santé

CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

CSP : Code de Santé Publique

DH : Directeur d'Hôpital

DG : Directeur Général

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DPC : Développement Professionnel Continu

DQGR : Direction Qualité Gestion des Risques

DS : Directeur des Soins

CSP : Code de Santé Publique

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ENEIS : Enquête Nationale sur les Effets Indésirables liés aux Soins

EIAS : Evènement Indésirable Associé aux Soins

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

HAS : Haute Autorité en Santé

IADE : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat

IBODE : Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCME : Président de la Commission Médicale d'Etablissement

PNSP : Programme National pour la Sécurité des Patients

RMM : Revue de Mortalité et de Morbidité

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Introduction

La sécurité des patients, considérée comme le fait d'être à l'abri des blessures accidentelles, est un thème qui s'est trouvé fortement médiatisé depuis quelques années. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 234 millions d'interventions chirurgicales sont réalisées chaque année dans le monde. Dans les pays industrialisés, la mortalité en lien avec la chirurgie serait de 0,4 à 0,8 % et le taux de complications postopératoires graves serait de 3 à 16 % – dont la moitié est considérée comme évitable. C'est pourquoi l'OMS a lancé le programme « *Safe surgery saves lives* » (la chirurgie sûre sauve des vies) visant à réduire les taux de complications et de décès postopératoires. L'objectif de ce programme est de renforcer l'implication des équipes en s'appuyant sur des recommandations de bonnes pratiques afin d'améliorer la sécurité du patient en chirurgie. Afin d'implanter ce programme, l'OMS a choisi de mettre en place une check-list permettant l'énoncé de différents critères, relatifs à la sécurité du patient, devant être vérifiés avant, pendant et après toute intervention chirurgicale¹. Un travail de 2008 a testé l'efficacité de l'implantation de la check-list au travers d'une étude « avant, après » menée sur près de 8000 interventions chirurgicales réalisées dans huit pays sur une période de moins d'un an. Les résultats analysés montrent une diminution du taux de mortalité de 1,5% et une baisse de 36% du taux de complications².

Au sein des établissements de santé, le bloc opératoire est un secteur complexe, impliquant de nombreux intervenants, à risque pour la sécurité du patient. L'étude ENEIS (Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables liés aux Soins) de 2009 a montré que les événements indésirables graves survenant pendant l'hospitalisation étaient le plus souvent associés à des actes invasifs, majoritairement des interventions chirurgicales³. De nombreux programmes et démarches sont en place pour « mettre sous contrôle » ce point critique. Un des leviers d'amélioration est le travail en équipe. C'est pourquoi la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande depuis 2010 et en lien avec les travaux de l'OMS, l'utilisation d'une check-list « sécurité du patient au bloc opératoire », qui permet de vérifier avant toute intervention et de manière croisée au sein de l'équipe, un certain nombre de critères essentiels et d'améliorer les échanges d'informations⁴. L'efficacité de programmes type check-list, aujourd'hui incontestée, permet de réduire de 30% les

¹ HAYNES et al., 2009, « A surgical safety check-list to reduce morbidity and mortality in global population », *New England Journal of Medicine*, 360 :491-9

² PANEL P., CABARROT P., 2010, « Pourquoi une check-list au bloc opératoire ? », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 39, pp.362-370

³ <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins>

⁴ QUARANTA JF. et al., décembre 2010, « La check-list Sécurité du patient au bloc opératoire », *Gestions Hospitalières*, n°501, p. 660-662

complications suite à une intervention chirurgicale ou évènements indésirables associés aux soins (EIAS)⁵. On appelle EIAS une situation qui s'écarte des procédures ou des résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est, ou qui serait, potentiellement source de dommage (dysfonctionnement, incident, accident) et qui a un lien avec les soins de prévention, de diagnostic, de traitement et de réhabilitation⁶. Les retours d'expérience montrent que les professionnels sont sensibilisés et approuvent la check-list, largement mise en œuvre dans les établissements, son efficacité est elle-aussi largement reconnue par les professionnels⁷.

Mais paradoxalement, même si la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est connue et reconnue au niveau national, elle reste encore trop peu exploitée⁸. Une étude menée en 2010 a montré que plus d'un tiers des agents interrogés ne participent pas du tout à la check-list et 72% délèguent à d'autres cette activité⁹. De plus, elle n'est pas utilisée de manière optimale par les professionnels et le partage des informations au bloc opératoire est encore insuffisant, notamment lors du temps de pause préopératoire (time out) ou lors des prescriptions postopératoires concertées¹⁰. Il subsiste des barrières culturelles qui interpellent le travail en équipe (perception d'inutilité ou de tâche supplémentaire, sentiment de limitation de l'autonomie, repérage difficile du rôle de chacun). De la même manière, la check-list n'est pas assez utilisée comme support d'analyse des situations qui donnent lieu à incident ou interruption de l'intervention¹¹. Cette sous-exploitation de la check-list est de nature à compromettre son efficacité, c'est à dire comme le prouvent les études, la réduction d'un tiers des complications post-opératoires¹².

Face à la pression médiatique accrue sur les structures de santé (réaction de la presse à des incidents, à des actions de communication externe) et au renforcement de la judiciarisation de la part des usagers et des associations d'usagers, la gestion des risques

⁵ HIND A., CHEFCHAOUNI A., septembre 2010, « Gestion des risques au bloc opératoire », *Gestions Hospitalières*, n°498, p. 440-443

⁶ ANAES, 2003, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, rapport de l'Agence Nationale, de l'Accréditation et d'Evaluation

⁷ PANGAM-BURLZ C., GUERRERO O., 2011, « La check-list sécurité du patient au bloc opératoire: le bilan après un an de déploiement à l'hôpital Beaujon », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, n°30, p.475-478

⁸ PEDRAZZI-RATEAU F., 2014, « Check-list sécurité du patient au bloc opératoire, partage d'expériences », Clinique Médico-chirurgical de Monaco

⁹ DE THOMASSON E. et al, 2013, « La check-list au bloc opératoire : quelques raisons d'espérer », *Risques et qualité*, vol.10, n°3, p. 156-160

¹⁰ Haute Autorité de Santé (HAS), 2012, « Etude sur l'implantation et l'utilisation de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire »

¹¹ GUEGEN T., COEVET V., MERTES P., « Déploiement de la check-list dans deux hôpitaux Lorrains, performances et difficultés », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, n°30, p.489-494

¹² F. RATEAU, L. LEVRAUT, RAUCOULES-AIME M., 2011, « La check-list sécurité du patient au bloc opératoire, retour d'expérience sur 40000 interventions au CHU de Nice », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, n°30, p.479-483

devient une préoccupation majeure des établissements de santé (impact en termes de santé publique, d'image et de finances). Dès lors, la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient, notamment dans un secteur à risque comme le bloc opératoire, sont des priorités pour les établissements de santé et pour les directeurs de soins.

En effet, le directeur des soins a un rôle primordial dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, selon l'article 4 du décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière : « Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins »¹³. De plus, le référentiel métier de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) de mars 2010 précise que : « Le directeur des soins est responsable de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins et des objectifs de qualité et de sécurité des soins définis dans ce cadre. Il en coordonne la mise en œuvre et l'évaluation »¹⁴, à ce titre il contribue à la définition de la politique d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins au sein de l'institution et sa déclinaison dans les différents pôles. Le référentiel de compétences élaboré par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) en 2011 précise que le directeur des soins développe une politique de gestion des risques à priori dans un objectif de définir et de conduire un système d'évaluation cohérent et conforme aux attentes réglementaires institutionnelles et structurelles. Enfin, concernant le management de l'encadrement partagé et institutionnalisé, il doit accompagner les cadres de santé dans leur gestion de proximité que ce soit au niveau d'un service ou d'un pôle¹⁵.

Nous avons vu précédemment que le problème des EIAS ne peut pas être considéré comme marginal, de par son ampleur et le coût financier et surtout humain qu'il représente. La stratégie mise en œuvre pour inciter les agents et les établissements de santé à s'engager dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a essentiellement reposé sur l'association de nouvelles réglementations, de réorganisations structurelles, d'élaboration de référentiels ou d'outils (dont la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire) et d'évaluation. Néanmoins, force est de constater que cette stratégie n'a pas eu les effets espérés et les efforts d'améliorations ne semblent pas être suffisants¹⁶. Dès lors, on doit s'interroger sur des éventuelles barrières d'ordre culturel entravant son intégration dans la pratique

¹³ Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

¹⁴ http://www.cng.santé.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_DDS.pdf

¹⁵ https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2008/06/Referentiel-de-competences_MAJNOV16.pdf

¹⁶ OCELLI P. et al., 2007, « *La culture de sécurité en santé : un concept en pleine émergence* », Risques et qualité, vol. 4, pp. 207-211

quotidienne des professionnels. L'instauration d'une culture différente fondée sur le travail en équipe et dont les caractéristiques répondent mieux aux besoins de sécurisation des soins, serait-il le chaînon manquant à la complète réussite des initiatives mises en place jusqu'à présent ?

Dans le cadre de notre mémoire, la question qui guidera notre réflexion portera sur le thème suivant :

« En quoi l'appropriation d'outils de type check-list sécurité du patient au bloc opératoire contribue t-elle à la construction d'une culture sécurité d'équipe ? »

Rechercher les freins et les leviers pour le directeur des soins dans la construction d'une culture sécurité d'équipe constituera la trame de cette étude.

Pour répondre à cette question, nous avons émis l'hypothèse que la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » introduisait une modification des pratiques habituelles et des relations interprofessionnelles au bloc opératoire et par là même une évolution de la culture sécurité des équipes.

Afin d'opérationnaliser cette hypothèse dans la phase exploratoire, nous avons explorés les sous hypothèse suivantes :

- La construction d'une culture sécurité d'équipe relève d'une politique institutionnelle intégrée (engagement direction, mobilisation ligne managériale, implication agents)
- La formation initiale est contributive à l'acquisition d'une culture qualité et sécurité des soins
- Les conflits au bloc opératoire sont une menace à la construction d'une culture sécurité d'équipe
- Les instances de type conseil de bloc sont un levier au service du directeur des soins pour fédérer les acteurs autour de projets commun et ainsi promouvoir une culture sécurité commune.

L'approche anthropologique adoptée tout au long de ce travail, par une attitude d'observation, de prise de distance et de réflexion nous permet de poser un regard différent sur le monde du bloc opératoire. Sans jugement, positif ou négatif, cette démarche holistique nous permet d'aborder cet univers dans toutes ces dimensions.

Après avoir abordé les concepts d'équipe et de sécurité, nous préciserons les dimensions de la culture sécurité dans une vision anthropologique.

Ensuite, la méthodologie de l'enquête, relative à la problématique citée, sera exposée, avant d'en conduire une analyse à partir des entretiens réalisés.

Enfin en dernière partie, nous aborderons les perspectives et les préconisations, contributives à l'appropriation d'une culture sécurité d'équipe au bloc opératoire et au sein de l'établissement. Le rôle du directeur des soins dans la conduite managériale de la politique qualité et sécurité des soins sera précisé.

1. La sécurité...une affaire d'équipe et de culture

Depuis plusieurs années, les principales instances promotrices de la sécurité des patients avec l'appui d'une abondante littérature ont clairement identifié, comme dans l'aviation ou le nucléaire, la nécessité d'atténuer les risques liées aux facteurs humains en promouvant la culture du travail en équipe.

1.1 Le travail en équipe : un enjeu de sécurité pour le patient

1.1.1 L'équipe, une notion polysémique

La variabilité des regards de chacun et des représentations selon les postes occupés ne permet pas d'apporter au mot « équipe » une définition définitive. Chacun possède sa propre compréhension de celui-ci. A l'issue d'une revue de littérature, il est admis qu'une équipe est constituée par :

- un nombre d'individus (ou agents), au delà de deux
- des relations (interactions) directes entre les individus
- une collaboration pour un objectif commun (projet, tâche, mission)
- un territoire commun d'exercice (unité de soins, pôle)
- une organisation des rôles et une interdépendance entre les agents
- une coordination assurée par un responsable

Dans l'environnement hospitalier, une équipe de soins fait partie d'un tryptique constitué par les patients et les acteurs permettant la réalisation de l'activité de soin¹⁷.

1.1.2 Le travail en équipe

Que ce soit le « travail en équipe », le « travail d'équipe » ou « l'équipe de travail », ces terminologies font référence à un ensemble ou groupe de personnes réunies pour un but au travers de la production d'un acte tel que le soin. Le travail en équipe est la matérialisation de toutes les activités qui nécessitent une coordination entre les personnes constituant l'équipe. Ainsi, le psycho-sociologue Roger Mucchielli définit le

¹⁷ MELLIER D., 2012, « Ce qui fait équipe, exigence d'un travail pulsionnel et appareillage psychique groupal d'équipe ? », *Nouvelle revue de psychologie*, Erès, n°14, p.131-144

travail en équipe comme une « *entité renforcée par le désir de collaborer au travail collectif en s'efforçant d'en assurer le succès* »¹⁸.

Cette notion de collaboration pour un résultat final commun est confirmée par une étude canadienne qui définit le travail en équipe comme « *un groupe de personnes, interdépendantes dans leurs tâches, partageant la responsabilité des résultats, qui se perçoivent et qui sont perçues comme une seule entité, imbriquée dans un plus grand système social et dont les relations s'articulent autour de frontières organisationnelles* »¹⁹.

1.1.3 La dynamique du travail d'équipe

Une équipe ne ressemble à aucune autre. Les objectifs, le contexte de travail, les statuts des personnes, les relations entre les professionnels définissent sa structure : projet, groupe de travail... Elle est une entité vivante où chaque professionnel tient un rôle dans l'activité du service²⁰. Comme tout écosystème, elle passe par différents stade de vie et de fonctionnement avec des périodes de stabilité et d'instabilité, étant non structurée ou très structurée, conflictuelle ou équilibrée, selon le contexte. Une équipe de professionnels de soins sera différente d'une équipe sportive ou d'une équipe projet. Travailler ensemble peut-être complexe et difficile. Plusieurs éléments y contribuent, notamment l'intérêt des individus pour l'activité réalisée et une envie de faire ensemble ou le management du cadre pour la mobilisation des agents.

Parler de dynamique d'équipe ou de groupe revient à s'intéresser au fonctionnement interne de celle-ci dans son environnement. Le psychologue américain Kurt Lewin a le premier étudié ces phénomènes et conceptualisé la notion de dynamique des groupes, c'est à dire la manière dont les individus travaillent et se comportent entre eux²¹.

Parmi l'ensemble des processus intervenant dans la dynamique d'équipe, trois facteurs contributifs peuvent être mis en avant :

- l'identification au groupe ou l'esprit d'équipe qui sous entend un engagement personnel dans le travail collectif
- la cohésion d'équipe pouvant se traduire par « rester ensemble », ce facteur demande du temps
- la coopération, qui est de l'ordre de l'entraide et de la solidarité

¹⁸ MUCCHIELI R., 2011, *Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective*, Thiron: ESF, p. 87

¹⁹ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, juin 2006, « Le travail en équipe dans les services de santé : Promouvoir un travail en équipe efficace dans les services au Canada », recommandations et synthèse pour politiques, http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/commissionResearch/teamwork-synthesis-report_f.pdf

²⁰ DEVILLARD O., 2005, *Dynamiques d'équipes*, Paris, Editions d'organisations

²¹ LEWIN K., 1968, *Une théorie du champ dans les sciences de l'homme*, Paris, Vrin

Travailler en équipe, autrement dit, ce qui permet à l'équipe d'atteindre l'objectif fixé nécessite :

- compétences techniques : c'est l'expertise individuelle et technique
- compétences non techniques : interrogent la façon de travailler ensemble (leadership, entraide, communication), cela n'est pas automatique ni naturel et ne sous entend pas forcément « être ensemble »²².

L'industrie aéronautique a réalisé il y a plus de 30 ans le même constat. Les problèmes de communication, de flou dans le rôle des membres de l'équipe, d'expression difficile de l'autorité ou de défaillance d'encadrement, sont des causes profondes retrouvées dans 70 % des événements indésirables analysés. Elle a réalisé des mutations culturelles importantes pour devenir une industrie ultra sûre. Parmi celles-ci, est apparu la nécessité de considérer l'équipage (ou l'équipe de soins) comme le maillon fort dans la construction de la qualité et de la sécurité au regard de l'individu. En effet, il ne suffit pas de mettre ensemble des professionnels, compétents mais formés isolément, pour obtenir une équipe.

1.1.4 L'équipe : l'alpha et l'oméga de la sécurité des patients

En l'an 2000, la population américaine, mais aussi la communauté hospitalière internationale découvrait la prévalence des événements indésirables associés aux soins (EIAS), au travers du rapport de l'académie de médecine américaine « *To err is human* »²³ (l'erreur est humaine). Ce rapport estimait entre 44.000 et 98.000 le nombre de décès iatrogènes annuels évitables dans les hôpitaux américains. Un an plus tard, l'académie américaine des sciences médicales présentait des propositions de solutions dans le rapport « *Crossing the Quality Chasm* »²⁴ (Franchir le gouffre de la qualité), notamment le développement de méthodes de travail d'équipe.

En France, les enquêtes ENEIS de 2005 et 2009 ont aussi mis en évidence une fréquence d'environ EIAS grave tous les 5 jours par secteurs de 30 lits²⁵. D'autre part, la littérature scientifique nous apprend que les causes retrouvées lors des analyses des EIAS sont fréquemment liées au fonctionnement de l'équipe, qu'il s'agisse d'un défaut

²² Baker J. et al, 2007, The report of the B.P. US re neries independent safety review panel. Rapport technique. Disponible à l'URL : <http://www.bp.com/bakerpanelreport>.

²³ http://www.jointcommission.org/assets/1/18/root_causes_by_event_type_2004-2014.pdf

²⁴ <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>

²⁵ <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies,6507.html>

d'organisation, de vérification, de coordination ou de communication au sein du collectif de travail²⁶.

Dès lors, la HAS a acquit la conviction depuis 2008 que la maîtrise de la qualité et des risques passe par des démarches favorisant la dynamique de l'équipe. L'équipe, tantôt protectrice ou tantôt défaillante, est aujourd'hui un élément clé de la sécurité des patients. La nature humaine est ainsi faite que dans la réalisation d'une activité complexe, une personne commette trois à cinq erreurs par heure. Mais il serait vain de vouloir les combattre, car c'est le prix à payer à l'intelligence humaine qui repose sur une série de compromis, de simplifications de l'environnement, de prise de risques²⁷. Fort heureusement, 80 % de ces erreurs sont récupérées par celui qui les a commises ou n'ont pas de conséquences graves. Mais qu'en est-il des 20 % restantes ? Certaines d'entre elles sont récupérées par l'ergonomie du système et par les autres membres de l'équipe. *A contrario*, les défaillances de fonctionnement des équipes de soins (communication, coopération, ...), rançon d'une médecine plus complexe, sont les causes les plus fréquemment retrouvées dans l'analyse approfondie des événements indésirables dans la santé²⁸. C'est par exemple la première cause profonde retrouvée dans les 9000 événements porteurs de risques enregistrés en 2011 (sur 55000 au total) dans la base française de l'accréditation des médecins. Une équipe qui fonctionne bien et plus efficace et commet moins d'erreurs qu'un individu isolé²⁹. « *Grace à la littérature existante, nous avons aujourd'hui la preuve qu'un travail en équipe efficace constitue une véritable barrière de sécurité contre la survenue d'évènements indésirables. Il favorise aussi la qualité de la prise en charge et représente un excellent moyen de répondre de façon interdisciplinaire aux besoins du patient* », explique le Dr May-Michangeli, chef de service de la mission « sécurité du patient » à la HAS.

En ce sens, le Programme National pour la Sécurité des Patients 2013-2017³⁰ (PNSP) est une volonté nationale d'intensifier la mobilisation de tous, patients et professionnels, pour progresser en matière de sécurité du patient. Le programme, conjointement piloté par la DGOS et la Direction Générale de la Santé en association avec la HAS a pour objectifs de mieux structurer et de renforcer les actions dans le domaine de la sécurité des patients et d'orienter l'ensemble des acteurs de santé vers des priorités d'actions. L'axe 3 de ce programme précise la nécessité de s'appuyer sur la pluri professionnalité et l'équipe pour construire une culture sécurité, l'objectif étant de

²⁶ MAY-MICHELANGELI L., SAMI Y., BOUSSICAULT G., 2015, « *Le travail en équipe, un enjeu de sécurité du patient* », Techniques hospitalières, n° 753, sept-oct, pp. 39-42

²⁷ PARIÉS J., 1993, « *Erreurs et fiabilité humaine* », Dédale, cours de CRM

²⁸ DUNN E.J., 2007, « *Medical Team Training: Applying crew resource management in the Veterans Health Administration* », Jt Comm J Qual Patient Saf 33:317-25

²⁹ <http://www.chfg.org/wp-content/uploads/2012/03/Vincent-Essentials-of-Patient-Safety-2012.pdf>

³⁰ <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/plan-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp/pnsp>

renforcer la sécurité dans tous les domaines, dans une optique transversale et de coordination.

Au total, un nombre significatif d'EIAS n'existerait pas si les membres de l'équipe avait mieux collaboré, mieux communiqué, mieux géré les conflits... Pour exemple, le cabinet Branchet, assureur des praticiens du bloc opératoire, indique que l'étude des sinistres qui lui sont confiés révèle un dysfonctionnement de l'équipe du bloc opératoire dans 38% des cas ou un défaut d'organisation dans 44% des cas³¹. Dès lors, il convient d'étudier à présent plus particulièrement cette équipe du bloc opératoire, des particularités spatiales aux conséquences comportementales.

1.2 Focus sur une équipe singulière : la communauté opératoire

1.2.1 Un microcosme fermé

Service à part dont « la culture traditionnelle est le huis clos où l'on est entre soi et bien à l'abri dans un espace totalement contrôlé »³², le bloc opératoire est un endroit replié sur lui même. Jean Peneff parle du bloc opératoire en ces termes : « le bloc chirurgical, sorte d'îlot souterrain dans l'hôpital, constitue un monde clos où le personnel ordinaire n'entre pas »³³.

En effet, un certain nombre de paramètres réglementés le caractérisent de son environnement proche³⁴. On peut citer : sa conception intérieure normalisée, ses circuits parfaitement cartographiés, les tenues des personnels codifiées, des procédures d'hygiène et aseptie plus drastiques qu'ailleurs, jusqu'aux circuits d'air et d'eau qui lui sont spécifiques.

Pour Peneff, « l'enfermement physique et temporel des acteurs renforce l'idée d'un monde à part »³⁵. Par ailleurs, la charge émotionnelle liée à la symbolique de la mort, le sang et la maladie, cristallisent cette particularité.

La configuration interne révèle des locaux organisés autour d'un processus de soins et d'une logistique s'apparentant à une entreprise manufacturière. En effet, dès l'arrivée du patient un circuit délimite des espaces dédiés à chaque étape du processus

³¹ GARCELON S., SFEZ M., 2016, « Promouvoir le travail en équipe », Risques et qualité, vol.13, n°4, pp. 89-93

³² POUCHELLE M.C., 2008, *L'hôpital ou le théâtre des opérations, essais d'anthropologie hospitalière*, Paris, Seli Arlsan, p. 167

³³ PENEFF, J., « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *Sociologie du travail*, n°3/97, p. 270

³⁴ Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées, *Risques au bloc opératoire : cartographie et gestion*, 2008

³⁵ PENEFF, J., op. cit., p. 271

(accueil, transfert, salle de pré anesthésie, salle d'opération, salle de surveillance post interventionnelle).

Pour Ivan Sainsaulieu³⁶, des appartenances collectives se dégagent du travail coopératif à l'hôpital. Au niveau de l'unité de soin, ces appartenances collectives de service se constituent de manière forte, notamment pendant l'acte opératoire, du fait d'un attachement au travail collectif et à une coopération technique intense.

1.2.2 Une communauté traditionnelle et renfermée

Sainsaulieu³⁷ voit dans le bloc opératoire une communauté endogène (se suffisant à elle-même) ayant pour caractéristique, un héritage culturel plus lourd, une frontière plus marquée, des rapports avec l'extérieur moins structurants, une capacité autonome collective, et un fort investissement du personnel. Il s'agit d'un univers sous pression ayant le souci de la performance, avec des identités professionnelles à la fois complémentaires et hétérogènes qui donnent le sentiment d'être membre actif d'une communauté : « Il crée la conscience d'être membre d'un ensemble plus grand, la communauté des petits mondes fermés »³⁸.

Cette conscience, source de confiance réciproque, permet à tous les membres de s'articuler, se compléter, se coordonner, voire se confondre, pour que « chaque opération soit une co-opération »³⁹.

Une approche complémentaire de ce modèle communautaire nous est proposée par la contribution de M.C. Pouchelle⁴⁰. Selon elle, l'équipe chirurgicale s'apparente à une *communitas* telle qu'elle est décrite par l'anthropologue Victor Turner⁴¹ à propos de l'intégration sociale particulière suscitée par certains rites d'initiations. Une *communitas* est une communauté homogène, égalitaire et fondée sur des liens interpersonnels, qu'on peut opposer au caractère structuré, différencié et inégalitaire de la société en temps ordinaire.

La *communitas* développe des relations qui ne sont pas fondées sur l'exercice d'un pouvoir, mais sur l'expérience de la « liminarité » (de *limen* signifiant "seuil" en latin). Elle regroupe des personnes situées en marge des institutions, soit parce qu'elles en sont exclues, soit parce qu'elles n'y ont pas encore accédé : « Pour moi, écrit Turner, la

³⁶ SAINSAULIEU I., 2006, *La communauté de soins en question : le travail hospitalier face aux enjeux de société*, Paris, Broché, pp. 138-142

³⁷ Ibid., p. 162

³⁸ Ibid., p. 145

³⁹ PENEFF, J., « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *Sociologie du travail*, n°3/97, p. 270

⁴⁰ POUCHELLE M.C., 2008, *L'hôpital corps et âme, essais d'anthropologie hospitalière*, Paris, Seli Arslan, p. 38

⁴¹ TURNER V., 1990, *Le phénomène rituel. Structure et contre-structure*, Paris, PUF, p. 96

communitas surgit là où la structure n'est pas »⁴².

Le propre de la *communitas* n'est donc pas de s'attaquer à la structure, c'est de s'installer en bordure, dans ce que Turner appelle «le vide du centre»⁴³. Il s'agit d'un lieu d'indétermination, descriptible seulement par métaphore, où les hommes essaient d'entrer dans des relations profondes avec leurs congénères. Turner souligne l'importance que joue l'émotion dans ce genre de tissu social. Il précise que l'égalitarisme à l'œuvre dans un tel groupe est soutenu par l'émergence d'une figure d'autorité absolue à laquelle se soumettent l'ensemble des membres.

Bien que n'étant pas en marge de l'institution hospitalière, le bloc opératoire reste un monde à part s'apparentant sur de nombreux points à une *communitas* où l'autorité absolue fut longtemps celle du chirurgien.

1.2.3 Une atmosphère sous tension

Au bloc opératoire gravitent en permanence une dizaine de professions alliant les expertises les plus pointues et diversifiées, des cultures et des histoires de métiers différentes (chirurgiens et anesthésistes, infirmiers anesthésistes diplômés d'état (IADE) et infirmier de bloc opératoire diplômée d'état (IBODE), cadres de santé...). Elles forment une sorte de communauté bigarrée qui cristallise les notions de connaissance et de reconnaissance de chacun vers chacun, condition première pour transformer « une horde de solitaires en un groupe social »⁴⁴.

Paradoxalement, au sein ce type de communauté fermée où l'identité collective est à la fois forte et affective, des divergences apparaissent. Ainsi, pour Sainsaulieu, « l'entente est loin d'être toujours idyllique, les identités mimétiques et le consensus parfait, contrairement à la mythologie consensuelle »⁴⁵. Sous l'apparence d'unité ou de coopération apparaissent des clivages et des conflits « entre catégories, avec le cadre, et peut-être surtout entre gens de même profession »⁴⁶.

Selon Samir Sharchar et al.⁴⁷, l'intensité du travail et la diversité des actes imposent une grande complémentarité entre les membres de l'équipe du bloc opératoire. C'est à la fois une zone particulièrement sensible et un système complexe mettant en œuvre des activités aux technologies avancées et faisant appel à des compétences multiples de haut niveau. Pour autant, il ne se résume pas à la simple juxtaposition des savoirs et compétences de chacun mais bien à leur synergie. Pour Cresson et al., « La

⁴² Ibid., p. 124

⁴³ Ibid., p. 125

⁴⁴ ANZIEU D., 1997, *La dynamique des groupes restreints*, Paris, PUF, 11^{ème} édition, p. 57

⁴⁵ SAINSAULIEU I., op. cit., p. 162

⁴⁶ Id.

⁴⁷ SHARSHAR S., ABBAS A., GAUDELET D., 2007, « Le bloc opératoire, laboratoire de la nouvelle gouvernance hospitalière », *Interbloc*, n°4, pp. 257-261

coopération entre professionnels est chose complexe qui ne se réduit pas un accord unissant des partenaires de façon cohésive »⁴⁸.

Malgré tout, dans cet univers renfermé et opaque, l'important est d'afficher une apparente harmonie aux yeux de l'extérieur dont toute ingérence est mal perçue : « L'ambiance peut être détestable dedans, rien ne doit filtrer dehors sur les "fissures" du bloc. C'est la loi du silence »⁴⁹.

Ainsi, le bloc opératoire, « forteresse imprenable » pour quiconque n'en possède pas les clés ni les codes, apparaît de l'extérieur comme une communauté unie par la tradition, cimentée par le consensus, organisée par une « vision du monde » commune.

Il semblerait pourtant qu'il ne soit pas ce havre de paix dont les patients et les professionnels rêveraient mais bien un lieu de tension avec son lot de dissensions, de clivages et de conflits au sein de l'équipe. Abordons maintenant la question de la mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » dans cet environnement, de sa genèse à son évolution.

1.3 La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »

1.3.1 Historique

La HAS a souhaité promouvoir l'utilisation d'une check-list adaptée à partir de celle proposée par l'OMS pour améliorer la sécurité des patients au bloc opératoire. Cette démarche s'inscrit plus particulièrement dans le cadre de deux missions de l'HAS : la certification des établissements de santé et l'accréditation des médecins. L'HAS a donc engagé une réflexion multidisciplinaire (26 organisations professionnelles) et les représentants des usagers sur les modalités d'adaptation et de mise en œuvre d'une check-list « utile, utilisable, utilisée » en France. Ce travail a abouti à la création de la première version de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » en 2010.

1.3.2 Contexte réglementaire

- La check-list dans la certification :

La check-list a été introduite dans le manuel V2010 et les outils associés. Il s'agit d'un point de pratique exigible prioritaire « organisation du bloc opératoire ». En pratique, la check-list doit être mise en place dans tous les blocs opératoires et pour toutes les interventions (programmées et urgentes) à compter du 1^{er} janvier 2010. Dans la version

⁴⁸ CRESSON G., DRULHE M., SCHWEYER F.X., 2003, « *Système(s) de santé entre conflits et coopérations* », *Coopération, conflit et concurrence dans le système de santé*, p.12

⁴⁹ Id.

initiale diffusée par la HAS, la check-list n'est pas modifiable, les 10 critères retenus étant considérés par les professionnels du bloc comme étant indispensables à vérifier ; d'autre part, étant donné la mobilité des professionnels, le caractère unitaire du document doit faciliter son utilisation.

La certification V2014 intègre de nouveaux outils : compte qualité, audit de processus et patient traceur. A l'appui de ces outils, les experts-visiteurs de la HAS appréhendent la manière dont les professionnels de santé positionnent la check-list comme outil de maîtrise des risques lors des activités opératoires. Une mobilisation imparfaite de la check-list traduit une carence dans la maîtrise globale du processus de prise en charge au bloc opératoire.

- La check-list dans l'accréditation :

L'accréditation est une démarche volontaire qui constitue une modalité répondant à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dont elle intègre les démarches. Les chirurgiens et les anesthésistes sont particulièrement concernés par cette démarche dont l'enjeu est une réduction du nombre ou de la sévérité des EIAS.

1.3.3 Les évolutions

- En janvier 2011, une deuxième version « V2011-01 » est diffusée, intégrant des modifications qui apportent une réponse à la plupart des difficultés observées sur le terrain, notamment pour clarifier les critères posant problèmes et améliorer la réalisation du temps essentiel « Time out » ou briefing préopératoire multi professionnel.

Un nouvel item, relatif à la préparation cutanée de l'opéré, a été précisément identifié dans cette nouvelle version à la demande de la Société Française d'Hygiène Hospitalière.

- En janvier 2016, une troisième version V2016 intègre cinq points de vigilance adaptée à la prise en charge opératoire du jeune enfant, suite aux travaux de l'organisme agréé de chirurgie pédiatrique pour l'accréditation des médecins et équipes médicales. Cette version est modifiable au sein des établissements de santé afin de s'adapter aux particularités de leurs activités opératoires, aux systèmes d'information et aux programmes déjà mis en œuvre.

1.3.4 La check-list en pratique

La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » comporte les éléments

indispensables à vérifier au bloc opératoire avant toute intervention. Son utilisation nécessite de désigner un coordonnateur check-list qui est chargé de vérifier les items. Le plus souvent, il s'agira d'un personnel infirmier (IBODE, IADE) qui travaillera en coordination avec le chirurgien et l'anesthésiste à qui la responsabilité de l'intervention incombe. Le principe général est qu'aux trois temps (avant induction anesthésique, avant intervention, après intervention), les équipes marquent un temps d'arrêt et répondent de façon conjointe et croisée aux questions posées. De façon optimale, le chirurgien responsable et l'anesthésiste responsable sont à ce moment-là présents en salle. En pratique, la check-list se décline en trois phases et est fournie avec une fiche « mode d'emploi »⁵⁰.

Au final, l'objectif de la check-list est de fournir aux équipes qui travaillent au bloc opératoire un outil simple et efficace de contrôles prioritaires à effectuer systématiquement. Cette démarche a fait la preuve de son efficacité pour améliorer le travail d'équipe, la communication inter professionnelle et pour favoriser une considération active de la sécurité des patients à chaque intervention. La check-list a ainsi deux buts: garantir en permanence la sécurité du patient et introduire (ou maintenir) une culture et des valeurs qui permettent d'y arriver.

1.4 La culture sécurité, du concept à la pratique, au prisme de l'anthropologie

L'approche en termes de culture de sécurité a pour origine des événements majeurs qu'on ne pouvait expliquer en termes de comportements individuels, et qui nécessitaient donc une compréhension de la contribution de l'organisation. La notion de culture étant d'un usage délicat, un abord par l'angle de l'anthropologie nous fera porter un regard délibérément empirique, porteur de doute et d'incertitude.

1.4.1 L'intérêt d'une démarche anthropologique

Pendant longtemps l'anthropologie fut la science des sociétés archaïques, sauvages et exotiques. Elle se transforma progressivement en science des sociétés « primitives » pour finir par utiliser le terme vague et général de « sociétés traditionnelles ».

Dans *Mémoires d'anthropologie*, Broca⁵¹ définit l'anthropologie comme « l'étude du groupe humain considéré dans son ensemble, dans ses détails et ses rapports avec le reste de la nature ». De cette définition, Broca apparaît comme s'opposant à une vision

⁵⁰ Annexe n°

⁵¹ BROCA P., 1889, *Mémoires d'anthropologie*, p. 1

qui fait de l'homme un « être éclaté ». A une anthropologie anomique, il propose une vision de l'homme « ininterrompue ».

En 1958, dans *anthropologie structurale*, Claude Lévi-Strauss⁵² décrit l'anthropologie comme une « science sociale de l'observé », elle s'intéresse d'abord aux pratiques sociales qui donnent un sens à la vie du groupe. Il souligne l'idée que l'anthropologue, par son attitude de décentrement et de distanciation, s'efforce « de formuler un système acceptable, aussi bien pour le plus lointain indigène que pour ses propres concitoyens ou contemporains »⁵³.

C'est avec Mondher Kilani que la dimension culturelle et sociologique de l'anthropologie va apparaître. L'anthropologie devient ainsi la science des diversités culturelles, la science de l'homme en société. Elle aborde la diversité géographique et historique des sociétés humaines et en même temps elle tente d'atteindre des généralisations concernant l'ensemble des comportements de l'homme en société.

L'anthropologie, souligne Kilani⁵⁴, « place les différences par lesquelles se distinguent les sociétés et les cultures au centre de sa démarche. Elle fait appel à l'analyse comparative pour saisir sous les discontinuités observables des sociétés, des invariants propres à toute l'humanité (...) Le projet anthropologique est d'articuler les rapports du local et du global, de penser l'autre et le même sous leurs aspects les plus divers ».

Pour Anne Vega, un environnement de travail institutionnel induit des identités et des organisations particulières des soins. Dès lors, adopter une approche anthropologique consisterait selon elle à « s'interroger sur la culture des professionnels experts de la santé et de la maladie »⁵⁵. Elle précise qu'il s'agirait pour les soignants « d'écouter et d'observer les patients et leurs représentants, mais surtout de s'interroger sans relâche sur le bien-fondé de leurs propres modèles et habitudes professionnels liés à tout un ensemble de données socioculturelles »⁵⁶.

Ainsi, un des objectifs de la démarche anthropologique à l'hôpital est de permettre aux professionnels de santé de comprendre comment ils peuvent se trouver pris dans des logiques collectives, dans des systèmes d'appartenance qui déterminent leurs normes, leurs valeurs et leur culture.

⁵² LEVI-STRAUSS C., 1958, *anthropologie structurale*, Paris, Plon, pp. 396

⁵³ Ibidem, p. 397

⁵⁴ KILANI, M., 1989, *Introduction à l'anthropologie*, Paris, Payot, 1989, p. 21

⁵⁵ VEGA, A., 2004, *Soignants/Soignés, pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, De Boeck, p. 32

⁵⁶ Ibid., p. 134

1.4.2 L'émergence de la culture sécurité en santé : le modèle industriel

En 1986 ont eu lieu deux grands accidents : l'explosion au décollage de la navette Challenger et l'accident nucléaire de Tchernobyl. Dans les deux cas, l'analyse a montré qu'il s'agissait d'accidents organisationnels (ou systémiques) : ils ne pouvaient pas s'expliquer seulement par des comportements inadaptés des opérateurs de première ligne, mais résultaient d'une accumulation progressive de défaillances dans l'organisation, qui avait mis à mal l'une après l'autre toutes les barrières de défense. Dans ces deux accidents, et dans d'autres qui ont suivi, on a pu mettre en évidence qu'un ensemble de manières de penser et de manières de faire, largement partagées dans l'organisation, étaient incompatibles avec des opérations sûres. La culture de l'organisation ne donnait pas une place suffisante à la sécurité dans les arbitrages faits par les différents acteurs. Ainsi, l'expression « culture de sécurité » a été utilisée pour la première fois dans le rapport d'analyse de l'accident de Tchernobyl, « une organisation qui n'adopte pas des valeurs, principes et attitudes résolument tournés vers l'amélioration de la sûreté est prédisposée à ignorer les procédures, à dépasser les limites de fonctionnement et à contourner les systèmes de sûreté »⁵⁷. Il est dès lors établi que l'absence de culture sécurité peut amener les hommes à transgresser les règles et jouer un rôle dans la survenue des accidents. A partir de ce moment là, elle devient un élément essentiel dans la stratégie mise en place par les industries à hauts risques telles que le nucléaire ou l'aviation pour garantir la sécurité de leurs activités. En atteignant un haut niveau de fiabilité, ces industries sûres sont devenues des modèles pour les autres organisations, dont celles de la santé.

1.4.3 La culture sécurité des soins, de quoi parle-t-on ?

La notion de culture est d'un usage délicat. Dans les années cinquante, Kroeber et Kluckhohn en recensaient plus de cent cinquante définitions⁵⁸. De même, il n'y a pas de consensus sur la définition de la culture sécurité, la littérature faisant état de plusieurs définitions. Dans son sens anthropologique, le concept de culture désigne les normes, les valeurs et les représentations communes à un groupe, lesquels se traduisent par des façons de sentir, penser et agir partagés par le groupe⁵⁹. Une définition proposée par la société européenne pour la qualité des soins (European Society for Quality in Health Care) est la suivante : la culture de sécurité de soins désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des

⁵⁷ Agence pour l'énergie nucléaire, 1999, « *Le rôle de l'autorité de sûreté dans la promotion et l'évaluation de la culture de sûreté* », www.nea.fr/html/nsd/reports/nea1547-Murley.pdf

⁵⁸ KROEBER A.L., KLUCKHOHN C., 1952, Culture : a critical review of concepts and definitions, Harvard University Peabody Museum of American Archeology and Ethnology Papers, 47(1)

⁵⁹ LAFAYE C., 2007, *Sociologie des organisations*, Paris, Armand Colin, 127 p.

valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins. Par « ensemble cohérent et intégré de comportements », il est fait référence à des façons d'agir, des pratiques communes, mais aussi à des façons de ressentir et de penser partagées en matière de sécurité des soins.

Un individu peut, dans son activité, avoir une attitude générale plus ou moins attentive à la sécurité. Mais parler de culture, c'est se référer à des manières de faire et des manières de penser qui sont partagées au sein d'un collectif. En matière de sécurité des soins, on peut dire que cette culture représente l'ensemble des pratiques développées, répétées et intégrées par les principaux acteurs concernés pour maîtriser les risques de leur métier⁶⁰. Ainsi, le comportement individuel subit l'influence de différents groupes sociaux : l'équipe, le collectif de métier, le pays, le groupe ethnique, l'entité (établissement ou unité de soins). La culture de sécurité n'est donc pas une propriété de chaque individu, mais une caractéristique d'un groupe ou de l'ensemble de l'organisation.

1.4.3.1 La question des sous cultures

Il peut coexister des sous cultures au sein d'une organisation présentant une culture globale, « ces sous cultures correspondent aux normes et aux valeurs qui se sont mises en place dans des groupes de personnes appartenant à une même organisation »⁶¹.

On peut aborder la notion de sous culture de deux manières :

- Selon qu'elle adhère, coexiste ou s'oppose à la culture globale
- Selon le secteur, l'activité, la profession au sein duquel elle s'exerce

Ainsi au sein d'un établissement de santé peuvent donc coexister une culture d'établissement globale et un ensemble de sous cultures (culture d'équipe, de service, de spécialité...), ce paramètre est à considérer en particulier dans l'évaluation de la culture sécurité.

⁶⁰ SIMARD M., La culture sécurité. In : DANIELLO F., SIMARD M., BOISSIERES I., 2010, Les cahiers de la sécurité industrielle, un état de l'art. Institut pour une Culture de Sécurité Industrielle, Toulouse

⁶¹ OCELLI P. et al., « La culture sécurité en santé : un concept en pleine émergence », *op. cit.*

1.4.4 Comment évaluer la culture sécurité des soins ?

L'évaluation de la culture de sécurité des soins repose sur différentes méthodes⁶², chacune permettant d'évaluer différents aspects :

- Des méthodes quantitatives : par exemple, l'utilisation de questionnaires individuels et auto-administrés pour appréhender « ce que les gens ressentent » en matière de sécurité des soins, ou le suivi d'indicateurs de sécurité des soins pour mesurer « ce que l'organisation a » ;
- Des méthodes qualitatives : par exemple, la réalisation d'entretiens collectifs ou individuels pour appréhender « ce que les gens ressentent » en matière de sécurité des soins, des audits cliniques pour appréhender « ce que les gens font », ou l'étude des politiques et des procédures de l'établissement pour mesurer « ce que l'organisation a ».

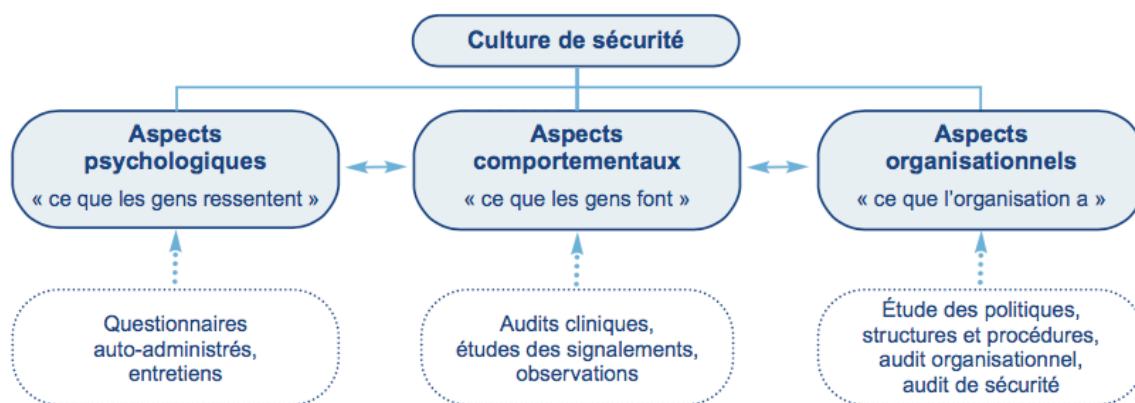


Figure 1. L'évaluation de la culture de sécurité repose sur différentes approches

En France, le questionnaire *Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPSC) développé sous l'égide de l'agence américaine Agency for Healthcare Research and Quality a été traduit de l'anglais en français⁶³. La version française de ce questionnaire permet d'explorer comment les professionnels perçoivent la sécurité des soins dans leur unité et dans leur établissement de santé sur 10 dimensions de la culture de sécurité des soins⁶⁴. Explorer les perceptions des professionnels d'une unité de soins à l'aide d'un questionnaire permet d'approcher la culture de sécurité de l'unité, de discuter avec les professionnels enquêtés des thèmes abordés au travers des dimensions, et de les sensibiliser à des thèmes importants pour la sécurité des soins.

⁶² Health and Safety Executive (HSE), 2005, A review of safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit. Research report 367, United Kingdom. <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr367.pdf>

⁶³ Hospital Survey on Patient Safety Culture, April 2010, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospindex.htm>

⁶⁴ Annexe

Ainsi, les notions de culture de sécurité et de travail en équipe sont progressivement devenues des thèmes d'actualité, omniprésents et incontournables. Pour autant, ces dimensions du concept plus global de culture organisationnelle ne se décrètent pas, elles se construisent et s'éprouvent au quotidien dans les discours et les actes. La seconde partie de ce mémoire va nous permettre d'appréhender la culture sécurité d'équipe au travers des perceptions des professionnels en particulier au sein du bloc opératoire. Nous pourrions alors envisager l'élaboration d'interventions et de préconisations visant à améliorer la culture sécurité d'équipe et ainsi la sécurité des soins.

2. La culture sécurité d'équipe à l'épreuve du terrain

2.1 Méthodologie du travail de recherche

2.1.1 L'approche anthropologique

L'enquête de type anthropologique se veut « au plus près des situations naturelles de sujets – vie quotidienne, conservation – dans une situation d'interaction prolongée entre le chercheur en personne et les populations locales, afin de produire des connaissances “in situ”, contextualisées, transversales, visant à rendre compte du “point de vue de l'acteur”, des représentations ordinaires, des pratiques usuelles et de leurs significations autochtones »⁶⁵.

Ainsi l'enquêteur développe une attitude réflexive à partir des témoignages recueillis en utilisant une démarche compréhensive pour tenter de saisir “de l'intérieur” la réalité culturelle ou sociale de la communauté étudiée.

Cette prise de distance s'explique selon Marc Augé car « l'anthropologie traite du sens que les hommes en collectivité donnent à leur existence. Le sens, c'est la relation et en l'occurrence, l'essentiel des relations symboliques et effectives entre les humains appartenant à une collectivité »⁶⁶.

Un tel prisme nous permet d'analyser les faits, les paroles des acteurs pour en comprendre le sens verbalisé mais aussi le sens dans leurs pratiques, ainsi « l'anthropologue essaie d'atteindre une vérité dont les gens qu'il interroge sont porteurs, parfois même à l'insu »⁶⁷.

Il s'agira pour nous, dans cette phase exploratoire, d'« aller chercher un surplus de sens »⁶⁸ porteur de cette vérité.

2.1.2 Les conditions de l'enquête

2.1.2.1 Le choix de l'outil

Dans le cadre d'approche anthropologique et en regard de notre thématique la réalisation d'entretiens semi-directifs s'est imposée comme méthode d'investigation, « en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de

⁶⁵ OLIVIER DE SARDAN J.P., 1995, « la politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, Les terrains de l'enquête, n°1, p. 73

⁶⁶ AUGÉ M., 1993, *Le sens des autres, Actualités de l'anthropologie*, Paris, Fayard, p. 49

⁶⁷ AUGÉ, M., COLLEYN, J.P., 2009, *L'anthropologie*, PUF, p. 26

⁶⁸ BESSON, R., *Analyse qualitative des données*, cours IFCS CHU Bordeaux, 2010

questions précises »⁶⁹. Les entretiens nous ont permis d'être en relation avec les personnes interviewées et ainsi d'analyser des attitudes non verbales. Ainsi, pour Alexandre Mucchielli⁷⁰, les silences, les expressions du visage, les intonations de voix sont de multiples facteurs environnementaux qui prennent une importance considérable au cours d'une discussion. Cette discussion, basée sur une relation de confiance et de convivialité, nous a permis de mieux appréhender les représentations et les émotions des professionnels de terrains. Nous avons aussi pu reformuler certaines affirmations des interviewés afin de les préciser et nous assurer de notre compréhension. Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide construit à partir des sous hypothèses préalablement définies. A partir des thèmes correspondant aux hypothèses de travail, nous avons déterminé des questions qui nous ont servi de support pour ouvrir la discussion. Face à l'intérêt porté aux questions posées et pour éviter une éventuelle frustration, l'ensemble des entretiens s'est clos par une question ouverte: « *Y a-t-il des aspects que je n'aurai pas évoqué avec vous et qui vous semble importants à mentionner ?* ».

2.1.2.2 Le déroulement des entretiens

Le cadre dans lequel s'inscrit ce mémoire a été présenté lors de la prise de rendez-vous et rappelé en début d'entretien.

Le principe d'anonymat et de confidentialité a été rappelé de façon à instaurer une relation de confiance. Après un accord de toutes les personnes interrogées, tous les entretiens ont pu être enregistrés afin de permettre une exploitation approfondie et une analyse précise.

La durée des entretiens se situe entre 30 et 40 minutes. L'ensemble des entretiens s'est déroulé dans des conditions matérielles optimales tant au niveau du confort que de la disponibilité des interviewés.

2.1.2.3 Les terrains d'enquête

Les entretiens se sont déroulés dans deux établissements de santé, un centre hospitalier (CH) et un centre hospitalier universitaire (CHU). L'un des deux établissements était un de nos terrains de stage pendant la formation de directeur des soins.

Le CH compte 563 lits répartis entre les différentes activités de soins (médecine, gynécologie – obstétrique, chirurgie, pédiatrie, psychiatrie adulte et enfant, soins de suite

⁶⁹ QUIVY R., VANCAMPENHOUD L., 2006, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3^{ème} édition Dunod : Paris, p.174

⁷⁰ MUCCHIELLI A., 1996, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, pp. 109-110

et de réadaptation), 109 places (chirurgie et médecine ambulatoire, médecine physique et réadaptation), 340 lits d'EHPAD dans trois structures distinctes.

Le service des Urgences enregistre 56487 passages par an et une antenne SMUR est installée assurant 2500 départs par an.

Le bloc opératoire polyvalent comporte 11 salles, 9000 actes opératoires y sont assurés chaque année.

La visite de certification a eu lieu en juin 2017, le rapport provisoire de l'HAS fait état d'une certification sans réserve et une recommandation d'amélioration concernant le management de la prise en charge du patient au bloc opératoire.

Grace a une activité en hausse et une maîtrise des dépenses, la situation financière de cet établissement est saine avec un excédant de 50.000 euros sur l'année 2016.

Le CHU étudié est un établissement hospitalier du sud de la France de 1667 lits et 169 place répartis sur 3 sites. Le CGS est assisté de 3 DS (un sur chaque site) et d'une équipe de 4 cadres supérieurs de santé en missions transversales. Le bloc opératoire étudié est un bloc polyvalent de 20 salles d'opérations, il dispose aussi d'une salle de surveillance post interventionnelle commune.

Dans l'analyse des entretiens, ces deux établissements de santé seront identifiés respectivement CH et CHU.

2.1.2.4 La population de l'enquête

	CH	CHU
Coordonnateur Général des Soins	1	1
Président de Communauté Médicale d'Etablissement	1	1
Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins	1	1
Cadre de santé de bloc	1	2
Chirurgien	1	1
Anesthésiste	1	2
Infirmier de bloc opératoire	1	2
Infirmier anesthésiste	1	2

Le coordonnateur des instituts de formation du CHU a aussi été interviewé.

2.1.3 Les limites du travail

2.1.3.1 Les limites liées à la population

Le nombre de personnes et les critères de leur sélection ne permettent pas une approche exhaustive de la question de la culture sécurité d'équipe au bloc opératoire et au sein de l'établissement de santé. Ce travail professionnel étant inscrit dans la durée de formation de directeur des soins, la notion de temps et en particulier le manque de temps nous a amené à restreindre le nombre d'entretiens et à limiter la population ciblée.

Il aurait été intéressant d'interviewer d'autres acteurs concernés par cette question afin d'enrichir les données recueillies et d'étoffer leur analyse : chefs d'établissements, directeurs qualité gestion des risques, personnels soignants...

D'autre part, notre statut de directeur des soins a constitué un éventuel biais d'enquête. Consciemment ou inconsciemment les professionnels interviewés ont en effet pu se retenir dans leur liberté d'expression. Les échanges ont néanmoins été cordiaux et menés dans une ambiance apaisée.

2.1.3.2 Les limites méthodologiques

Le manque d'expérience pour mener des entretiens semi-directifs a constitué une réelle difficulté surtout lors des premiers entretiens. Nous avons ainsi bien pris conscience que la technique d'entretien est une compétence qui relève d'un véritable « savoir faire » non formalisable s'apprenant par la pratique.

D'autre part, une observation participante aurait certainement permis, en étant au plus près des situations vécues notamment au bloc opératoire, d'enrichir l'analyse des données recueillies lors des entretiens semi-directifs.

Au total, ce travail plutôt qualitatif possède ses propres limites de populations et méthodologiques. Néanmoins, l'enquête conduite, les résultats obtenus et leur analyse sont autant d'éléments qui vont me permettre de guider mes réflexions et mes actions contributives à la construction d'une culture sécurité d'équipe au bloc opératoire mais aussi au sein de l'établissement de santé.

2.2 Analyse thématique des entretiens et recueil des données

Ce travail cherche à appréhender la question de la construction d'une culture sécurité d'équipe, à travers un focus sur la mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire ».

A partir du questionnaire « **En quoi l'appropriation d'outils de type check-list sécurité du patient au bloc opératoire contribue t-elle à la construction d'une culture sécurité d'équipe ?** », nous cherchons à identifier les leviers et les freins à la construction d'une culture sécurité d'équipe pour le directeur des soins.

Afin de guider nos investigations, nous avons formulé une hypothèse centrale :

La check-list "sécurité du patient au bloc opératoire" introduit une modification des pratiques habituelles et des relations interprofessionnelles et par là même une évolution de la culture sécurité des équipes.

Nous avons décliné, dans le cadre de l'enquête de terrain, cette hypothèse centrale en sous hypothèses de travail :

Hypothèse 1 :

La construction d'une culture sécurité d'équipe relève d'une politique institutionnelle intégrée (engagement direction, mobilisation ligne managériale, implication agents)

Hypothèse 2 :

La formation initiale est contributive à l'acquisition d'une culture qualité et sécurité des soins

Hypothèse 3 :

Les conflits au bloc opératoire sont un frein à la construction d'une culture sécurité d'équipe

Hypothèse 4 :

Les instances de type conseil de bloc sont un levier au service du directeur des soins pour fédérer les acteurs et promouvoir une culture sécurité commune

La méthode d'analyse employée dans cette étude se réfère à celle de M. CROS et D. DORY par les principes suivants : « une fois organisées et comparées, les informations doivent être analysées en fonction de la problématique de l'enquête, ce qui est bien davantage que de présenter des faits juxtaposés, ou simplement de décrire des phénomènes sociaux »⁷¹.

Nous avons dans un premier temps procédé à une première écoute en dégagant les thèmes récurrents employés par les professionnels interviewés. Lors d'une deuxième écoute nous avons élaboré une « fiche d'entretien » en classant ces thèmes en fonction de nos hypothèses. La troisième écoute nous a permis de nous centrer sur les intonations, le rythme, les pauses. Cette démarche comparative tant sur le plan qualitatif qu'environnemental nous a aidé à approfondir l'analyse. L'intégralité des entretiens a été retranscrite par écrit afin de faciliter l'analyse et l'interprétation.

2.2.1 La politique de management de la qualité sécurité des soins

A. L'organisation de la lutte contre les événements indésirables liés aux soins

Au niveau stratégique et conformément à la loi n°2009.878 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, le directeur de l'établissement, en concertation avec le président de la CME :

- définit la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins après avis de la CSIRMT, soumise à l'avis du conseil de surveillance et formalisée dans un document validé, actualisé et diffusé
- arrête l'organisation de la lutte contre les événements indésirables
- contribue au déploiement et au renforcement d'une culture sécurité
- désigne un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

Les deux présidents de CME interviewés abordent leur rôle de la même façon. Pour eux, il se situe dans la proposition d'un programme d'actions en concertation avec la commission des usagers et la CSIRMT. Pour le PCME du CH, la lutte contre les EIAS « est une priorité de l'établissement essentiellement pilotée par le trinôme PCME, chef d'établissement et CGS mais qui doit être portée et intégrée dans les pratiques de chacun et à tous les niveaux ». Ils envisagent la notion de culture sécurité à leur niveau comme une capacité à mettre en articulation le projet de soins, le projet médical et le projet social en cohérence avec les démarches institutionnelles. Ils insistent sur le fait que l'enjeu n'est pas tant de construire une culture sécurité au sein des établissements que de l'entretenir.

⁷¹ CROS M., DORY D., 1996, *Terrains de passage : Rites de jeunesse dans une province Française*, pp. 155-163

En effet, l'étymologie du mot « culture » vient du latin *cultura* qui signifie « habiter », « entretenir ». Ainsi, que ce soit une culture d'entreprise, une culture organisationnelle ou une culture sécurité, il est important de se donner les moyens de la pérenniser car cela ne va de soit. En ce sens, les deux PCME s'engagent dans la mise en place d'actions de suivi, notamment au CHU où un comité de suivi des actions qualité et sécurité a été mis en place (émanation de la CME). Ce comité, dont le CGS fait partie de droit, est chargé de conseiller le Directeur Général (DG) et le PCME sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Son principal rôle est de s'assurer de :

- la cohérence de l'ensemble des actions mise en œuvre au sein de l'établissement
- la mise en œuvre et le suivi du programme d'actions qualité et sécurité
- l'impulsion d'une démarche qualité au sein de la communauté médicale

En lien avec le décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins⁷², chaque établissement doit définir l'organisation la mieux adaptée à ses activités, à l'état d'avancement de sa démarche de gestion des risques associés aux soins et à ses objectifs spécifiques.

Au CH, cette politique relève de la Direction Qualité Gestion des Risques (DQGR) et de sa cellule opérationnelle de gestion des risques. Le périmètre de la DQGR est la sécurité sanitaire, la gestion des événements indésirables, les risques professionnels, les plans d'urgences et le suivi des inspections. Au sein de cette direction fonctionnelle dirigée par un Directeur d'Hôpital (DH), la cellule opérationnelle de gestion des risques est en lien étroit avec la direction des soins et la CME. Elle est plus particulièrement en charge de la coordination des vigilances et du management de la qualité sécurité des soins.

Pilotée par le coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins, son rôle est notamment de :

- collecter et analyser à posteriori les événements indésirables
- établir les cartographies des risques
- animer des groupes de travail
- assurer la communication institutionnelle
- définir et mettre en œuvre un programme d'actions

Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins du CHU participe au plan de formation continue en matière de culture de sécurité. De même, il est régulièrement invité par le Coordonnateur Général des Soins (CGS) pour intervenir en réunions d'encadrement sur des sujets relatifs à son domaine de compétences.

⁷² Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est une fonction innovante avec un rôle d'appui stratégique, de coordination et de gestion opérationnelle. Selon la circulaire DGOS n°2011-416 du 18 novembre 2011, sa mission est :

- veiller à la mise en œuvre du programme d'action défini par l'établissement
- apporter un appui stratégique au PCME
- apporter conseil et expertise méthodologique
- assurer la cohérence dans les actions engagées par l'établissement

Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins du CH nous dit qu'il se voit « *comme un facilitateur, un soutien, une aide pour faire en sorte que la qualité sécurité des soins soit l'affaire de tous et non pas des experts* ».

B. Le projet d'établissement

L'article L 6143-2 du CSP précise que « le projet d'établissement définit notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement (...) il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical, le projet de soins infirmier, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social ».

Le projet d'établissement 2013-2017 du CHU est constitué d'une compilation du projet médical, du projet de soins et du projet social. Le projet médical décline les activités médicales et les orientations de développement tout en intégrant un axe d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le projet de soins comporte un axe « qualité et sécurité des soins » qui est décliné en trois objectifs :

- promouvoir et valoriser le signalement des erreurs, des événements indésirables : informer et sensibiliser les professionnels, récolter et analyser les signalements afin d'améliorer les pratiques
- sécuriser les pratiques soignantes : rédiger et actualiser les procédures en fonction des évolutions techniques et réglementaires
- améliorer la gestion des risques : actualiser et fiabiliser la gestion documentaire

Le projet social indique quant à lui que « *les fiches de signalements mises en place par la direction qualité et gestion des risques participent au processus de prévention en permettant aux professionnels de signaler toute situation à risque* ».

Le projet d'établissement 2014-2018 du CH affiche un positionnement stratégique clair en matière de qualité et de sécurité des soins, que ce soit dans la politique d'amélioration de la démarche qualité que dans la lutte contre les EIAS.

Les projets médicaux des pôles et le projet médical de l'établissement présentent leurs activités et leurs axes de développement notamment dans les domaines de la qualité et de la sécurité des soins.

Le projet de soins décline lui aussi ses orientations en matière de qualité des soins, d'évaluation des pratiques professionnelles et de lutte contre les EIAS.

Le projet qualité, quant à lui, aborde les priorités en matière de signalement des erreurs, d'analyse des événements indésirables et de gestion documentaire.

C. Une mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » difficile mais des effets positifs

Dans le CH, l'utilisation de la check-list est généralisée depuis 2010. Son utilité est largement reconnue par les professionnels du bloc opératoire : les spécialistes paramédicaux interrogés ont ainsi tous répondu « oui » ou à la question « *la check-list vous semble-t-elle utile pour améliorer la sécurité des patients au bloc opératoire ?* ». Au CHU, les professionnels estiment dans leur majorité que la check-list est « *une opportunité pour éviter les erreurs et les dysfonctionnements lors de la réalisation d'une intervention* » et « *permet la vérification croisée de certains points essentiels avant la réalisation de l'intervention* ». Pourtant, la mise en place de la check-list s'est faite dans « *dans la précipitation* », une IBODE nous dit « *on l'a reçu comme un papier supplémentaire à remplir, du coup on l'a mise dans un coin sans l'utiliser au début* ». Au CH, elle a fait l'objet d'une réunion de lancement pluridisciplinaire, de réunions spécifiques par secteurs, ainsi que d'une formation, un accompagnement sur le terrain et un suivi par le cadre de bloc. Pour autant, un audit observationnel effectué en 2011 a démontré une difficulté des agents à exposer oralement les questions, des temps de pauses difficiles à mettre en œuvre et des professionnels non présents en même temps aux 3 temps. Lors des entretiens, nous avons pu dégager 3 attitudes retrouvées aussi bien chez les paramédicaux (IADE, IBODE) que les médecins (chirurgiens, anesthésistes) :

- L'illusion de la réalisation partielle : elle correspond à la satisfaction que même si la réalisation est incomplète, quelque chose a été fait malgré tout, une IBODE du CH se conforte dans cette idée en nous disant « *je ne remplis que très rarement la 3^{ème} partie de la check-list mais l'important ce sont les parties avant et pendant...* ». On voit bien ici un comportement de « l'action pour l'action », le lien entre le but et l'action a été perdu. En effet, les 3 étapes de la check-list sont indissociables, se satisfaire d'un renseignement partiel est une illusion entraînant un risque pour la sécurité du patient. Une formation et un accompagnement sur le terrain permettent de lutter contre ce phénomène en donnant du sens à cet outil.

- Le compromis : Les personnels de bloc opératoire nous font part de compromis permettant de respecter ce qu'ils jugent essentiel, la réalisation d'actes techniques, aux dépens des « sacrifices » sécuritaires. Ainsi, un IADE reconnaît ne pas prendre en compte la check-list pour les « *petites* » interventions ou bien les « *actes répétitifs et habituels* ». On peut observer ce type des compromis avec des notions ou situations qui n'ont jamais été mises en avant car non vécues. Par exemple, le risque extrême de l'erreur de coté est non perçue par les IBODE impliquées dans les tâches répétitives, elles se considèrent comme « *à l'abri* » de ce type de risque. Les deux chirurgiens interviewés sont très réservés sur la plus-value de la check-list tout en précisant qu'ils sont souvent absents lors de sa réalisation et que « *c'est l'affaire des infirmières* ». Un d'eux nous précise « *c'est un papier administratif de plus, les erreurs de coté ça arrive exceptionnellement mais on en parle beaucoup* ». Pourtant, l'impression du chirurgien que l'erreur de coté est peu fréquente voire exceptionnelle, tout comme le risque anesthésique, est en contradiction avec les statistiques que révèle la littérature scientifique. Ces erreurs sont de l'ordre de 1 sur 10⁵ à 1 sur 10⁴, elles sont probablement même davantage communes que le pensent les chirurgiens car peu révélées⁷³.
- Le timing : La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » a été mise en place juste après les premiers effets de la tarification à l'activité. Dès lors, les termes de performance, d'efficience, de productivité sont priorisés par le management tout comme l'optimisation de l'occupation des salles d'opération. Pour les professionnels, il s'agit là d'une injonction paradoxale, « *on nous demande de faire 3 pauses en équipe avant/pendant/après l'intervention afin de procéder aux contrôles tout en voulant que l'on opère davantage de patients sur la plage opératoire, c'est impossible !* ». Ainsi, pour gagner du temps une IBODE du CHU nous avoue la « *remplir par avance ou après l'intervention pour gagner du temps* ».
- La communication : Si il y a un effet qui fait consensus parmi les professionnels des blocs opératoires audités c'est celui de la communication entre les spécialistes grâce à la check-list. Un IADE du CHU nous précise « *avant chacun était de son coté, les IADE à la tête et les IBODE du coté opératoire, le champ stérile séparant ces deux cotés avait toute son importance même au niveau communication* ». Bien que ce champ soit toujours présent pour une raison d'asepsie, les contrôles croisés exigés par la check-list demandent aux professionnels de se parler, d'échanger sur leurs vérifications respectives. Pour

⁷³ MENDIZABAL H et al., 2013, « Evènements porteurs de risques déclarés sur le thème de l'erreur de site opératoire en chirurgie orthopédique », *Risques et qualité*, vol.10, n°1, pp. 29-34

une IBODE du CH, ce qui a été au début vécu comme « *une ingérence dans son domaine de spécialité, son côté* » est désormais une opportunité de parler avec ses collègues IADE, de communiquer sur leurs problématiques respectives (installation du patient, disponibilité du matériel...) « *finalement cela n'est qu'un morceau de papier, une formalité mais qui nous permet de travailler ensemble en collaboration et non plus chacun de notre côté* ».

2.2.2 La formation initiale

Le coordonnateur des instituts de formation du CHU nous informe que « *la démarche d'amélioration de la qualité et la gestion des risques s'inscrit dans la recherche de la qualité des soins* ». Au niveau des textes réglementaires, elle répond au développement de la compétence 7 du référentiel de compétences relatif au diplôme d'Etat d'infirmier⁷⁴ « Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ». Différents type d'enseignements sont assurés :

- Cours théoriques sur les notions de dangers et risques contextualisés aux situations de soins
- Informations sur la politique de gestion des risques dans les établissements de santé
- Travaux dirigés sur l'analyse d'un EIAS

De même, le coordonnateur nous apprend que cette démarche est aussi enseignée dans les écoles d'infirmiers spécialisés. En effet, l'arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation IADE précise que la compétence 4 vise à « Assurer et analyser la qualité et la sécurité en anesthésie et réanimation »⁷⁵. Cette compétence est déclinée dans l'unité d'enseignement 4.5 « qualité et gestion des risques ». Le même type d'enseignement est aussi dispensé à l'école d'IBODE.

Pour autant, alors que des objectifs pédagogiques sont identiques en termes de qualité et de sécurité, alors même que les élèves IADE et IBODE vont exercer ensemble dans des environnements professionnels identiques, aucune unité d'enseignement ne se fait en commun au sein des écoles. Les élèves se croisent sur les terrains de stage mais bien que les locaux des écoles soient voisins, « *on ne se mélange pas* ». Le coordonnateur des instituts nous dit que « *cela a toujours ainsi, avant il y avait un DS dans chaque institut donc c'était assez cloisonné* ». Il semble que, malgré la présence désormais d'un coordonnateur des instituts, ce manque de transversalité soit toujours d'actualité.

⁷⁴ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

⁷⁵ Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

2.2.3 Les freins à la construction d'une culture sécurité d'équipe au bloc opératoire

A. La relation duelle chirurgiens/anesthésistes...

Dans son film documentaire « Burning out, dans le ventre de l'hôpital »⁷⁶ diffusé sur Arte en octobre 2017, le réalisateur Jérôme le Maire a suivi durant deux ans les membres du bloc opératoire de l'hôpital Saint-Louis à Paris. Un tableau plutôt sombre qui nous montre des situations de tensions, de souffrance avec en particulier des problématiques de communication et de conflits entre les professionnels. Ce constat nous est confirmé par les deux cadres de bloc interrogés. Selon eux, les conflits se concentrent essentiellement entre les chirurgiens et les anesthésistes, les termes utilisés oscillent entre « tensions » et « guerre ».

Pour le cadre du CH, « *ils sont comme chien et chat, chacun défend ses intérêts, ils ne lâchent rien* ». Le cadre du CHU fait le même constat : « *Entre eux c'est la guerre, avant chaque chirurgien avait son anesthésiste, c'était tendu mais ça se passait. Les chirurgiens choisissaient leurs anesthésistes pour travailler avec eux, en contre partie les anesthésistes acceptaient de se soumettre aux exigences du patron* ». Cette forme de domination de la chirurgie sur l'anesthésie nous rappelle que la construction de la spécialisation d'anesthésiste en tant que discipline autonome est relativement récente. Yann Faure note que, jusqu'à la seconde guerre mondiale, la responsabilité de l'anesthésie revient, en France, « à n'importe quelle personne disponible, chauffeur du chirurgien, étudiant externe, garçon de salle ou religieuse »⁷⁷. La spécialité émerge progressivement à partir des années 1945 et l'anesthésie réanimation devient une spécialité médicale en 1966. Donc, petit à petit mais de façon inéluctable l'anesthésie s'affranchit de la chirurgie et de l'autorité absolue du chirurgien pour acquérir sa propre autonomie. En ce sens un anesthésiste confirme « *je suis praticien au même titre que le chirurgien, je refuse toute tentative d'ingérence de sa part dans mon activité, il n'est pas mon supérieur* ».

Dans sa description du rapport de domination du chirurgien sur l'anesthésiste, le cadre du CH évoque une sorte de contrat synallagmatique entre ces deux catégories. Chacun y trouvait son compte, une certaine forme de consensus opérait. Il semble qu'avec l'arrivée des nouvelles générations de chirurgiens mais aussi d'anesthésistes, ce schéma d'autrefois pose problème, ainsi pour Sainsaulieu « La relation anesthésistes-médecins (...) relève de moins en moins de la domination pure, et de plus en plus du

⁷⁶ <http://www.burning-out-film.com>

⁷⁷ FAURE, Y., « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, n° 156-157, mars, p. 102

conflit d'intérêt »⁷⁸. Pour le chirurgien du CHU, l'objectif de l'anesthésiste est « *de l'empêcher de travailler et d'opérer les patients* », l'anesthésiste voit cela d'un tout autre œil « *les chirurgiens de comprennent pas que nous sommes responsables de plusieurs salles d'opération. Ils ne voient que leur intérêt et leur salle* ».

Ces conflits menaçant l'organisation des blocs opératoires ont amené l'Ordre National des Médecins à publier en 2001 un texte de « *Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé* ». Ce document de vingt pages insiste sur le nécessaire consensus entre les différentes spécialités mais aussi entre les Hommes : « *Cette union sacrée ne dépend que des Hommes, de leur capacité à dépasser des intérêts individuels au bénéfice de l'intérêt du patient qui reste la mission essentielle* »⁷⁹.

B. ...et le mimétisme des soignants

Il est surprenant de voir comment les paramédicaux s'approprient les attitudes, les comportements des médecins. Une forme de mimétisme existe des IADE envers les anesthésistes et des IBODE envers les chirurgiens. Certains utilisent d'ailleurs les mêmes termes et expressions que leurs collègues médecins. Lors des entretiens des personnels du bloc, nous avons été surpris de l'utilisation de métaphores militaires ou guerrières dans leur discours, en particulier les paramédicaux.

Pour Alain-Charles MASQUELET, « *l'activité opératoire quotidienne d'un service de chirurgie s'apparente à une véritable campagne militaire, l'ennemi à vaincre est l'adversité de la maladie ou du traumatisme* »⁸⁰, ce dernier voit même dans la salle d'intervention, « *un théâtre des opérations où la main armée de l'outil, de l'instrument ou de l'appareil ne fait qu'un avec l'opérateur* »⁸¹. Ainsi une IBODE nous apprend « *c'est parfois un champ de bataille en salle d'opération* » entre les personnels au bloc et en particulier avec les IADE qui se « *se battent pour gagner du terrain sur nous* ». Pour un autre, une salle d'opération ressemble à « *une arène avec des gladiateurs* »...

D'après M.C. POUCHELLE, « *le goût du risque, l'excitation à braver la mort et à faire triompher la vie sont communs aux chirurgiens et aux combattants, même s'ils n'y sont pas impliqués de la même manière* »⁸². Malgré l'hippocratique *primum non nocere* (*d'abord ne pas nuire*, en latin), professionnels du bloc opératoire et guerriers se

⁷⁸ SAINSAULIEU, I., *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*, 2003, p. 178

⁷⁹ Ordre National des Médecins, « *Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé* », <http://www.sfar.org/docs/articles/81cnomanesth.pdf>, p. 3

⁸⁰ MASQUELET, A.C., « *La fonction de chef de service en milieu hospitalier* », *Cités*, n°6, 2001/2, p. 138

⁸¹ Id.

⁸² POUCHELLE, M.C., *L'hôpital ou le théâtre des opérations, essais d'anthropologie hospitalière*, op. cit., p. 28

rejoignent ainsi sur ce théâtre des opérations, *theater* désigne du reste en anglais la salle d'opération.

C. La fusion des deux blocs opératoire, se fondre pour se confondre

Au CHU, le bloc opératoire central polyvalent est issu de la fusion en 2016 de deux blocs de spécialités séparées jusqu'alors. Ce contexte de fusion n'est pas sans poser de problèmes identitaires et d'organisation pour l'ensemble des acteurs.

Pour le cadre, la réunification a été très difficile pour l'équipe, « *les personnels avaient leurs habitudes, leurs rythmes, leurs repères. Cela chamboule toutes les organisations, ils ne savent plus trop où ils sont, j'ai l'impression qu'ils sont sous le choc* ». Ces restructurations représentent un traumatisme par le fait qu'elles sont souvent associées à la disparition d'une organisation et d'une équipe « qui étaient vécues avec tant de proximité et d'intimité qu'elles prennent une valeur de deuil »⁸³. La disparition brutale des normes de travail déstabilise les identités professionnelles d'abord et les identités individuelles ensuite en passant par les différentes étapes du deuil : déni, colère, marchandage, tristesse, acceptation. Ce processus inéluctable dont l'intensité et la durée dépendent du degré d'implication des personnes, peut influencer fortement leurs capacités à se projeter dans l'avenir et à travailler avec une nouvelle équipe.

Le cadre précise, « *avant nous étions dans un petit bloc familial, il faut reconnaître que ça n'était pas très bien organisé et assez couteux en matériel et en personnel. Désormais on a l'impression d'être à l'usine avec des flux et des chaînes de production optimisées, c'est une révolution* ». La référence à l'usine, en parlant de la nouvelle équipe, peut traduire le ressenti des soignants face à la rationalité qui s'impose, celle de la productivité, du rationnement, de la procédure⁸⁴. De plus, elle confirme l'éloignement de « *l'esprit de famille* » qui régnait dans l'équipe précédente, plus petite, plus fusionnelle.

Pour son collègue cadre, cette fusion « *crée beaucoup de tensions au sein de l'équipe, il y a même des agents qui prévoient de quitter le service* ». En effet, une restructuration d'équipe n'est pas seulement une rupture, c'est aussi un apprentissage collectif de nouveaux modèles relationnels, de nouveaux modes de raisonnements, de nouvelles capacités collectives.

Dans ce contexte, la notion de résistance est rationnelle, légitime, prévisible et inévitable⁸⁵. Elle serait justifiée, au niveau individuel, par les craintes, les peurs et les appréhensions déclenchées par l'abandon de ce qui était acquis et satisfaisant dans la

⁸³ DUMOND J.P., 2006, « Les professionnels de la santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 24, n°4, p. 99

⁸⁴ SAINSAULIEU I., op. cit., p. 97

⁸⁵ FRIEDBERG, E., « L'analyse sociologique des organisations », revue *POUR*, 1988, n° 28, p. 97

situation antérieure : perte de sécurité, perte de pouvoir, de compétences, de ses relations sociales, perte de territoire.

2.2.4 Le conseil de bloc, un levier de promotion de la culture sécurité d'équipe

Le CGS du CHU nous informe du caractère primordial de sa présence à tous les conseils de bloc. Selon lui, cette instance « *constitue une porte d'entrée sur le bloc opératoire dont je ne peux pas faire l'impasse* ». Instance réglementaire⁸⁶, présidée par un praticien désigné pour trois ans par le chef d'établissement et, à ce titre, responsable de l'organisation du secteur opératoire, elle a pour mission de :

- définir les règles de planification et de programmation au regard du bilan d'activité de chaque discipline, les faire appliquer et réviser au moins une fois par an
- rédiger une charte de fonctionnement du bloc opératoire et veiller à son application. S'assurer de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation des processus de qualité et sécurité des soins décrits dans la charte

Pour le DS du CH, « *cela me permet d'être au contact direct des utilisateurs du bloc opératoire, d'échanger avec eux sur les différents thèmes et problématiques* ». Par le biais de la charte de bloc, les règles sont instaurées et pour le CGS « *ma présence permet aussi de montrer mon soutien au chef de bloc qui est un CSS* ». Le DS du CH voit cette instance comme « *un moyen de fédérer les membres du bloc opératoire autour de projets communs, à tête reposée et en dehors des turbulences du bloc* ». Dans la mesure où chaque profession exerçant au bloc opératoire est représentée au conseil de bloc, cette instance résolument pluridisciplinaire constitue un endroit idéal pour communiquer, informer, discuter. Pour certaines questions, comme la révision des vacances ou pour proposer des améliorations de fonctionnement du bloc opératoire, il peut se réunir en séance élargie aux représentants des différents intervenants au bloc opératoire, prenant alors l'appellation de « *commission des utilisateurs du bloc* ». La cellule stratégique et opérationnelle de cette instance est le bureau du conseil de bloc. Il est animé par le Président du conseil de bloc, le PCME et le CGS en sont membres. Pour le CGS du CHU sa présence lui permet « *de définir les orientations stratégiques en lien avec la communauté médicale* », tout en étant vigilant aux enjeux de qualité et sécurité des soins.

⁸⁶ Circulaire DH/FH n° 2000-264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé

2.2.5 Synthèse de ce que l'enquête nous a appris

A. Des projets engagés en matière de qualité et sécurité des soins mais un manque de coordination et d'accompagnement

Dans les deux établissements de santé, la qualité et la sécurité des soins sont déclinées clairement dans les projets d'établissements. Les projets médicaux, de soins, sociaux, qualité sont tous être construits sur le même mode, en parallèle, les uns à coté des autres. Il en résulte une impression de prise en charge sectorielle et cloisonnée de la gestion des risques. Malgré la présence dans les deux établissements d'un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, il manque des liens entre les différents projets d'où cette impression de superposition. La lecture de ces projets les uns après les autres ne permet pas d'avoir une vision globale de la politique en matière de gestion des risques et de lutte contre les EIAS.

Concernant la mise en place et l'utilisation de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire », sa réussite est liée à la préparation, à l'accompagnement et au suivi de la mise en oeuvre sur le terrain. La modification des habitudes de travail induite par cet outil nécessite du temps et ne peut pas s'exercer dans l'urgence au risque de ne pas obtenir l'adhésion de l'ensemble des protagonistes.

B. Un manque de transversalité dans les formations initiales

Les formations initiales des IDE, IADE, IBODE abordent toutes la question de la gestion de risques et de la lutte contre les EIAS. Des enseignements théoriques et pratiques sont dispensés au sein de chaque école dont certains abordent les mêmes thématiques. Pour autant l'interfiliarité n'est pas envisagée alors même que les étudiants se croisent et travaillent ensemble dans les terrains de stage. La construction d'une culture sécurité d'équipe en transversalité pourrait pourtant s'envisager dès la formation initiale.

C. Un secteur sous tension

Il est ressorti des entretiens que le bloc opératoire, même s'il apparaît comme un haut lieu de technicité et de spécialité, n'en demeure pas moins un lieu profondément humain où l'Homme travaille « sur l'Homme et avec l'Homme ». Ces individus ont des personnalités, des logiques, des intérêts, des points de vue propres qui parfois entrent en

tension. Chaque membre du groupe cherche alors à atteindre des objectifs personnels, différents et parfois incompatibles. Il en découle des luttes de pouvoir essentiellement entre chirurgiens, anesthésistes et infirmiers.

D. Le conseil de bloc, un outil de régulation

Dans l'organisation d'un bloc opératoire, toute la difficulté réside dans la modération des différentes logiques. La clé d'une prise en charge de qualité est le respect des compétences de chacun qui passe par une communication adaptée, mais aussi par une juste application de la réglementation.

Jean-Daniel REYNAUD définit la règle comme « Un principe organisateur. Elle peut prendre la forme d'une injonction ou d'une interdiction visant à déterminer strictement un comportement. Mais elle est le plus souvent un guide d'action, un étalon qui permet de porter un jugement, un modèle qui oriente l'action »⁸⁷.

Les règles constituent la condition de toute vie en commun, elles s'imposent d'autant plus que les groupes et les rationalités diffèrent ou divergent. Elles permettent d'établir des procédures de travail et de décision afin d' « émettre ou admettre certaines normes communes, souvent implicites, qui façonnent l'appartenance des professionnels au collectif »⁸⁸.

Au bloc opératoire, le législateur, en insistant sur l'établissement de règles communes érigées par le conseil de bloc à travers notamment une charte de fonctionnement, a souhaité encourager les acteurs à structurer leurs décisions et à rendre visible leur fonctionnement.

2.2.6 Les réponses à nos hypothèses

Notre travail cherche à appréhender la question de la culture sécurité d'équipe au travers d'un focus sur la mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire ».

Nous cherchons en particulier à identifier les leviers et les freins pour le directeur des soins dans la construction d'une culture sécurité, dans l'équipe du bloc opératoire, mais aussi au sein de l'établissement.

⁸⁷ REYNAUD, J.D., *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale*, 1997, Préface p. XVI

⁸⁸ ANZIEU, D., op. cit., p. 58

Hypothèse n°1 : La construction d'une culture sécurité d'équipe relève d'une politique institutionnelle intégrée (engagement direction, mobilisation ligne managériale, implication agents)

Cette hypothèse est en partie vérifiée.

Le CH et le CHU ont mis en place une politique globale de gestion des risques et de lutte contre les EIAS. De nombreux partenaires sont impliqués dans cette démarche : cellule qualité, direction des soins, équipes médicales, équipes soignantes. Au sein de chaque pôle, la politique institutionnelle en matière de qualité sécurité est déclinée sous forme d'objectifs contractualisés. Des efforts sont à poursuivre en matière de convergence des projets médicaux et soignants notamment. Sur le terrain, les acteurs ne sont pas toujours bien informés et associés aux projets ce qui limite la réussite de la mise en place de nouvelles procédures ou de nouveaux outils comme la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire ».

Hypothèse n°2 : La formation initiale est contributive à l'acquisition d'une culture qualité et sécurité des soins

Cette hypothèse est en partie validée

Dans chaque filière de formation, la gestion des risques et la lutte contre les EIAS sont enseignés tels que le précisent les textes réglementaires. Des apports théoriques et pratiques abordent les différents aspects auxquelles seront confrontés les étudiants dans leur futur exercice. Pour autant, la question du travail en équipe comme bouclier contre les EIAS n'est pas approfondie. De même, les enseignements en interfiliarité, alors qu'ils participeraient à la construction d'une culture d'équipe ne sont pas favorisés.

Hypothèse n°3 : Les conflits au bloc opératoire sont un frein à la construction d'une culture sécurité d'équipe.

Cette hypothèse est validée

Les tensions, les divisions et les oppositions entre professionnels sont des éléments défavorables dans une dynamique de construction d'une culture commune et du « vivre ensemble ». La mise en place d'outils de type check-list permet une meilleure communication, un partage d'information qui contribue à apaiser les tensions entre les IBODE et les IADE en particulier.

Hypothèse n°4 : Les instances de type conseil de bloc sont un levier au service du directeur des soins pour fédérer les acteurs et promouvoir une culture sécurité commune

Cette hypothèse est en partie validée

Les directeurs des soins plébiscitent cette instance et pensent que leur place y est évidente. Le conseil de bloc donne de la légitimité à l'action de l'encadrement et consolide

les organisations de travail. Le DS y joue un rôle de facilitateur et de soutien vis à vis de l'encadrement. La représentativité et la composition de cette instance offre la possibilité de communiquer avec l'ensemble des professions exerçant au bloc opératoire.

Ces différents constats issus de la phase exploratoire nous amène à réfléchir sur notre positionnement à venir et notre en tant que directeur des soins, afin de contribuer à la construction d'une culture sécurité, que ce soit dans l'équipe du bloc opératoire, mais aussi au sein de l'établissement.

3. Le leadership du directeur des soins pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients

Le rôle des managers dans le déploiement d'une culture sécurité à l'hôpital a été étudié en 2017 dans le cadre d'un projet de recherche « Emeraudes » (engagement des managers dans l'amélioration de la culture sécurité en établissement de santé), mené par le CCECQA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine) et porté par le CH d'Agen. Le rapport provisoire montre que la culture de sécurité en établissement de santé est surtout de type « réglé » avec une accumulation de normes et de réglementations liés à la démarche de certification. Ces exigences sont vécues par les soignants comme des contraintes administratives ne facilitant pas le travail.

L'enjeu actuel est donc d'évoluer vers une culture de sécurité intégrée qui favorise l'implication à la fois de la ligne managériale et de tous les professionnels afin que chacun se sente responsable et engagé dans la sécurité des soins.

3.1 Promouvoir le travail en équipe par une formation spécifique

Travailler efficacement ensemble afin de dispenser des soins sécurisés et de qualité ne se décrète pas, c'est un construit qui nécessite du temps, de l'accompagnement et de la formation. Nous avons dans notre enquête les problématiques que les tensions et les conflits au sein des équipes du bloc opératoire pouvaient avoir diverses origines et prendre diverses formes.

La culture sécurité d'équipe relève des façons d'agir des pratiques communes, mais aussi des façons de ressentir et de penser partagées en matière de sécurité des soins. L'axe 3 du Programme National pour la Sécurité des Patients, « Formation, culture de sécurité, appui » définit certains objectifs en vue d'améliorer la culture sécurité :

- développer le retour d'expérience
- s'appuyer sur la pluri professionnalité et l'équipe
- renforcer la place de la sécurité des soins dans les formations initiales et continue
- développer l'utilisation de méthodes innovantes

En termes de formation pour travailler en équipe, trois dimensions sont indissociables :

- les connaissances : nécessaires pour comprendre (savoir)
- les aptitudes : nécessaires pour agir (savoir faire), les compétences, l'entraînement
- les valeurs : associées à l'action (savoir être), les attitudes, les comportements

3.1.1 Les connaissances

Initié par la loi dite Hôpital, Patients, Santé et Territoires de 2009 et adapté par la loi de Modernisation de notre système de santé en 2016, le Développement Professionnel Continu (DPC) a pour objectifs :

- l'évaluation des pratiques professionnelles
- le perfectionnement des connaissances
- l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé⁸⁹

Il s'adresse à l'ensemble de professionnels de santé et il constitue une obligation quel que soit le mode d'exercice.

3.1.2 Les aptitudes

La HAS définit la simulation en santé comme suit : « Le terme simulation en santé correspond à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels.» On parle donc de simulation en santé lors d'une mise en situation simulée (et filmée) d'un professionnel ou d'une équipe selon un protocole préétabli (Briefing, mise en situation suivant un scénario, débriefing), à l'aide de matériel spécifique (type mannequin) ou d'acteurs pour la séance de simulation.

L'entraînement avec simulation en santé permet un entraînement selon le principe du « jamais sur le patient la première fois » :

- à des gestes techniques
- à la mise en œuvre de procédures
- au raisonnement clinique
- à des comportements, des attitudes
- à la gestion des risques

Cette technique intéresse tous les professionnels de santé et toutes les disciplines ou spécialités. Elle a sa place en formation initiale comme en formation continue. En ce qui concerne le bloc opératoire cette méthode est tout particulièrement adaptée dans la

⁸⁹ Loi n°2009.878 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art. L.4133-1

mesure où elle permet aux différents professions (IADE, IBODE, anesthésistes, chirurgiens) de s'entraîner ensemble dans une même situation simulée.

3.1.3 Les valeurs et les attitudes

Selon Benjamin Franklin « échouer à se préparer, c'est se préparer à échouer », agir sur les attitudes en permettant d'améliorer la qualité du travail et la performance en équipe nécessite donc de s'entraîner, de se préparer. Des outils se sont ainsi développés pour vaincre les obstacles au travail en équipe :

- Médical team training : « TeamSTEPPS⁹⁰ » est un concept de formation au travail en équipe développé au Etats-Unis. Il est fondé sur une combinaison de recherches scientifiques, d'expériences et inclut un ensemble d'outils de communication de conduite d'équipe, de monitoring de situation et de soutien mutuel.
- Crew Resource Management (CRM) : « PACTE⁹¹ » est un programme piloté par la HAS depuis 2013, il est basé sur un engagement volontaire d'équipes pluri professionnelles qui se rassemblent autour d'une problématique liée à la prise en charge d'un patient. Il aide ces équipes à travailler sur les facteurs organisationnels et humains en utilisant une méthode d'animation qui s'inspire de la formation organisée pour les équipages en aviation adaptée au secteur de la santé sous le nom de « CRM-santé ». L'expérimentation ce programme par soixante-dix équipes actuellement devrait consolider la méthode, les outils et la faisabilité de le développer à plus grande échelle.

Ainsi, ces programmes d'entraînement doivent améliorer les pratiques collectives et ainsi constituer, pour l'équipe :

- Une amélioration de la communication, de la collégialité et de la qualité du travail en équipe notamment au bloc opératoire
- Une augmentation du sentiment de satisfaction et du climat de sécurité, une baisse du stress
- Une amélioration de la performance de l'équipe

⁹⁰ STAINES et al., 2016, « TeamSTEPPS : des outils de travail en équipe pour la sécurité des patients », *Risques et qualité*, vol. 13, n°3, pp. 159-163

⁹¹ MAY-MICHELANGELO L. et al., septembre 2015, « Le travail en équipe, un enjeu de sécurité du patient », *Techniques Hospitalières*, n°753, pp. 39-42

Et pour le patient :

- Une amélioration de la sécurité et de la satisfaction
- Une réduction des événements indésirables et de la mortalité

3.2 Vers un développement du leadership en sécurité des soins

La promotion de la culture sécurité ne peut pas se concevoir sans l'engagement de l'ensemble de la hiérarchie et sa prise en compte effective dans les pratiques managériales. Pour le directeur des soins, il s'agira de traduire les principes généraux du leadership en pratiques concrètes sur le terrain.

3.2.1 Créer sa propre vision sécurité

En cohérence avec les valeurs et les principes de management, afin de donner du sens aux politiques de gestion des risques, le directeur des soins doit porter sa propre vision de la qualité et de la sécurité des soins. Le DS décide dans son champ de compétences, les stratégies et les orientations opérationnelles favorable au développement d'une culture sécurité. La sécurité du patient est un sujet qui doit être porté explicitement par le projet d'établissement et ses instances, dans le cadre d'un dispositif global de gestion des risques associé aux soins, tel que le prévoit la réglementation en vigueur (décret 2010-1408 du 12 novembre 2010). Le DS membre de l'équipe de direction est à l'interface des autres directions fonctionnelles, il est le partenaire privilégié du PCME pour toutes questions relatives à l'organisation de soins. Son implication dans la promotion d'une politique de qualité des soins se traduit par :

- sa capacité à intégrer la dimension qualité et sécurité dans le projet de soins infirmiers, rééducation et médico-techniques
- son engagement dans la promotion de la qualité au travers de son management des cadres de santé
- par la stratégie mise en œuvre afin de contribuer à l'amélioration des pratiques de soins

3.2.2 Donner à la sécurité la place qui lui revient

La légitimité du DS, liée à son expérience professionnelle et à sa formation, lui confère une capacité à influencer et à être force de proposition dans la définition des axes opérationnels promouvant la qualité des soins dans les différents projets. En intégrant et

en pilotant ainsi la sécurité à tous les niveaux de l'organisation et du management, il lui donne une place incontournable. Par exemple, en tant que président de la CSIRMT, le CGS dispose d'un levier stratégique pour la conduite d'un programme d'actions en matière de promotion de la qualité et de la sécurité des soins. La consultation de cette instance est obligatoire pour avis avant toute décision du Conseil de Surveillance. Ainsi, elle est un levier pour développer une politique qualité et sécurité des soins en cohérence avec le projet de soins, le projet médical et la politique qualité de l'établissement.

3.2.3 Faire partager la vision sécurité

Influencer, convaincre et favoriser la remontée d'information notamment par l'encadrement supérieur et de proximité en aussi un enjeu pour le DS. En effet, les CS et les CSS ont un rôle déterminant dans la maîtrise des organisations et dans la déclinaison des projets institutionnels. Communiquer clairement et avec pertinence auprès des cadres, renouveler les messages pour entretenir la vigilance, rappeler les objectifs sont des enjeux importants pour le directeur des soins. Les cadres, par leur connaissance des organisations et des ressources humaines sont des alliés précieux pour le DS afin de relayer et faire partager sa vision sécurité, ils sont aussi le recours auprès des acteurs de terrain. Ces collaborateurs du DS doivent alors maîtriser les démarches qualité, les outils qualité et la veille des évolutions de la politique qualité. En terme d'information, un plan de communication sur la qualité et la gestion des risques intégrant les stratégies institutionnelles est essentiel pour une construction d'une culture sécurité d'établissement.

3.2.4 Etre crédible, agir avec exemplarité et cohérence

Le directeur des soins peut s'impliquer personnellement en démontrant au quotidien par son écoute, son attitude, ses décisions, l'importance et le soin qu'il accorde à la sécurité. Le CGS, membre de droit du directoire, participe aux choix politiques et stratégiques de l'établissement. Il peut influencer les débats et les questionnements autour de la qualité et de la sécurité des soins. Sa connaissance des pratiques soignantes, des organisations des services de soins et médico-techniques en font un partenaire incontournable pour la définition d'orientations institutionnelles. Nous avons vu lors de la phase exploratoire l'importance que les DS accordent à siéger au conseil de bloc. Participer aux différentes commissions, comités, instances est un signe de cohérence et d'exemplarité, l'enjeu majeur est d'investir les sujets et les arbitrages autour de la question de la qualité et de la sécurité des soins.

3.2.5 Favoriser l'esprit d'équipe et la coopération transversale

La transversalité est une notion essentielle à prendre en compte. La collaboration, la participation, l'entraide sont des aspects importants pour favoriser le « vivre ensemble », afin de dépasser les représentations individuelles pour une vision collective du risque. La démarche de gestion des risques nécessite la participation de tous les professionnels de l'établissement, administratifs, techniques, médicaux, paramédicaux et à tous les niveaux. Le DS, inscrit dans une cohérence institutionnelle et d'analyse des pratiques, doit encourager les partages d'expériences, de points de vue, de construction du sens commun au travail pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Au niveau opérationnel il s'agit de développer les échanges, le décroisement, le travail de groupe pluridisciplinaire pour résoudre les problèmes de sécurité et partager les bonnes pratiques.

3.2.6 Etre présent sur le terrain

Par une attitude de « walking management », observer, écouter et communiquer efficacement. Organiser des rencontres formelles ou informelles, des visites avec les acteurs de terrain pour échanger sur les questions de sécurité. Cette attitude de « manager baladeur » ou « Management By Walking Around (MBWA)⁹² » ne doit pas être ressentie de la part des acteurs de terrain comme étant des contrôles de la direction.

3.2.7 Reconnaître et valoriser les bonnes pratiques

Nous avons montré lors de l'enquête exploratoire, que parler d'erreur (notamment d'erreur de côté) au bloc opératoire est encore difficile pour les agents. Cela n'est pas identifié comme l'opportunité de permettre l'apprentissage, mais plutôt ressenti comme un « non problème » ne méritant pas tant d'égard.

Le développement d'une culture positive de l'erreur nécessite un engagement de la direction de l'établissement, des actions fortes peuvent être mise en place avec le soutien du DS.

⁹² PETERS T., AUSTIN N., 1985, *La passion de l'excellence*, Paris, InterEditions, pp. 35-62
Anthony DELRIEU - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2017

- Le retour d'expérience :

Valoriser le retour d'expérience de type Comité de Retour d'Expérience (CREX) ou Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM), l'analyse collective, pluri professionnelle et systémique des événements passés (Evaluation des Pratiques Professionnelles). En apprenant à reconnaître les situations qui étaient à risque d'incident ou d'accident pour en comprendre les causes, les professionnels peuvent en déduire la prévention. Ainsi, le signalement et l'analyse des événements indésirables participent à la construction de la sécurité des soins.

- Le signalement :

Savoir apprendre de ses erreurs est un axe fondamental de la culture sécurité de soins. Au delà des aspects règlementaires et normatifs, dont les exigences sont nombreuses (vigilances, prévention des infections nosocomiales, signalement des EIAS, CREX, RMM...), le Programme National Sécurité des Patients (PNSP) souhaite améliorer la sécurité des soins par l'enseignement d'une culture sécurité et la promotion des signalements. Tous les acteurs de l'équipe soignante, quelque soient leur grade ou leur fonction, doivent pouvoir signaler une erreur, et s'exprimer sur tous les sujets qui concernent la sécurité du patient, sans aucune crainte de sanction. La promotion d'une culture sécurité passe ainsi par la valorisation du signalement mais aussi du signalant. Une charte de non punition peut être un levier afin d'encourager les signalements des EIAS.

Par ailleurs, construire une culture sécurité d'équipe justifie d'analyser aussi attentivement les succès que les erreurs. Sur le principe des fiches de signalements d'événements indésirables, il serait intéressant d'essayer la mise en place de « feuilles d'événements désirables ». Ces feuilles seraient centralisées et analysées par la cellule opérationnelle de gestion des risques. Cela permettrait non seulement de ne pas tomber dans la sinistrose mais aussi de communiquer sur ce qui fonctionne bien, de valoriser et de féliciter les équipes concernées.

3.3 Renforcer la place du patient

Plus aucun patient n'ignore que les soins peuvent comporter des risques, et l'évènement redouté sera d'autant plus mal vécu qu'il surviendra dans un contexte

d'information insuffisamment partagé, incomprise ou erronée. Aujourd'hui, les patients accumulent tant d'informations que les professionnels de santé doivent faire davantage preuve de capacité d'écoute, de pédagogie, d'aptitude à l'explication simple et compréhensible. Le savoir être dans cette relation s'apparente davantage à un partenariat soignant-soigné qu'à toute forme de position autoritaire ou dominante.

Donner une place accrue au patient en matière de sécurité des soins suppose de lui permettre de signaler les anomalies qu'il aurait constatées dans son parcours de soins et de prendre en considération son signalement, d'analyser et communiquer avec lui les indicateurs disponibles en matière de sécurité des soins.

Le patient partenaire pour la qualité et la sécurité des soins sous entend qu'il fait partie de l'équipe, il n'est plus en marge. Dès lors, la construction d'une culture sécurité d'équipe doit intégrer le patient partenaire en son sein. Au niveau des instances, l'usager est déjà représenté en particulier à la Commission Des Usagers et au Conseil de Surveillance. Mais il est possible d'aller au delà en l'invitant à la CSIRMT ou à tous les groupes de travail dès l'instant où il est question d'organisation des soins et de lutte contre les EIAS. En ce sens, l'axe 1 du Programme National pour la Sécurité des Patients « Patient co-acteur de sa sécurité» place le patient au cœur du système en favorisant une évolution des comportements génératrice d'une sécurité des soins accrue. L'objectif est de développer une relation soignant-soigné plus équilibrée dans une logique partenariale.

Conclusion

Depuis plus de vingt ans, la qualité et la sécurité des soins en établissement de santé sont devenues les préoccupations des politiques, des professionnels de santé et des usagers. En ce sens, les organisations hospitalières se sont progressivement optimisées et dotées d'outils sécurisants, pour une offre de soins de meilleure qualité et plus sécurisée. Ainsi, en imposant la mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire », la HAS a souhaité doter les établissements de santé d'un outil jugé essentiel pour la prévention des risques liés à l'activité chirurgicale. L'objectif de la check-list est de fournir aux équipes qui travaillent au bloc opératoire un outil simple et efficace de contrôles prioritaires à effectuer systématiquement. Cette démarche a fait la preuve de son efficacité pour améliorer le travail d'équipe, la communication inter professionnelle et pour favoriser une considération active de la sécurité des patients à chaque intervention. Pour autant, différentes études ont montré qu'elle n'était pas utilisée de façon optimale tant sur les aspects quantitatifs que qualitatifs.

Dans ce contexte, l'objectif de notre enquête a tout d'abord été d'identifier les éventuelles barrières d'ordre culturelles entravant l'intégration de ce type d'outil dans les pratiques quotidiennes des professionnels. D'autre part, nous avons abordé les leviers au service du DS pour promouvoir une culture sécurité d'équipe au bloc opératoire et au sein de l'établissement.

Après analyse, il en ressort que la mise en place d'une check-list « sécurité du patients au bloc opératoire » est un outil qui permet de participer à la construction d'une culture sécurité d'équipe dans la mesure où elle permet aux professionnels de partager, de communiquer ensemble. Néanmoins, l'implantation de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » nécessite du temps, un accompagnement et de la formation pour modifier la culture sécurité. La mise en place de la check-list est un réel changement de culture qui se traduit par une modification de l'organisation du travail et des pratiques professionnelles. Il faut que chacun trouve sa place et modifie sa culture, ses habitudes et que tous les personnels exerçant au sein d'une même structure se sentent concernés par cette procédure. Celle-ci ne peut être utile que si elle est réalisée de manière conjointe entre tous les membres de l'équipe en renforçant la communication entre les acteurs du bloc opératoire.

La notion de culture sécurité, dimension du concept plus global de culture organisationnelle, se concrétise et s'éprouve au quotidien dans les discours et les actes. Une forte culture sécurité doit permettre de mobiliser les professionnels de santé autour des problèmes de sécurité des soins et d'obtenir leur adhésion aux dispositifs de sécurisation de soins. Cela implique que chacun se sente responsable de la sécurité des soins par son activité et puisse interagir en ce sens avec tous les acteurs concernés. Au bloc opératoire, la meilleure façon de promouvoir le travail en équipe, c'est encore que les membres de l'équipe travaillent ensemble sur le sujet qui les rassemble, la prise en charge des patients. Pour cela, l'implication du management, administratif soignant médical, est essentiel.

Au final, la construction d'une culture sécurité d'équipe suppose une approche intégrée de la sécurité, à travers des actions cohérentes sur les dimensions techniques, le management de la sécurité, les facteurs humains et organisationnels.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires, rapports, cours :

- ANAES, 2003, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, rapport de l'Agence Nationale, de l'Accréditation et d'Evaluation
- Circulaire DH/FH n° 2000-264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé
- Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées, *Risques au bloc opératoire : cartographie et gestion*, 2008
- Loi n°2009.878 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, art. L.4133-1
- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier
- Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière
- BESSON, R., 2010, *Analyse qualitative des données*, cours IFCS CHU Bordeaux
- Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- Haute Autorité de Santé, 2010, « La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique »
- Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

- Haute Autorité de Santé, 2012, « Etude sur l'implantation et l'utilisation de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire »
- Haute Autorité de Santé, 2016, « La check-list sécurité du patient au bloc opératoire »
- Ordre National des Médecins, « Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé », <http://www.sfar.org/docs/articles/81cnomanesth.pdf>, p. 3

Références internet :

- BAKER J. A. et al., 2007, The report of the B.P. US re neries independent safety review panel, <http://www.bp.com/bakerpanelreport>
- VINCENT C., 2012, The essentiels of patient safety, <http://www.chfg.org/wp-content/uploads/2012/03/Vincent-Essentials-of-Patient-Safety-2012.pdf>
- Agence pour l'énergie nucléaire, 1999, « *Le rôle de l'autorité de sureté dans la promotion et l'évaluation de la culture de sureté* », www.nea.fr/html/nsd/reports/nea1547-Murley.pdf
- <http://www.burning-out-film.com>
- <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins>
- <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/plan-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp/pnsp>
- http://www.cng.santé.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_DDS.pdf
- https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2008/06/Referentiel-de-competences_MAJNOV16.pdf

- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, juin 2006, « Le travail en équipe dans les services de santé : Promouvoir un travail en équipe efficace dans les services au Canada », recommandations et synthèse pour politiques,
http://www.fcasscfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/commissionResearch/teamwork-synthesis-report_f.pdf
- Baker J. et al, 2007, The report of the B.P. US re neries independent safety review panel. Rapport technique. Disponible à l'URL :
<http://www.bp.com/bakerpanelreport>.
- http://www.jointcommission.org/assets/1/18/root_causes_by_event_type_2004-2014.pdf
- <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>
- Health and Safety Executive (HSE). A review of safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit. Research report 367, 2005, United Kingdom. <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr367.pdf>
- Hospital Survey on Patient Safety Culture. April 2010. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospindex.htm>

Ouvrages :

- ANZIEU D., 1997, *La dynamique des groupes restreints*, Paris, PUF, 11^{ème} édition, p. 57
- AUGÉ M., 1993, *Le sens des autres, Actualités de l'anthropologie*, Paris, Fayard, p. 49
- AUGÉ M., COLLEYN J.P., 2009, *L'anthropologie*, PUF, p. 26
- BROCA P., 1889, *Mémoires d'anthropologie*, p. 1
- CRESSON G., DRULHE M., SCHWEYER F.X., 2003, « *Système(s) de santé entre conflits et coopérations* », *Coopération, conflit et concurrence dans le système de santé*, p.12

- CROS M., DORY D., 1996, *Terrains de passage : Rites de jeunesse dans une province Française*, pp. 155-163
- DEVILLARD O., 2005, *Dynamiques d'équipes*, Paris, Editions d'organisations
- MUCCHIELI R., 2011, *Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective*, Thiron : ESF
- KILANI M., 1989, *Introduction à l'anthropologie*, Paris, Payot, 1989, p. 21
- LAFAYE C., 2007, *Sociologie des organisations*, Paris, Armand Colin, 127 p.
- LEVI-STRAUSS C., 1958, *anthropologie structurale*, Paris, Plon, pp. 396
- LEWIN K., 1968, *Une théorie du champ dans les sciences de l'homme*, Paris : Vrin
- MUCCHIELLI A., 1996, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, pp. 109-110
- PARIES J., 1993, « *Erreurs et fiabilité humaine* », Dédale, cours de CRM
- PENEFF J., 1997, « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *Sociologie du travail*, n°3/97, p. 270
- PETERS T., AUSTIN N., 1985, *La passion de l'excellence*, Paris, InterEditions, pp. 35-62
- POUCHELLE M.C., 2008, *L'hôpital ou le théâtre des opérations, essais d'anthropologie hospitalière*, Paris, Seli Arslan, p. 167
- POUCHELLE, M.C., 2008, *L'hôpital corps et âme, essais d'anthropologie hospitalière*, Paris, Seli Arslan, p. 38
- QUIVY R., VANCAMPENHOUD L., 2006, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3^{ème} édition Dunod : Paris, p.174
- SAINSAULIEU I., 2003, *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*, Paris, L'Harmattan, p. 178
- SAINSAULIEU I., 2006, *La communauté de soins en question : le travail hospitalier face aux enjeux de société*, Paris, Broché, pp. 138-142
- REYNAUD J.D., 1997, *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale*, Préface p. 16
- TURNER V., 1990, *Le phénomène rituel. Structure et contre-structure*, Paris, PUF, p. 96
- VEGA, A., 2004, *Soignants/Soignés, pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, De Boeck, p. 32

Mémoires et travaux :

- DELRIEU A., 2010, « Les conflits au bloc opératoire, une approche anthropologique », mémoire de l'Institut de Formation des Cadres de Santé, Bordeaux, 62 p.

- PEDRAZZI-RATEAU F., 2014, « Check-list sécurité du patient au bloc opératoire, partage d'expériences », Clinique Médico-chirurgical de Monaco
- WOLF F., 2007, « Sécurité sanitaire et gestion des risques en établissement de santé : quelle contribution du directeur des soins », mémoire de l'Ecole Nationale de Santé publique, Rennes, 75 p.

Articles et revues :

- BOURGAIN J.L., mars 2012, « Performance du bloc opératoire, apport de la check-list de sécurité », *Gestions Hospitalières*, n°514, p. 174-176
- CARAUD F., DE MARCELIS-WARIN N., MARKIRIT A., CHARTRAND D., 2016, « Bien utiliser la liste de vérification chirurgicale : expérience au Québec », *Risques et qualité en milieu de soins*, vol.13, n°4, p. 77-84
- CASTET-FONTAINE B. et al., 2012, « La culture de sécurité des services de soins : un regard sociologique », *Risques et qualité en milieu de soins*, vol. 9, n°2, p. 92-98
- DESSERPIT G., février 2015, « Le travail en équipe », *Soins cadres*, vol. 24, n°93, pp. 61-62
- DE THOMASON E., BONFAIT H., DELAUNAY C., 2013, « La check-list au bloc opératoire : quelques raisons d'espérer ! », *Risques et qualité en milieu de soins*, vol.13, n°10, p. 156-161
- DUMOND J.P., 2006, « Les professionnels de la santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 24, n°4, p. 99
- DUNN E.J., 2007, « Medical Team Training: Applying crew resource management in the Veterans Health Administration », *Jt Comm J Qual Patient Saf* 33:317–25
- FAURE, Y., « L'anesthésie française entre reconnaissance et stigmates », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, n° 156-157, mars, p. 102
- FAVIER A.L., janvier 2017, « La culture qualité à l'hôpital », *Objectif soins et management*, n°252, p.36-37
- FRIEDBERG E., 1988, « L'analyse sociologique des organisations », revue *POUR*, n° 28, p. 97
- GARCELON S., SFEZ M., 2016, « Promouvoir le travail en équipe », *Risques et qualité en milieu de soins*, vol. 13, n°4, p. 89-93
- GUEGEN T., COEVET V., MERTES P., 2011, « Déploiement de la check-list dans deux hôpitaux Lorrains, performances et difficultés », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, n°30, p.489-494
- HAYNES et al., 2009, « A surgical safety check-list to reduce morbidity and mortality in global population », *New England Journal of Medicine*, 360 :491-9

- HIND A., CHEFCHAOUNI A., septembre 2010, « Gestion des risques au bloc opératoire », *Gestions Hospitalières*, n°498, p. 440-443
- KROEBER A.L., KLUCKHOHN C., 1952, Culture : a critical review of concepts and definitions, Harvard University Peabody Museum of American Archeology and Ethnology Papers, 47(1)
- MASQUELET, A.C., « La fonction de chef de service en milieu hospitalier », *Cités*, n°6, 2001/2, p. 138
- MAY-MICHELANGELI L. et al., septembre 2015, « Le travail en équipe, un enjeu de sécurité du patient », *Techniques Hospitalières*, n°753, pp. 39-42
- MELLIER D., 2012, « Ce qui fait équipe, exigence d'un travail pulsionnel et appareillage psychique groupal d'équipe ? », *Nouvelle revue de psychologie*, Erès, n°14, p.131-144
- MENDIZABAL H et al., 2013, « Evènements porteurs de risques déclarés sur le thème de l'erreur de site opératoire en chirurgie orthopédique », *Risques et qualité*, vol.10, n°1, pp. 29-34
- OCELLI P. et al., 2007, « La culture de sécurité en santé : un concept en pleine émergence », *Risques et qualité en milieu de soins*, vol.4, n°12, pp. 207-212
- OLIVIER DE SARDAN J.P., 1995, « la politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, Les terrains de l'enquête, n°1, p. 73
- PANEL P., CABARROT P., 2010, « Pourquoi une check-list au bloc opératoire ? » in *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 39, n°4, p. 362-370
- PANGAM-BURLZ C., GUERRERO O., 2011, « La check-list sécurité du patient au bloc opératoire: le bilan après un an de déploiement à l'hôpital Beaujon », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, n°30, p.475-478
- PENEFF, J., « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *Sociologie du travail*, n°3/97, p. 270
- QUARANTA JF et al., décembre 2010, « La check-list Sécurité du patient au bloc opératoire », *Gestions Hospitalières*, n°501, p. 660-662
- RATEAU F., LEVRAUT L., RAUCOULES-AIME M., 2011, « La check-list sécurité du patient au bloc opératoire, retour d'expérience sur 40000 interventions au CHU de Nice », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, n°30, p.479-483
- SIMARD M., La culture sécurité. In : DANIELLO F., SIMARD M., BOISSIERES I., 2010, Les cahiers de la sécurité industrielle, un état de l'art. Institut pour une Culture de Sécurité Industrielle, Toulouse
- SHARSHAR S., ABBAS A., GAUDELET D., 2007, « Le bloc opératoire, laboratoire de la nouvelle gouvernance hospitalière », *Interbloc*, n°4, pp. 257-261
- STAINES A. et al., 2016, « Team STEPPS : des outils de travail en équipe pour la sécurité des patients », *Risques et qualité en milieu de soins*, vol.12, n°3, pp. 159-164

- SFEZ M., 2016, « Check-list au bloc opératoire : quoi de neuf, docteur ? », *Risques et qualité en milieu de soins*, vol. 13, n°4, p. 85
- YOUSSEF B. et al., septembre 2014, « Culture sécurité des soins au bloc opératoires », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, n°33, pp. 152-156

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien CGS, PCME, Coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins

Annexe 2 : Guide d'entretien anesthésiste, chirurgien, CS, IADE, IBODE

Annexe 3 : Check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » version 2016

Annexe 4 : Mode d'emploi de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »

Annexe 4 : Questionnaire culture sécurité (CCECQA)

Annexe 5 : Modèle synthétique de trame de charte de bloc opératoire

Annexe 1

Guide d'entretien : DS / PCME / Coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins

Présentation de la démarche

Dans le cadre de ma formation de directeur des soins à l'EHESP, ce travail porte sur la construction d'une culture sécurité d'équipe au sein des établissements de santé. Le point de départ de notre enquête est la mise en place de la check-list « sécurité des patients au bloc opératoire ».

Les avis recueillis des professionnels concernés (DS/PCME/Coordonnateur des la gestion des risques associés aux soins) visent à identifier la politique qualité sécurité des soins conduite en établissement de santé

Les interviews des DS recherchent à repérer les freins et les leviers qu'ils identifient dans la promotion d'une culture sécurité d'équipe.

Présentation de l'enquête

Exposition de la démarche, identification de l'interviewé (parcours professionnel, formation, spécificité du poste occupé)

Le management de la qualité et de la sécurité de l'établissement

« Comment est structuré la politique qualité sécurité des soins au sein de votre établissement ? »

Sujets abordés :

- projet d'établissement, projet de soins, projet social...
- organigramme de la direction (direction qualité)
- historique de la politique qualité sécurité
- politique d'amélioration continue de la qualité sécurité des soins
- missions et place du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

La mise en place de la check-list au bloc opératoire

La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » doit être mise en place dans tous les blocs opératoire et pour toutes les interventions depuis 2010. Au niveau de la certification V2014, une mobilisation imparfaite de la check-list traduit une carence dans la maîtrise du processus de prise en charge au bloc opératoire.

Cet item vise à identifier :

- la stratégie institutionnelle employée

- la démarche projet entreprise
- les forces et les faiblesses dans sa mise en œuvre

La promotion d'une culture sécurité

L'objectif de cet item est de chercher à percevoir l'image ressentie de la culture sécurité. Nous cherchons aussi à connaître les opinions sur les problèmes de sécurité, les erreurs et signalement des évènements indésirables.

« Qu'évoque pour vous la notion de culture sécurité ? »

« Comment prend elle forme dans votre établissement de santé »

« Comment pensez-vous que l'on peut la promouvoir »

« Quel est, selon vous, le rapport entre management, leadership et culture sécurité ? »

Annexe 2

Guide d'entretien : chirurgiens, anesthésistes, IADE, IBODE, CS

Présentation de la démarche

Dans le cadre de ma formation de directeur des soins à l'EHESP, ce travail porte sur la construction d'une culture sécurité d'équipe au sein des établissements de santé. Le point de départ de notre enquête est la mise en place de la check-list « sécurité des patients au bloc opératoire ».

Les avis recueillis des professionnels concernés (chirurgiens, anesthésistes, IBODE, IADE, CS) visent à identifier leur représentation de l'équipe du bloc opératoire d'une part, et d'autre part leur analyse de la mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire ».

Présentation de l'enquête

Exposition de la démarche, identification de l'interviewé (parcours professionnel, formation, spécificité du poste occupé)

L'équipe du bloc opératoire

Cet item vise à aborder les interrelations entre les individus au bloc opératoire. L'objectif est de percevoir la conception de la notion d'équipe au bloc opératoire, ses particularités.

« Comment définissez vous l'équipe du bloc opératoire, ses particularités ?, les relations entre les catégories professionnelles ? »

« Y a t-il des conflits au bloc opératoire ? Si oui quelle en est la cause ? »

La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »

« Comment est intervenue la mise en place de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire ?, résultats ?, difficultés ? »

« En considérant les aspects positifs et négatifs de la check-list, celle-ci vous semble t-elle utile pour améliorer la sécurité des patients ? »

Le conseil de bloc

« Participez-vous au conseil de bloc ? » « Quelle est le rôle de cette instance ? »

« Permet-elle de créer du lien au sein de l'équipe

Annexe 3

Bloc : Salle :
 Date d'intervention : Heure (début) :
 Chirurgien « intervenant » :
 Anesthésiste « intervenant » :
 Coordonnateur(s) check-list :

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2016



Identification du patient
 Étiquette du patient ou
 Nom, prénom, date de naissance

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE Temps de pause avant anesthésie	
1	L'identité du patient est correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A
2	L'intervention et le site opératoire sont confirmés : idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4	La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A
5	L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Acte sans prise en charge anesthésique <input type="checkbox"/> N/A
6	Le patient présente-t-il un : risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Le rôle du coordonnateur check-list sous la responsabilité du(es) chirurgien(s) et anesthésiste(s) responsables de l'intervention est de ne cocher les items de la check-list que (1) si la vérification a bien été effectuée, (2) si elle a été faite oralement en présence des membres de l'équipe concernée et (3) si les réponses marquées d'un * ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision. N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention NR : quand le critère est Non Recommandé pour cette intervention	

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE Temps de pause avant incision	
7	Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgien(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE / IDE identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A
8	Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (time-out) sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non sur le plan anesthésique (Acte sans prise en charge anesthésique (risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.)) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A
9	L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A
ATTENTION SI ENFANT ! Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire. Autorisation d'opérer signée. Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille. Prévention de l'hypothermie. Seuils d'alerte en post-op définis.	

APRÈS INTERVENTION Pause avant sortie de salle d'opération	
10	Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : de l'intervention enregistrée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non du compte final correct <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> N/A de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cocher N/A
11	Les prescriptions et la surveillance post-opératoires (y compris les seuils d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptées à l'âge, au poids et à la taille du patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *	
SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordonnateur CL	



Mode d'emploi

La *check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire » HAS version 2016 comporte les éléments indispensables à vérifier au bloc opératoire avant toute intervention chirurgicale et, en ce sens, n'est pas modifiable.

En revanche, elle peut donner lieu à tous développements souhaités par les professionnels dans le cadre de leurs collèges professionnels/organismes agréés d'accréditation.

<p>AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE Temps de pause avant anesthésie</p>	<p>AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE Temps de pause avant incision</p>	<p>APRÈS INTERVENTION Pause avant sortie de salle d'opération</p>
<p>1 Les professionnels insistent sur l'importance de faire décliner par le patient son identité. Pour les patients incapables de décliner leur identité, la vérification est effectuée par le personnel en salle selon la procédure d'identité en vigueur dans l'établissement (réunion de staff, fiches navette par exemple) ou recommandée par les collègues professionnels de la spécialité (marquage, etc.).</p> <p>2 L'intervention et le site opératoire sont confirmés idéalement par le patient et, dans tous les cas, à travers le dossier ou toute autre procédure en vigueur dans l'établissement (réunion de staff, fiches navette par exemple) ou recommandée par les collègues professionnels de la spécialité (marquage, etc.).</p> <p>3 L'équipe qui reçoit le patient en salle dispose des informations précisant la nature de l'intervention prévue et les modalités d'installation du patient et vérifie le choix adapté du plateau et la disponibilité des accessoires, etc.</p> <p>4 La préparation cutanée est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire. La préparation est faite selon les recommandations / procédures en vigueur dans l'établissement (douche ou toilette pour les patients dépendants, dépiélation éventuelle précisant le mode).</p> <p>5 Le personnel qualifié vérifie la disponibilité et le bon fonctionnement des instruments, appareils, dispositifs médicaux nécessaires pour l'intervention. Les procédures de vérification de sécurité anesthésique sont effectuées selon la réglementation par les personnels qualifiés en anesthésie.</p> <p>6 L'équipe anesthésique et infirmière communique sur certains points critiques et adopte les mesures adéquates ; ainsi les anesthésistes s'assurent notamment : <ul style="list-style-type: none"> en cas de risque d'intubation/difficulté d'intubation/ventilation au masque, de la confirmation de la disponibilité de l'équipement et de l'assistance prévue ; en cas de risque de saignement important (évalué à plus de 500 ml ou 7ml/kg en pédiatrie), de la disponibilité des documents (carte de groupage, RAI, etc.), des accès veineux, des produits et matériels de transfusion, etc. </p>	<p>7 Ces vérifications croisées de l'identité, de l'intervention prévue et du site opératoire peuvent sembler répétitives, mais elles sont indispensables pour améliorer la sécurité du patient au bloc opératoire ; ce sont les vérifications ultimes avant le début de l'intervention chirurgicale. Le chirurgien vérifie également que l'installation du patient est cohérente avec le site/intervention chirurgicale et ne présente pas de danger pour le patient. Il convient aussi de vérifier au plus tard, à ce moment de la procédure, la disponibilité en salle des documents cliniques et para cliniques nécessaires, notamment d'imagerie.</p> <p>8 Lors de ce temps de pause préopératoire (aussi appelé <i>time-out</i>), il est également crucial de communiquer au sein des équipes chirurgicale, anesthésique et infirmière, sur les informations essentielles afin d'anticiper les éléments à risque, notamment : <ul style="list-style-type: none"> sur le plan chirurgical : pour informer tous les membres de l'équipe des étapes qui peuvent exposer le patient à un risque d'hémorragie importante, de traumatisme ou d'autres causes de morbidité majeure. C'est également l'occasion de revoir les étapes qui peuvent nécessiter un équipement spécial, des implants ou des préparations particulières ; sur le plan anesthésique : pour communiquer, si besoin, sur les comorbidités ou traitements en cours (AAP, anticoagulants, antihypertenseurs, antidiabétiques) ; sur le plan infirmier : le personnel doit confirmer qu'il n'y a pas de problème particulier avec le matériel nécessaire à l'intervention (plaquette de bistouri, aspiration, colonne vidéo, DM). </p> <p>9 L'équipe vérifie que l'antibioprophylaxie, si elle est indiquée, a bien été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement. C'est également à cette étape que l'on confirme la préparation du champ opératoire réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement.</p>	<p>10 L'équipe confirme oralement le type de l'intervention enregistrée et, s'il y a lieu, le décompte correct des compresses, instruments et aiguilles, ainsi que l'identification des prélèvements et des pièces opératoires. Il importe que tout problème d'équipement survenant pendant une intervention soit signalé, déclaré par l'équipe.</p> <p>11 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe pour la prise en charge postopératoire du patient (notamment, la prévention thromboembolique).</p> <p>En cas d'écart avec la <i>check-list</i>, la décision concertée de poursuivre (selon un mode normal ou dégradé) ou d'interrompre la procédure chirurgicale doit être précisée à ce niveau.</p> <p>La décision de demander aux professionnels d'attester de leur participation active au renseignement de la <i>check-list</i>, relève des instances administrative et médicale de l'établissement et a pour seul but de favoriser l'utilisation optimale de la <i>check-list</i>.</p>
<p>POINTS CLÉS POUR UN ENFANT</p> <ul style="list-style-type: none"> Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire. Disposer d'une autorisation d'opérer signée. Prévoir une installation, du matériel et des prescriptions adaptés à l'âge, au poids et à la taille. Prévenir l'hypothermie peropératoire. Définir des seuils d'alerte spécifiques pour la période postopératoire. 		

Annexe 5

Questionnaire Culture Sécurité (AHRQ, traduit et validé par le CCECQA)

Ce questionnaire permet de connaître votre opinion sur les problèmes de sécurité des soins, les erreurs, et le signalement des événements indésirables.
Le temps estimé pour remplir ce questionnaire est de 15 minutes. Il est confidentiel et aucune réponse individuelle ne sera communiquée.

Identification du service ou de l'unité fonctionnelle :

Merci de noter l'heure de DEBUT de remplissage : heures minutes

SECTION A : Votre Service ou votre Unité Fonctionnelle

Indiquez votre accord ou votre désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre service ou votre unité fonctionnelle. Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

1. Pas du tout d'accord - 2. Pas d'accord - 3. Neutre - 4. D'accord - 5. Tout à fait d'accord	1	2	3	4	5
1. Les personnes se soutiennent mutuellement dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nous avons suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjuguons nos efforts en équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dans le service, chacun considère les autres avec respect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le nombre d'heures de travail des professionnels de l'équipe est trop important pour assurer une qualité optimale des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nous menons des actions afin d'améliorer la sécurité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nous faisons trop appel à du personnel intérimaire pour assurer une qualité optimale des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le personnel a l'impression que ses erreurs lui sont reprochées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dans notre service, les erreurs ont conduit à des changements positifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu des erreurs plus graves dans le service jusqu'ici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Quand l'activité d'un secteur du service est très dense, les autres secteurs lui viennent en aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Au contact des collègues du service, nous améliorons nos pratiques en termes de sécurité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Lorsqu'un événement est signalé, on a l'impression que c'est la personne qui est pointée du doigt et non le problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Après avoir mis en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins, nous évaluons leur efficacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Le personnel s'inquiète du fait que les erreurs soient notées dans les dossiers administratifs du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans ce service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite du questionnaire : Questionnaire Culture Sécurité (AHRQ, traduit et validé par CCECQA)

SECTION B : Votre supérieur hiérarchique immédiat (cadre de santé, chef de service, référent...) Pour les médecins libéraux ou les chefs de service : la Direction de l'établissement, la Direction médicale ou le Directeur de pôle					
Indiquez votre accord ou désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre service ou unité fonctionnelle. Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.					
1. Pas du tout d'accord - 2. Pas d'accord - 3. Neutre - 4. D'accord - 5. Tout à fait d'accord	1	2	3	4	5
1. Mon supérieur hiérarchique immédiat exprime sa satisfaction quand il/elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mon supérieur hiérarchique immédiat tient vraiment compte des suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Chaque fois que la pression augmente, mon supérieur hiérarchique immédiat veut nous faire travailler plus rapidement, même si c'est au détriment de la sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mon supérieur hiérarchique immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION C : Communication					
Avec quelle fréquence les situations suivantes surviennent dans votre service ou votre unité fonctionnelle ? Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.					
1. Jamais - 2. Rarement - 3. De temps en temps - 4. La plupart du temps - 5. Toujours	1	2	3	4	5
1. Nous recevons un retour d'information sur les actions mises en place suite au signalement d'un événement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose dans les soins qui peut avoir des conséquences négatives sur les patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nous sommes informés des erreurs qui se produisent dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le personnel se sent libre de remettre en cause les décisions ou les actions de ses supérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dans le service, nous discutons des moyens à mettre en place afin que les erreurs ne se reproduisent pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le personnel a peur de poser des questions quand quelque chose ne semble pas être correct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION D : Fréquence de signalement des événements indésirables					
Quand les erreurs suivantes surviennent, avec quelle fréquence sont-elles signalées dans votre service ou votre unité fonctionnelle ? Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.					
1. Jamais - 2. Rarement - 3. De temps en temps - 4. La plupart du temps - 5. Toujours	1	2	3	4	5
1. Quand une erreur est faite, mais est détectée et corrigée avant d'avoir affecté le patient, elle est signalée...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quand une erreur est faite, mais n'a pas le potentiel de nuire au patient, elle est signalée...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quand une erreur est faite, et qu'elle pourrait nuire au patient mais qu'elle n'a finalement pas d'effet, elle est signalée...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION E : Niveau de sécurité des soins					
Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des soins dans votre service ou votre unité fonctionnelle ? Cochez UNE seule réponse.					
<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Très bon	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Défaillant	

Suite du questionnaire : Questionnaire Culture Sécurité (AHRQ, traduit et validé par CCECQA)

SECTION F : Votre établissement de santé					
Indiquez votre accord ou désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre établissement de santé. Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.					
1. Pas du tout d'accord - 2. Pas d'accord - 3. Neutre - 4. D'accord - 5. Tout à fait d'accord					
	1	2	3	4	5
1. La Direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien les uns avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Des dysfonctionnements surviennent quand les patients sont transférés d'une unité à l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il y a une bonne coopération entre les services qui doivent travailler ensemble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. D'importantes informations concernant les soins des patients sont souvent perdues lors des changements d'équipes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Il est souvent déplaisant de travailler avec le personnel des autres services de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Des problèmes surviennent souvent dans les échanges d'information entre les services de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Les actions menées par la direction de l'établissement montrent que la sécurité des soins est une des premières priorités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. La direction de l'établissement semble s'intéresser à la sécurité des soins uniquement après qu'un événement indésirable se soit produit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Les changements d'équipes sont problématiques pour les patients dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECTION G : Nombre d'événements indésirables signalés					
Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement des événements indésirables avez-vous remplies et transmises ? Cochez UNE seule réponse.					
<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> 1 à 2 fiches <input type="checkbox"/> 3 à 5 fiches <input type="checkbox"/> 6 à 10 fiches <input type="checkbox"/> 11 à 20 fiches <input type="checkbox"/> Plus de 20 fiches					
SECTION H : Informations générales...					
Cochez UNE seule réponse.					
1. Vous êtes...					
<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier(e) <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Aide-soignant(e) <input type="checkbox"/> Autre					
2. Depuis combien d'années exercez-vous votre spécialité ou profession actuelle ?					
<input type="checkbox"/> Moins de 1 an <input type="checkbox"/> 1 à 2 ans <input type="checkbox"/> 3 à 5 ans <input type="checkbox"/> 6 à 10 ans <input type="checkbox"/> 11 ans ou plus					
3. Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement de santé ?					
<input type="checkbox"/> Moins de 1 an <input type="checkbox"/> 1 à 2 ans <input type="checkbox"/> 3 à 5 ans <input type="checkbox"/> 6 ans ou plus					
4. Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?					
<input type="checkbox"/> Moins de 1 an <input type="checkbox"/> 1 à 2 ans <input type="checkbox"/> 3 à 5 ans <input type="checkbox"/> 6 ans ou plus					
5. Vous travaillez dans ce service					
<input type="checkbox"/> Moins de 50% de votre temps de travail <input type="checkbox"/> Plus de 50% de votre temps de travail					
6. Participez-vous ou avez-vous participé dans cet établissement à des structures ou des comités de gestion des risques (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Comité de Lutte contre la Douleur, Vigiliances, Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles, etc.) ?					
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
SECTION I : Vos commentaires					
Merci de noter l'heure de FIN de remplissage : <input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes					

Annexe 6

Modèle synthétique de trame de Charte de Bloc Opérateur

Préciser sa version, sa date de validation ainsi que la trace des anciennes versions et dates de validation.

Destinée à permettre une lecture rapide des dispositions de la charte de bloc étendue, elle n'a de valeur opposable que rattachée à cette dernière à laquelle il convient de se reporter pour compléter les dispositions qu'elle ne fait que résumer.

Sommaire

I	PRESENTATION DE LA CHARTE :	2
1)	CONTENU, STRUCTURE ET DIFFUSION.....	2
2)	MODALITES DE REDACTION DE MISE A JOUR ET DE VALIDATION DE LA CHARTE.....	2
II	INSTANCES DE PILOTAGE:	2
1)	CONSEIL DE COORDINATION DES BLOCS OPERATOIRES :	2
2)	CONSEIL DE BLOC :.....	2
3)	CELLULE DE PROGRAMMATION	2
4)	CELLULE DE REGULATION.....	2
III	PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT DU BLOC OPERATOIRE	3
1)	TENUE VESTIMENTAIRE	3
2)	REGLES DE FONCTIONNEMENT COLLECTIF	3
3)	LES HORAIRES DE FONCTIONNEMENT DU BLOC.....	3
4)	LA PLANIFICATION DES VACATIONS OPERATOIRES	3
5)	PROGRAMMATION OPERATOIRE	4
6)	PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE PENDANT LE TEMPS DE VACATION OFFERT.....	5
7)	ORGANISATION DES TEMPS DE REPAS.....	5
8)	ORGANISATION DES FINS DE VACATIONS	5
9)	SSPI	5
IV	GESTION DES PERSONNELS NON-MEDICAUX	6
1)	CONTINUTE DU SERVICE	6
2)	MODALITES DE REPARTITION DES PERSONNELS NON MEDICAUX.....	6
3)	INSTRUMENTATION	6
4)	ORGANISATION DES ABSENCES DU PERSONNEL NON MEDICAL	6
V	GESTION DES PERSONNELS MEDICAUX	6
1)	CONTINUTE DU SERVICE	6
2)	MODALITE DE REPARTITION DES PERSONNELS MEDICAUX	6
3)	ORGANISATION DES ABSENCES	6
VI	PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE	6
1)	TRANSPORT PATIENT :	6
2)	ADMISSION DU PATIENT EN SALLE :.....	6
3)	TRAÇABILITE DE L'INTERVENTION :	7
VII	GESTION MEDICO-ADMINISTRATIVE DU BLOC	7
1)	COMPTE RENDU OPERATOIRE :	7
2)	LE CODAGE DES ACTIVITES :	7
3)	LES INDICATEURS DE PERFORMANCE :	7
4)	RELEVÉ DES DYSFONCTIONNEMENTS.....	7
5)	COMMANDES DE MATERIEL	7
6)	ESSAI ET PRET DE MATERIEL	8
7)	MAINTENANCE.....	8
8)	VIGILANCE :	8
	CONCLUSIONS	8

La charte de bloc opératoire, qui régit les conditions de sécurité au bloc opératoire, représente un engagement de l'ensemble des intervenants autour du patient opéré. A ce titre, ayant valeur de règlement intérieur, elle constitue une référence qui s'impose à tous.

I Présentation de la charte :

1) Contenu, structure et diffusion

Elle contient la description de toutes les instances, règles et circuits de fonctionnement du bloc opératoire ajustables en fonction de l'activité. Chaque bloc définit sa charte.

Elle est disponible en versions synthétique ou étendue, cette dernière étant la référence.

Elle est diffusée, par mail ou exemplaire papier, à l'ensemble des acteurs du bloc opératoire ou utilisant sa structure qui doivent l'émarger.

2) Modalités de rédaction de mise à jour et de validation de la charte

Rédigée et mise à jour collégialement, au moins une fois par an, par le conseil de bloc opératoire, elle est présentée aux diverses instances de l'établissement dont la CME.

II Instances de pilotage:

Le bloc opératoire est piloté par quatre structures

1) Conseil de coordination des blocs opératoires :

Il concerne les établissements dotés de plusieurs sites de blocs distincts : Il assure l'administration transversale de la gestion des ressources humaines et matérielles ainsi que l'harmonisation des pratiques.

2) Conseil de bloc :

Instance réglementaire, présidée par un praticien désigné pour trois ans par le chef d'établissement et, à ce titre, responsable de l'organisation du secteur opératoire, elle a pour missions de :

- ✓ Définir les règles de planification et de programmation au regard du bilan d'activité de chaque discipline, les faire appliquer et réviser au moins une fois par an.
- ✓ Rédiger une charte de fonctionnement du bloc opératoire et veiller à son application.
- ✓ S'assurer de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation des processus de qualité et sécurité des soins décrits dans la charte.

Pour certaines questions, comme la révision des vacances ou pour proposer des améliorations de fonctionnement du bloc opératoire, il peut se réunir en séance élargie aux représentants des différents intervenants au bloc opératoire, prenant alors l'appellation de « commission des utilisateurs du bloc »

3) Cellule de programmation

Composée des responsables du bloc opératoire, elle valide le programme opératoire de la semaine S+1 (ordonnancement et répartition des interventions) et la préparation de la semaine S+2 et dispose du pouvoir de réaffecter les vacations opératoires insuffisamment occupées et d'empêcher tout rajout non validé par une personne désignée. Elle se réunit un jour fixe de la semaine.

Le programme de la semaine, édité par le cadre du bloc opératoire, est transmis sans délai à tous les intervenants. La répartition des ressources soignantes est effectuée par les cadres.

4) Cellule de régulation

La cellule de régulation (ou de supervision) gère souverainement l'affectation des moyens humains en fonction de l'évolution du programme (notamment les urgences) et l'organisation du remplacement des équipes pour la prise des repas. Elle comporte :

- **Un régulateur médical** : Pré-identifié au moment de la programmation, il dispose d'un mandat précis (lettre de mission). Cette fonction, qui requiert une disponibilité au sein du bloc opératoire, doit-être compatible avec l'activité clinique de ce praticien. Il est relayé par l'équipe de garde.
- **Un cadre régulateur** : IBODE ou IADE, il gère en première ligne le déroulement du programme opératoire et l'intégration des patients rajoutés en concertation avec le régulateur médical et les intervenants concernés. Il assure la régulation de l'armement des salles ainsi que les remplacements des équipes pour le temps de repas, rééquilibre la charge de travail entre les salles pour assurer une fin de programme harmonieuse. Le secrétariat de la cellule de régulation, assure en temps réel le suivi des flux de patients.

III Principes de fonctionnement du bloc opératoire

L'équipe du bloc opératoire assure l'ensemble des actes de préparation et de mise en œuvre des soins opératoires ainsi que la gestion des matériels et produits nécessaires à ces derniers.

Le bloc opératoire dispose d'une SSPI¹.

1) Tenue Vestimentaire

Le port de la tenue civile est strictement interdit dans l'enceinte du bloc où seule la tenue de bloc (pyjama, coiffe, chaussures dédiées ou sur chaussures) est autorisée. Celle-ci est interdite en dehors du bloc. Aucune exception (autorité, urgence...) n'est tolérée. Le masque chirurgical est systématiquement porté dans les salles d'opération.

L'habillage chirurgical (casaque et gants stériles) est revêtu par les opérateurs et instrumentistes après désinfection chirurgicale des mains. Il est éliminé en fin d'intervention en salle d'opération.

2) Règles de fonctionnement collectif

L'attention et l'écoute des patients, le respect de leur pudeur, la courtoisie, le secret professionnel doivent être observés par tous. Au sein des salles d'opération, le personnel limite les mouvements et respecte le huis clos opératoire. Les entrées et sorties de la salle de détente du personnel sont réglementées et les règles d'hygiène doivent y être respectées : tenue civile interdite, port d'une surblouse en cas de manipulation de denrées alimentaires, respect de la bonne tenue et de la propreté, etc.

3) Les horaires de fonctionnement du bloc.

a) Activité de jour

L'activité de jour se déroule de...à ...h (Préciser)

Le temps de mise à disposition : TMD² est de (Préciser selon les salles)

Après(Préciser) heures, l'équipe de « garde » assure la continuité des soins jusqu'au lendemain (Préciser) heures.

Les salles d'intervention sont opérationnelles entre --- (horaire où le premier patient peut entrer en salle d'intervention) et ---- (limite horaire théorique de sortie de salle du dernier patient).

Pour respecter les possibilités d'intervention des MAR³, le démarrage du programme opératoire peut être amené à se faire en horaires décalés. Le choix de la salle qui sera décalée peut se faire au plus tard lors de la programmation. Certains établissements ont défini à priori le choix des salles qui démarrent en décalé afin d'optimiser les ressources et d'adapter les horaires des personnels qui y exercent.

Le respect des horaires définis dans la présente charte concerne l'ensemble des acteurs. Une mesure des écarts par rapport aux règles fait l'objet d'un rapport transmis régulièrement au conseil de bloc opératoire qui prendra les mesures correctrices qui s'imposent.

La rédaction de la check-list « sécurité patient » comprend un temps pré-anesthésique, avec présence de l'anesthésiste et un temps pré-chirurgical nécessitant la présence de l'anesthésiste et de l'opérateur.

b) Activité de permanence des soins

Le bloc opératoire assure la permanence des soins 24H/24 . au moyen d'un dispositif comportant (décrire : équipe (s) IADE, IBODE, MAR, opérateurs, présents sur place ou d'astreinte de... heures à ...heures) afin d'assurer les urgences chirurgicales, endoscopiques et obstétricales...

4) La planification des vacances opératoires

Les vacances opératoires sont attribuées à chaque discipline en fonction de leur activité constatée sur une période antérieure et prévisionnelle Elles sont révisées au moins une fois par an.

Les salles sont attribuées aux praticiens lors de la planification des vacances sans que cette attribution constitue un droit de "propriété". Lorsque tout ou partie de ces vacances est libre le jeudi précédent, la cellule de programmation peut réattribuer ces espaces à un autre opérateur ou à une autre spécialité.

¹ SSPI : salle de surveillance post interventionnelle

² TMD : Temps compris entre l'ouverture et la fermeture d'une salle.

³ MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

Les fermetures de salles pour congés ou pour travaux sont proposées en conseil de bloc et validées par le directeur. Les opérateurs en sont avertis au moins trois mois à l'avance.

Chaque praticien doit faire connaître, par tous moyens définis localement, au cadre du bloc opératoire la planification de ses absences prévues (congés annuels, congrès, activités universitaires ...) selon les délais suivants :

- UN MOIS : pour les absences de un ou deux jours
- TROIS MOIS : pour les absences inférieures à une semaine
- QUATRE à SIX MOIS : pour les absences supérieures à une semaine

Un tableau de planification des absences médicales est affiché au bloc opératoire.

L'absence d'information dans les délais ci-dessus constitue un dysfonctionnement dans l'organisation du bloc. Elle fera l'objet d'une notification au conseil de bloc opératoire.

5) Programmation opératoire

a) Contenu informatif

Les informations suivantes sont nécessaires à l'élaboration du programme prévisionnel :

- Identité du patient : nom patronymique, nom usuel et prénom, date de naissance (Étiquette NIP)
- Libellé **exact** de l'intervention, côté à opérer, type d'anesthésie projeté...
- Type de prise en charge : Ambulatoire ou hospitalisation conventionnelle.
- Allergie connue : Latex ou autre
- Identification de l'opérateur principal et de ses aides
- Durée prévisionnelle de l'intervention. Elle doit être pertinente et s'appuyer sur les habitudes et l'expérience de l'opérateur.
- Toute autre indication nécessaire à l'intervention : MCJ⁴, isolement, matériel spécifique, etc.

La somme des durées prévisibles des interventions ne doit pas excéder la durée de la vacation offerte.

Les durées opératoires prévisionnelles font l'objet d'une actualisation au moins annuelle.

b) Jusqu'au jeudi de la semaine S-1

Chaque opérateur programme ses interventions dans la limite de la durée des vacances opératoires qui lui sont allouées. Le tableau de programmation est établi en tenant compte des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation, du fonctionnement du secteur opératoire (disponibilité en personnel et en matériel), du type de prise en charge (ambulatoire ou conventionnel) ainsi que de l'âge des patients et des possibilités d'accueil de la SSPI et/ou du service de réanimation.

Le programme opératoire validé et verrouillé en cellule de programmation est consultable en permanence par les praticiens, les secrétariats des spécialités chirurgicales et les cadres de santé du service de chirurgie conventionnelle et d'ambulatoire.

c) Du jeudi de la semaine S-1 à J-1

Chaque jour, le programme du lendemain fait l'objet d'une analyse par le cadre de bloc opératoire en concertation avec le praticien régulateur. En cas de difficulté (problème de matériel ou d'insuffisance de ressources humaines...), le cadre du bloc opératoire contacte les praticiens concernés. Ce programme réajusté est ensuite diffusé au sein du bloc mais également aux différents acteurs concernés (cadres d'hospitalisation, cadre UCA, brancardiers, laboratoires si besoin...).

d) Le tableau opératoire à J0

Le matin de l'intervention, les infirmières des services contactent le bloc opératoire (cellule de régulation ou IBODE de « garde ») si un patient programmé est annulé (non arrivé ou présentant une contre-indication).

e) Les rajouts sur le programme

Tout rajout de patient au programme opératoire journalier doit suivre la procédure suivante :

⁴ MCJ : Maladie de Creutzfeldt Jacob

- le chirurgien avertit le cadre régulateur de la nécessité de rajouter un patient au programme opératoire pour l'organisation des équipes soignantes et la mise à disposition d'une salle d'opération
- Le chirurgien appelle le MAR chargé des visites préopératoires pour échanger les données médicales et organiser la prise en charge du patient.

Les rajouts « de convenance personnelle » sur le programme doivent être proscrits.

6) **Prise en charge de l'urgence pendant le temps de vacation offert.**

Tout patient non programmé à J-1 est intégré sur la vacation de la discipline concernée ou de la salle d'urgence par le cadre régulateur au regard du degré d'urgence. Le cadre pourra faire appel au médecin régulateur en cas de litige.

a) **Les urgences vitales**

Toute urgence "vitale" doit être prise en charge sans délai et faire l'objet d'une saisine immédiate du cadre et du praticien régulateur. Ceux-ci veillent à la mise à disposition des moyens nécessaires immédiats dans la première salle de libre au besoin par interruption du programme opératoire.

b) **Les urgences non vitales**

Les urgences non vitales font l'objet, par le chirurgien et le MAR, d'une évaluation partagée de l'urgence de la prise en charge opératoire. Elles s'inscrivent soit dans la vacation opératoire allouée à l'opérateur soit dans la salle d'urgence, soit à la fin du programme de jour, en fonction du degré d'urgence et des disponibilités appréciées par le cadre régulateur.

c) **Urgences obstétricales**

Le niveau d'urgence, décrit dans la procédure « code rouge », entraîne une mobilisation sans délai et par tous moyens d'une équipe complète en salle de césarienne au besoin par interruption du programme opératoire.

d) **Transplantation d'organes**

Préciser les conditions de priorité des actes de transplantation par discipline.

7) **Organisation des temps de repas**

L'organisation des temps de repas des personnels médicaux et non médicaux doit permettre la continuité de déroulement du programme opératoire. Elle est facilitée par :

- **La capacité de prendre son repas à proximité des salles d'opération** : Salle de détente, disponibilité de plateaux repas et de collations évitent aux acteurs de se disperser en dehors du site opératoire.
- **L'alternance d'activité de l'équipe chirurgicale et anesthésique**: L'équipe chirurgicale peut se restaurer pendant que l'équipe anesthésique procède au réveil du patient et à l'induction de l'opéré suivant. L'équipe anesthésique peut ensuite se relayer pendant l'intervention suivante.

La construction des plannings et des maquettes organisationnelles doit prendre en compte ces besoins de remplacement (Ex : horaires décalés, interventions ne nécessitant pas d'instrumentiste...)

8) **Organisation des fins de vacations**

Il appartient au cadre et au médecin régulateur d'éviter à la fois les débordements et les fins précoces. Dans cet objectif, ils doivent être prévenus de tout retard pris ou de toute cause de modification dans le déroulement du programme. Ils sont seuls habilités à récuser un patient pour risque de débordement.

9) **SSPI**

Elle doit pouvoir accueillir tous les patients ayant bénéficié d'une anesthésie générale ou d'une anesthésie loco-régionale.

La sortie du patient de SSPI est conditionnée par la signature du MAR⁵ qui vérifie que les prescriptions post opératoires sont conformes (Cf. Check List)

IV Gestion des personnels non-médicaux

1) Continuité du service

Une suppléance du cadre du bloc opératoire, IBODE et/ou IADE est prévue lorsque ce dernier est indisponible (absent du bloc ou congé). Les téléphones mobiles professionnels de l'IADE et de l'IBODE de « garde » doivent être joignables 24 heures sur 24.

2) Modalités de répartition des personnels non médicaux

Décrire l'organisation en mode normal des IBODE/IDE, des IADE au bloc, des IADE/IDE en SSPI ainsi que des AS/ASH/Brancardiers.

3) Instrumentation

La liste des interventions qui nécessitent de principe la présence de plusieurs IBODE/IDE en salle est dressée sous la responsabilité du cadre IBODE en concertation avec les praticiens de la spécialité.

Les effectifs IBODE sont réajustés le jeudi de S-1

4) Organisation des absences du personnel non médical

A compléter au regard des règles et accords locaux (date de retour des congés pour le personnel - moyens de suppléance ou de mutualisation ...) Une procédure est prévue pour assurer le programme opératoire en cas d'absences prévues ou inopinées de personnel non médical.

V Gestion des personnels médicaux

1) Continuité du service

Décrire le dispositif de permanence des soins au bloc opératoire.

2) Modalité de répartition des personnels médicaux

a) Anesthésie

Le tableau de répartition des MAR (cartographie d'organisation médicale) est rédigé et publié au plus tard le vendredi de la semaine précédente.

b) Chirurgie

Les opérateurs assurent eux-mêmes leur programme opératoire en incluant les urgences de leur spécialité. La présence du senior doit être effective dès le début de la vacation.

3) Organisation des absences

Les absences prévisibles (congés, formation, réunions, etc...) des personnels médicaux du bloc opératoire sont communiquées au chef de bloc dès qu'elles sont connues et au plus tard selon les dispositions du chapitre III-4 ci-dessus. Une procédure spécifique décrit le mode d'organisation mis en place en cas d'absence inopinée d'un praticien.

VI Prise en charge du patient au bloc opératoire

1) Transport Patient :

Décrire le processus de transport patient :

- Transfert entre le service d'hospitalisation et le bloc opératoire (Modalités d'appel- mode de transport – fiche de liaison – dossier patient ...) et décrire les cas particuliers
- Brancardage interne au bloc opératoire : pré-et post-opératoire

2) Admission du patient en salle :

Un patient ne peut rentrer en salle que si :

- Un IBODE / IDE est présent ainsi qu'une IADE en cas d'anesthésie prévue
- L'ouverture de salle a été effectuée et tracée par l'IADE et l'IBODE,
- Le matériel anesthésique et chirurgical nécessaire pour l'intervention prévue est présent et vérifié
- Un MAR est présent au bloc opératoire et l'opérateur s'est signalé dans l'établissement

3) Traçabilité de l'intervention :

Autant que possible, l'informatisation de la traçabilité sera favorisée.

a) Check-list (HAS) sécurité du patient au bloc opératoire :

Un coordonnateur de check-list (IADE ou IBODE) chargé de vérifier tous les items est désigné pour chaque salle d'opération. Dans un souci d'harmonisation au sein du bloc, la fonction de ce coordonnateur est identique dans toutes les salles d'opération.

b) Feuilles d'intervention (ou d'écologie) et de suivi d'activité opératoire

La feuille d'intervention ou d'écologie permet la traçabilité du déroulement de l'intervention et des dispositifs médicaux stériles vérifiés préalablement et conjointement par l'opérateur et l'infirmière de bloc ainsi que les numéros de lots et étiquettes de stérilisation. Elle rejoint le dossier du patient. La feuille de suivi d'activité opératoire (informatisée ou non) décrit le suivi chronologique du déroulement de l'intervention et contribue à l'analyse de l'activité opératoire.

c) Traçabilité des dispositifs médicaux implantables (DMI)

Toute pose de DMI implique la rédaction d'une fiche de traçabilité, signée par l'opérateur et transmise sans délai à la pharmacie. Une copie est archivée dans le dossier médical du patient.

d) Dossier d'anesthésie

C'est un document réglementaire et un indicateur important de la visite de certification. Il est conjointement rempli par les MAR et les IADE et permet le suivi du déroulement de l'anesthésie en salle d'opération.

La feuille de surveillance post interventionnelle, comprenant les prescriptions post-opératoires et post-anesthésiques, permet la traçabilité de la surveillance post opératoire. Elle doit être impérativement signée par le MAR pour valider la sortie du patient de la SSPI.

e) Le registre du bloc opératoire

Informatisé ou non, il comporte les éléments contenus sur la feuille d'intervention

VII Gestion médico-administrative du bloc

1) Compte rendu opératoire :

Tout acte opératoire fait l'objet d'un compte rendu opératoire (CRO) rédigé par l'opérateur.

Le CRO doit comporter un certain nombre d'éléments obligatoires (Cf. Charte de bloc étendue) et être transmis adapté au type de prise en charge.

2) Le codage des activités :

Les opérateurs et anesthésistes codent immédiatement sur l'outil informatique (*préciser*), les actes chirurgicaux et les actes d'anesthésie réalisés.

3) Les indicateurs de performance :

L'optimisation du fonctionnement du bloc se lit sur une série d'indicateurs d'efficience (Cf Charte de bloc étendue) que le conseil de bloc est chargé d'analyser afin de mettre en œuvre les réajustements organisationnels utiles.

Le suivi actualisé de ces indicateurs est affiché régulièrement dans le bloc opératoire.

4) Relevé des dysfonctionnements

Une procédure de relevé des dysfonctionnements, distincte de celle des déclarations d'évènements indésirables, permet à chaque professionnel de faire ses déclarations de dysfonctionnement en temps réel. Une analyse régulière est produite au conseil de bloc afin d'ajuster les organisations.

5) Commandes de matériel

Les commandes de petits consommables sont assurées par (*préciser*), sous la responsabilité du cadre et/ou des infirmières avec l'aide d'infirmiers référents pour chaque spécialité.

6) **Essai et prêt de matériel**

Tout essai ou prêt de matériel doit impérativement être soumis à l'autorisation de l'ingénieur biomédical et/ou du pharmacien.

7) **Maintenance**

Les dispositifs médicaux « sensibles » (respirateurs, bistouris électriques,...) font l'objet d'une maintenance préventive régulière sous la responsabilité du service biomédical en collaboration avec l'équipe opérationnelle d'hygiène si besoin.

8) **Vigilance :**

Tout incident ou risque d'incident est déclaré par l'intermédiaire d'une Fiche de déclaration d'Evènement Indésirable (FEI) transmise dans les plus brefs délais au gestionnaire des risques. Cette FEI est, selon les cas, ensuite adressée au vigilant local et aux différents acteurs impliqués.

CONCLUSIONS

Cette charte, une fois diffusée à tous les acteurs des blocs opératoires, devient exécutoire et opposable. C
Chaque professionnel a pour mission de veiller à sa diffusion et porte la responsabilité de son application.

La charte de fonctionnement, consultable sur le réseau partagé, est portée à la connaissance de tous les acteurs des blocs opératoires - y compris des nouveaux personnels - qui doivent la parapher.

L'évaluation du respect de l'application de cette charte est réalisée une fois par an à partir d'une grille construite sur la base d'indicateurs choisis par le conseil de bloc opératoire. Le choix des indicateurs est évolutif en fonction des priorités retenues par le conseil de bloc opératoire. Le résultat de cette évaluation est affiché dans le bloc opératoire.

Une relecture annuelle permet une actualisation qui est diffusée à tous.

DELRIEU

Anthony

Décembre 2017

Directeur des soins

Promotion 2017

Le directeur des soins et la construction d'une culture sécurité d'équipe

L'exemple de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>

Résumé :

Les notions de culture de sécurité et de travail en équipe sont progressivement devenues des thèmes incontournables au sein des établissements de santé. En ce sens, les organisations hospitalières se sont progressivement optimisées et dotées d'outils, pour une offre de soins de meilleure qualité et plus sécurisée. Ainsi, en imposant la mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire », la HAS a souhaité doter les établissements de santé d'un outil jugé essentiel pour la prévention des risques liés à l'activité chirurgicale. Néanmoins, différentes études montrent qu'il subsiste des barrières culturelles à son utilisation optimale et qui interpellent le travail en équipe.

Après avoir précisé les concepts de travail en équipe notamment au bloc opératoire, puis abordé la culture sécurité au prisme de l'anthropologie, nous avons mené une enquête au sein de deux établissements de santé.

L'analyse met en évidence que travailler en équipe efficacement afin de dispenser des soins de qualité et sécurisés ne se décrète pas mais nécessite du temps, de l'accompagnement et de la formation. Une culture sécurité d'équipe implique que chacun se sente responsable de la sécurité des soins par son activité et puisse interagir en ce sens avec tous les acteurs concernés.

Notre réflexion porte alors sur le leadership du directeur des soins pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients. La construction d'une culture sécurité suppose un management stratégique et opérationnel, à travers des actions cohérentes sur les dimensions techniques, le management de la sécurité, les facteurs humains et organisationnels.

Mots clés :

Directeur des soins – Equipe – Culture – Leadership - Bloc opératoire - Check-list Sécurité - Qualité

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.