



HAL
open science

La résilience au bloc opératoire en période de pandémie : le cas du COVID-19

Karine Ferrando Parpex

► To cite this version:

Karine Ferrando Parpex. La résilience au bloc opératoire en période de pandémie : le cas du COVID-19. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03621203

HAL Id: dumas-03621203

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03621203>

Submitted on 28 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER MOMA
MEMOIRE PRESENTE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'UNIVERSITE
« **Management du Développement Durable en Santé** »

LA RESILIENCE AU BLOC OPERATOIRE EN PERIODE DE
PANDEMIE : LE CAS DU COVID-19

Présentée par :
Ferrando Karine née Parpex

Jury :

Mme Georgescu Irène, Professeur des Universités en Sciences de gestion
MOMA, Université de Montpellier

Mr Naro Gérald, Professeur des Universités en Sciences de gestion
MOMA, Université de Montpellier

Mr Toma Olivier, Fondateur Primum Non Nocere, Béziers

Année :

01/12/2021

En partenariat avec

Remerciements

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

A Mme Georgescu Irène en sa qualité de directrice de mémoire, pour m'avoir conseillée, aidée et orientée tout au long mon travail.

A l'équipe pédagogique pour leur encadrement bienveillant durant cette année de formation, pour leurs conseils et leurs sourires.

A Mr Cadart Aurélien, directeur des soins à l'hôpital de Calais et, à Mme Pascal Angélique, stomatologue à l'hôpital de Draguignan. Elles ont été mes personnes ressources quand le doute était présent.

A Mme Nicot Laetitia Infirmière de Bloc Opératoire à l'hôpital de la Dracénie, qui m'a aidée dans la mise en forme conforme du mémoire.

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

Glossaire

- AITA : Association Internationale du Transport Aérien
- AFGSU : Attestation de Formation aux Geste et Soins d'Urgence
- AS : Aide-soignant
- ASH : Agent de Service Hospitalier
- BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles
- CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle
- CREX : Commission de Retour d'Expérience
- DGAC : Direction Générale de l'Aviation Civile
- EI : Evènement Indésirable
- ENEIS : Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables liés aux Soins
- FFA : Fédération Française Aéronautique
- HAS : Haute Autorité de Santé
- H1N1 : virus de type A et de sous-type H1N1. Les lettres H et N désignent deux protéines de surface du virus (hémagglutinine et neuraminidase) et le chiffre associé, son degré d'affinité avec le métabolisme humain
- HRO : High-Reliability Organizations, Organisation de haute fiabilité
- IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
- IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
- IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
- Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- Masque FFP2 : filtering facepiece, (littéralement « pièce faciale filtrante ») de seconde classe, est un modèle de masque de protection auto filtrant de type jetable
- MERS-COV : Coronavirus du Syndrome Respiratoire du Moyen-Orient
- MW : Symbole de mégawatt
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ORSAN : Organisation de la Réponse du système de santé en situations Sanitaires exceptionnelles
- PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
- PCR : Polymerase Chain Reaction
- REX : Retour d'Expérience
- RMM : Revue de Mortalité et de Morbidité
- SAMU : Service d'Aide Médical Urgente

- SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
- SMUR : Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation
- SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle
- SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
- Test RT-PCR : Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction
- UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire
- UPRT: Upset Prevention and Recovery Training
- V2010, V2014, V2020 : Certification des établissements de santé, année 2010, Année 2014, année 2020

Table des matières

I.	INTRODUCTION	1
II.	CONSTAT	2
III.	LE CONTEXTE	3
III.1	Les Organisations de Haute Fiabilité dites HRO.....	3
III.1.1	Définition.....	3
III.1.2	Les caractéristiques organisationnelles des HRO	4
III.1.3	Exemples d'organisations de haute fiabilité	6
III.1.3.1	Les centrales nucléaires.....	6
III.1.3.2	Le milieu aéronautique.....	7
III.2	Le Bloc Opérateur	8
III.2.1	Définition.....	8
III.2.2	Organisation	9
III.2.2.1	Processus.....	9
III.2.2.2	Architecture.....	9
III.2.2.3	Equipement	10
III.2.2.4	Informatisation	10
III.2.2.5	Humain.....	10
III.2.3	Le bloc opératoire, une organisation type HRO	10
III.3	Les Soignants au Bloc Opérateur	13
III.3.1	L'IDE	13
III.3.2	L'IBODE	13
III.3.3	L'IDE, mesures transitoires	14
III.3.4	L'IADE.....	14
III.3.5	L'AS	15
III.3.6	L'ASH	15
III.4	Le Cadre de Bloc Opérateur.....	16
III.5	Le Patient au Bloc Opérateur	16
III.5.1	Définition.....	16
III.5.2	La prise en charge du patient au bloc opératoire	17
III.5.3	Qualité et sécurité des soins au bloc opératoire, gestion des risques	17
III.5.3.1	Les vigilances sécuritaires.....	19
III.5.3.2	Le culte de la qualité et gestion des risques	19
III.5.3.3	La HAS	20

III.5.3.4 « Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles »	20
---	----

III.6 Le COVID-19 au Bloc Opératoire..... 21

III.6.1 Le cas du COVID-19.....	21
III.6.1.1 Historique.....	21
III.6.1.2 Définition	22
III.6.1.3 Symptômes Covid-19.....	22
III.6.1.4 Population à risque.....	23
III.6.1.5 Transmission	24
III.6.1.6 Les tests.....	24
III.6.1.7 Traitement.....	24
III.6.1.8 Vaccination	24
III.6.2 Définitions	25
III.6.2.1 Epidémie	25
III.6.2.2 Pandémie.....	25
III.6.3 Le covid-19, l'impact au bloc opératoire.....	26
III.6.3.1 Des guides en décalé	26
III.6.3.2 Au bloc opératoire.....	27
III.6.3.3 Le patient suspect voir atteint de Covid-19 au bloc opératoire	28

IV. LES CONCEPTS..... 30

IV.1 La Résilience..... 30

IV.1.1 Définition de la Résilience	30
IV.1.2 Les différentes formes de Résilience	30
IV.1.2.1 Les cinq cercles de la résilience.....	30
IV.1.2.2 La résilience en psychologie.....	32
IV.1.3 Des accélérateurs de résilience / caractéristiques associées à la résilience.....	32
IV.1.4 Résilience organisationnelle	33
IV.1.4.1 L'absence de résilience au sein d'un groupe	34
IV.1.4.2 Les facteurs propices au phénomène de résilience	34
IV.1.4.3 Les mécanismes de la résilience organisationnelle	35
IV.1.5 Résilience et exposome	36
IV.1.6 Résilience et réseaux sociaux	36
IV.1.7 L'intelligence collective pour une résilience responsable	37

IV.2 La Peur de l'Inconnu..... 38

IV.2.1 Définitions	38
IV.2.1.1 Peur.....	38
IV.2.1.2 Inconnu	38

IV.2.2	Différentes formes de peurs.....	38
IV.2.2.1	Les peurs simples ou peurs spécifiques	38
IV.2.2.2	Les phobies sociales.....	39
IV.2.2.3	L'agoraphobie.....	39
IV.2.3	Peur de l'inconnu.....	39
IV.2.4	Peur des épidémies	41
IV.3	Synthèse de la recherche conceptuelle	41
V.	L'HYPOTHESE	43
VI.	TRAVAIL DE RECHERCHE	44
VI.1	Guide d'entretien	44
VI.2	Population ciblée.....	44
VI.3	Déroulement des entretiens.....	45
VI.4	Les objectifs du travail de Recherche	45
VI.5	Analyse de l'enquête de terrain	45
VI.6	Synthèse de l'enquête	60
VII.	VALIDATION OU INFIRMATION DE L'HYPOTHESE.....	62
VIII.	QUEL AVENIR ?	64
VIII.1	Les Epidémies et la Biodiversité.....	64
VIII.2	L'avenir des Epidémies au Bloc Opérateur	65
IX.	CONCLUSION	67
	TABLE DES ANNEXES	68

I. INTRODUCTION

« **Le Covid-19 est l'avertissement de la nature qui appelle l'humanité à l'ordre** » selon Hicham Barmaki, chercheur en éducation et développement humain au Maroc.

Boris Cyrulnik, neuropsychiatre et grand spécialiste de la résilience, évoque un grand changement de société du fait de la crise actuelle auquel les entreprises vont devoir s'adapter.

La pandémie de Covid-19 a été l'occasion d'une brusque prise de conscience de notre vulnérabilité, à la fois personnelle et collective.

Au bloc opératoire où je travaille en tant qu'infirmière de bloc opératoire, la tension fut palpable pendant ce premier confinement. Le personnel soignant était stressé par cette situation inconnue et inédite. Malgré le confinement, il fallait continuer de travailler avec un énigmatique virus, le Covid-19, dans un milieu de travail totalement réorganisé. Dans un contexte d'organisation de haute fiabilité qu'est le bloc opératoire, la crise sanitaire surajoutait aux pressions quotidiennes des soignants. Il a fallu s'adapter et faire preuve de résilience.

Ce mémoire traite de la résilience au bloc opératoire en période de crise : le cas de la pandémie du Covid-19.

Les recherches sont portées sur la résilience et les difficultés que les soignants ont pu rencontrer pour être résilients dans un environnement de travail difficile pendant la pandémie.

Après avoir exposé le constat, ce mémoire développe quatre parties : le contexte, les concepts, le travail de recherche et l'avenir après le Covid-19. Dans le contexte, il est décrit et démontré que le bloc opératoire est bien une organisation de haute fiabilité qui doit s'adapter à l'arrivée du Covid-19. De ces éléments découlent les concepts avec les différentes formes de résilience et la peur de l'inconnu.

Le travail de recherche porte sur la manière dont les soignants ont fait face aux événements, s'ils ont fait preuve de résilience. Enfin, l'avenir post pandémie est abordé.

II. CONSTAT

Nous sommes le premier janvier deux mille vingt, ravis de fêter la nouvelle année, la tête pleine de projets.

Aux informations, nous entendons parler de Wuhan, une ville en Chine où un virus contamine la population ; ses symptômes correspondraient à un état grippal important...Mais c'est loin la Chine, on n'est pas concerné...Ils sont confinés le dix-sept février. Mais ils sont toujours aussi loin...

Entre temps, début février apparaissent les premiers cas officiels en France. Fin février, l'Oise et le grand Est sont de plus en plus touchés. L'Italie vit des moments de pandémie sans précédent. Nous commençons à douter de la véracité des propos des médias, la situation serait-elle plus grave qu'on ne le croit ? Cette « grippe » est-elle différente et mortelle ?

Le seize mars deux milles vingt, Mr Macron déclare la France en plan blanc. C'est la stupeur au sein de l'équipe de bloc opératoire...Que va-t-il se passer ? Allons-nous vivre la même chose que l'Oise le grand Est, l'Italie ? Mon côté fataliste et optimiste me dit : « prend les événements comme ils viennent. » La réaction de mes collègues de travail me surprend, je vois et ressens beaucoup de gens stressés, prêts à tout pour ne pas s'occuper de patients atteints du Covid-19. Les relations qui sont cordiales en temps normal ne sont plus au rendez-vous. J'assiste aussi à des réactions bienveillantes, suis témoin de personnes se désignant volontaires pour affronter la crise qui se prépare. Bref, beaucoup de comportements différents se manifestent dans l'enceinte fermée de ce service.

Avec l'arrivée de la pandémie du Covid-19, dans une organisation comme le bloc opératoire exigeant un très haut niveau de sécurité pouvant générer du stress dans les pratiques au quotidien, la qualité de vie au travail est fortement diminuée.

Nous sommes des soignants avant tout, dotés d'une certaine expérience et expertise au bloc opératoire. Le fait de changer nos habitudes, nos réflexes, notre mode de travail a été très compliqué au début pour beaucoup de professionnels. Il a fallu s'adapter, changer notre mode de travail, travailler dans un bloc sans patients (toutes les interventions étaient annulées, on ne traitait que les urgences ou semi-urgences.). Il y avait aussi cette peur de l'inconnu ; peur du Covid-19, peur de travailler dans un service inconnu, peur de l'avenir inconnu...

Au bloc opératoire, on se remet sans cesse en question de par l'évolution des pratiques, les avancées scientifiques, les arrivées de nouveaux chirurgiens ou anesthésistes avec des pratiques différentes et pourtant ...

« Pourquoi les soignants au bloc opératoire ont eu des difficultés à être résilients en contexte de pandémie : le cas du covid 19 ? »

L'analyse du contexte va nous orienter pour répondre à cette question.

III. LE CONTEXTE

Selon les scientifiques, le bloc opératoire est considéré comme une HRO. Sutcliffe étudie d'ailleurs les HRO et la prise de décision de groupe afin de comprendre comment les organisations et leurs membres font face à l'incertitude et aux événements inattendus, en mettant l'accent sur la fiabilité, la résilience et la sécurité dans les soins de santé. Dans ce contexte, je vais décrire les HRO et donner des exemples pour pouvoir faire les liens avec le bloc opératoire ; décrire son organisation, les professionnels du bloc opératoire ainsi que les patients et les instances sécuritaires, parties prenantes d'une HRO. Enfin, l'évènement inattendu ici présent sera le traitement de la Covid-19 au sein d'un milieu HRO.

III.1 Les Organisations de Haute Fiabilité dites HRO

III.1.1 Définition

Roberts, en 1990, définit les HRO comme une organisation dangereuse exigeant un très haut niveau de sécurité pendant de longues périodes. Ce modèle est né au milieu des années quatre-vingt en réponse à la théorie des accidents normaux (Perrow, 1984). Le domaine de recherche des HRO s'est construit par l'observation de porte-avion américain, du contrôle du trafic aérien, d'une installation nucléaire et d'une équipe de sapeurs-pompiers.

S'écarter des conceptions naturelles de l'accident défendues par Perrow (1984, 2004) qui tendrait à considérer l'accident comme un épisode inévitable au sein de la vie des organisations, les chercheurs affiliés à l'école de Berkeley, rejoints par la suite par Karl E. Weick, ont identifié un type d'organisations réussissant à s'extraire de la logique de l'accident inévitable. Ces organisations centrées autour d'une vigilance perpétuelle face à toute erreur interne ou tout changement externe semblent présenter des caractéristiques particulières qualifiant celles-ci d'«exotiques» au sein de l'ensemble des organisations. En se centrant principalement **sur le traitement des erreurs et sur l'analyse des échecs** plus que sur la célébration de leurs succès et de leur efficacité (Weick, Sutcliffe, Obstfeld, 1999), les HRO présentent une activité humaine organisée différente des autres organisations.

Un second point important soulevé par Weick K.E. (1987) sur la culture particulière développée par les HRO concerne **leur capacité à prendre des décisions dans des contextes instables, turbulents et donc changeants. Et cela, grâce à leur capacité d'agir différemment**, beaucoup plus rapidement qu'à la normale et à refaire très vite sens de l'anormal rencontré pour pouvoir à nouveau prendre les

décisions qui s'imposent. La littérature démontre que les HRO sont marquées par trois grandes caractéristiques : **réflexives, apprenantes et traversées par des tensions très fortes** (Journé, 2009). La fiabilité de telles organisations repose sur **2 piliers** : d'une part, **des modes d'organisation qui intègrent la sécurité comme composante essentielle de leur performance** et, d'autre part, **des pratiques professionnelles porteuses de sécurité dans la réalisation des activités quotidiennes**. Jeff Ericksen et Lee Dyer en 2005 distinguent aux HRO deux compétences, vigilance et fluidité. La première celle d'anticiper ou de détecter les surprises facilement sans remettre en cause les opérations routinières quotidiennes. La seconde est la capacité d'effectuer rapidement et facilement des allers-retours entre des routines stables et des actions nouvelles flexibles. Ces organisations sont dénommées « hautement fiables » dans la mesure où elles semblent réussir à opérer une activité humaine qui leur permettent spécifiquement d'anticiper les erreurs et de faire preuve de résilience face à la complexité tout en exploitant leur cœur d'activité.

III.1.2 Les caractéristiques organisationnelles des HRO

Weick et Sutcliffe en 2007 définissent cinq caractéristiques organisationnelles pour limiter les accidents et obtenir un haut niveau de performance. C'est un pilier pour identifier les principes de management des imprévus.

- 1) ***La recherche constante des éventuelles erreurs et défaillances*** au sein de l'organisation par le biais d'une démarche de « reporting » soit les processus de retour d'expérience (REX). C'est une source d'apprentissage et de changement organisationnel pour permettre l'amélioration des performances de l'organisation.
- 2) ***Une réticence à la simplification*** : cette caractéristique représente la capacité d'une organisation de haute fiabilité à rassembler, analyser, et prioriser tout signal d'alerte d'une défaillance et éviter toute hypothèse visant à en déterminer les causes. La maîtrise des situations implique de « faire sens » de ce qui déroule et pourrait menacer la sécurité.
- 3) ***Une sensibilité aux opérations*** : soit la capacité des HRO à obtenir et à maintenir une meilleure vision des opérations leur permettant d'anticiper efficacement de futures défaillances potentielles ; les décisions doivent se prendre sur la base d'informations réelles sur le terrain et non sur la base de considérations générales qui ignorent les faits.
- 4) ***Un engagement vers la résilience*** : il accentue le fait qu'aucun système n'est parfait et que l'engagement d'une organisation de haute fiabilité n'est pas sans absence d'erreur mais le fait qu'une erreur n'entrave pas le fonctionnement de cette organisation. Il s'agit de développer les capacités de chacun et de l'organisation dans son ensemble à faire face aux imprévus de

toutes sortes et à rebondir lorsque le système est déstabilisé, de sorte que le problème en cours ne débouche pas sur un accident.

- 5) ***La déférence à l'égard de l'expertise*** : Une HRO entretient une culture de diversité lui permettant d'agir davantage et d'obtenir une connaissance experte d'un individu au regard d'une situation extrême. Les décisions ne se prennent pas en fonction de la position hiérarchique mais de l'expertise au regard du problème et de la situation considérés. Par conséquent, l'expertise n'appartient pas en propre à des experts mais souvent relève du collectif des personnes concernées par la situation. Au travers de ces caractéristiques et des différents retours d'expérience, Roberts et Bea (Roberts, Bea, 2001) ont répertoriés trois spécificités qu'une organisation peut établir pour rendre sa fiabilité plus forte.

La première, les HRO doivent sans cesse être à la recherche de connaissances. Ce qui signifie l'entraînement et l'amélioration des individus pour savoir gérer au mieux des événements non désirés. La seconde, les HRO doivent trouver un équilibre entre performance et fiabilité afin de prendre des décisions fiables à court terme mais profitable sur le long terme.

La troisième, les HRO doivent transmettre cette vision globale au travers de la chaîne hiérarchique à l'ensemble des parties prenantes.

De plus pour qu'une HRO soit opérationnelle, il faut prendre en considération la pleine conscience collective, la production de sens, et la mise en action.

Concernant la pleine conscience collective, les personnes au sein des HRO n'ont pas de préjugé, elles peuvent utiliser des informations nouvelles et adapter la prise de décision. C'est une utilisation intelligente de toute nouvelle information pour ne pas opter pour des comportements automatiques à conclusion trop hâtive. Les HRO se concentrent sur un objectif à atteindre, non sur la manière d'y accéder.

Concernant la production de sens, elle correspond à la manière de donner du sens à ce qui peut paraître flou ou ambigu : le vocabulaire est commun entre opérationnels ; au cours d'une intervention la production de sens est basée sur la recherche de sens, de possibilités et d'agissements. (Weick K.E., 1987, C'est ce qu'il appelle la culture du sens).

Concernant la mise en action, elle décrit comment la réponse s'engage au travers de cette production de sens, elle permet de modifier une situation. Une éventuelle peur de mal faire les choses ne doit pas stopper un opérationnel dans la poursuite de son action.

III.1.3 Exemples d'organisations de haute fiabilité

Les organisations propres au milieu nucléaire et au milieu aéronautique se sont construites autour du risque technologique qu'elles se doivent de maîtriser. Leur histoire est jalonnée d'accidents majeurs : Three Miles Island (79), Tchernobyl (86), Tokaimura (1999) et Fukushima (2011) au Japon, pour le nucléaire ; l'accident de Ténériffe (1977), le DC 10 de la Turkish Airlines (1974), l'accident du Mont Sainte Odile (1992) le Concorde (2000), etc. Dernièrement le Boeing 737 au large de Jakarta (janvier 2021) pour l'aéronautique.

Ces enjeux de sécurité se répercutent sur les questions économiques : La filière nucléaire ou certaines compagnies aériennes sont vouées à disparaître en cas d'accident majeur. Aussi, ces milieux sont-ils soumis à une forte pression externe, la pression médiatique sous-tendue par la société civile et les contrôles émanant de leurs autorités de sûreté (DSIN, DGAC), auxquels ils doivent rendre des comptes en matière de sécurité.

D'autre part, en interne, qu'ils s'agissent des pilotes d'avion ou des trente mille personnes qui travaillent dans les centrales nucléaires, l'issue peut être fatale en cas d'accident. Tous les personnels en rapport de près ou de loin avec des équipements importants pour la sûreté ont des habilitations conditionnées à des formations, des entraînements et des recyclages récurrents. Ces organisations disposent de leurs propres « gendarmes » internes et auditeurs. Ainsi, chaque centrale nucléaire fait l'objet d'une évaluation globale de sûreté triennale.

Les incidents, anomalies ou erreurs, sont immédiatement signalés et le public en est informé ; leur connaissance et les analyses qui en découlent sont partagées au niveau mondial.

Dans ces milieux, la prise en compte et l'anticipation de l'accident majeur, ont pour conséquences une obligation de transparence et une pratique de REX quant aux incidents, accidents, et parfois la mise à jour des bonnes pratiques.

En aéronautique, les REX sont d'ailleurs consultables par le public sur le site de la Fédération Française d'Aéronautique.

III.1.3.1 Les centrales nucléaires

Une centrale nucléaire est une centrale électrique, utilisant la fission nucléaire de matières fissiles pour produire de la chaleur dont une partie est transformée en électricité. C'est actuellement la principale mise en œuvre civile de l'énergie nucléaire.

Une centrale nucléaire est constituée d'un ou plusieurs réacteurs nucléaires (jusqu'à 7), dont la puissance électrique varie de 40 MW à plus de 1450 MW.

Mathilde Bourrier a effectué un travail de terrain fait d'observations et d'entretiens au sein des services de maintenance de quatre centrales nucléaires (deux en France, deux aux Etats-Unis). L'immersion dans les centrales démontre une omniprésence des systèmes de sécurité : consignation du matériel, protections en zone radioactive, compartimentation, planning, formalisation des procédures. Son observation montre une réalité très contingente. Il existe une culture de la fiabilité organisationnelle fondée sur quelques principes : redondance des canaux de décision, des procédures de contrôle, de consensus sur les buts de l'organisation, du recyclage, la formation des opérateurs et la centralisation des décisions, etc. Mais l'étude de la fiabilité ne peut se limiter à l'analyse des défaillances et des grands accidents, elle doit saisir la vie quotidienne de ces organisations. Malgré une technologie quasi identique, chaque centrale a développé sa propre manière d'atteindre un haut niveau de fiabilité, chaque site a construit son propre « régime de fiabilité », avec à chaque fois des avantages et des inconvénients.

Il n'existe donc pas un seul modèle de HRO dans le milieu nucléaire.

III.1.3.2 Le milieu aéronautique

L'aéronautique inclut les sciences et les technologies ayant pour but de construire et de faire évoluer un aéronef dans l'atmosphère terrestre. Un aéronef est un engin qui, pour évoluer dans l'atmosphère, l'utilise pour sa sustentation. Les principaux aéronefs sont l'avion et l'hélicoptère.

Les activités aériennes sont réglementées sous l'égide d'institutions le plus souvent étatiques à l'échelle mondiale comme l'AITA pour les compagnies aériennes, à l'échelle régionale comme Eurocontrol pour la gestion du trafic aérien dans la zone européenne ou à l'échelle nationale comme la DGAC pour l'aviation civile en France. Ces institutions organisent ou réglementent la formation dans les métiers de l'aéronautique en particulier lorsque la sécurité des vols est affectée : c'est bien sûr le cas pour les pilotes et le personnel navigant commercial mais aussi pour les personnels chargés de la maintenance et les contrôleurs aérien. Ces formations sont assurées par des écoles spécialisées. La navigation, la connaissance de l'atmosphère terrestre, la météorologie sont indispensables à l'aéronautique même si les bases ne lui sont pas spécifiques.

Tous les ans, les pilotes doivent revalider leur formation et effectuer une visite médicale spécifique aéronautique. Ce qui consiste à renouveler la qualification sur l'avion, des cours obligatoires sur le transport de marchandises dangereuses, le « Crew Resources Management » (management des ressources de l'équipage), le self défense, l'évacuation d'urgence et les équipements à bord, l'exploitation des aéroports utilisé par la compagnie, la connaissance de l'avion et l'UPRT

(mécanique du vol et comment réagir à certains phénomènes aéronautiques). Quant à la validité de l'anglais, selon le niveau du pilote, elle se pratique tous les 5 ans ou à vie.

Le « Crew Resources Management », concept né dans les années soixante-dix, a prouvé son efficacité dans la réduction des accidents survenus dans des environnements à haut risque, tel que l'aviation.

Ce qui signifie qu'en aéronautique, organisation type HRO, on considère que rien n'est jamais acquis pour la vie, le métier doit sans cesse être remis à jour.

On retient donc que Weick et Sutcliffe ont donné cinq caractéristiques principales aux HRO : La recherche constante des éventuelles erreurs et défaillances, une réticence à la simplification, une sensibilité aux opérations, un engagement vers la résilience, la déférence à l'égard de l'expertise. Ce qui signifie leur capacité à prendre des décisions dans des contextes instables, turbulents et donc changeants, grâce à leur capacité d'agir différemment. Elles ont des pratiques professionnelles porteuses de sécurité dans la réalisation des activités quotidiennes. Journé ajoutait en 2009 : « les HRO sont réflexives, apprenantes et traversées par des tensions très fortes ».

Les organisations propres au milieu nucléaire et au milieu aéronautique se sont construites autour du risque technologique qu'elles se doivent de maîtriser, les enjeux de sécurité sont une priorité. Chaque HRO s'adapte au site environnemental, il n'existe pas un modèle unique. L'organisation se remet sans cesse en question par le recyclage et formation des personnes, les retours d'expérience, etc. Nous allons déterminer si le bloc opératoire est une organisation HRO.

III.2 Le Bloc Opératoire

III.2.1 Définition

Le bloc opératoire est une enceinte dédiée à des actes invasifs auprès de patients, actes réalisés quelles qu'en soient la modalité et la finalité, en ayant recours aux équipements adéquats et en regroupant toutes les compétences médicales et paramédicales requises, pour assurer la sécurité des patients. Le bloc opératoire est soumis à une réglementation stricte et à de nombreux contrôles afin de réduire au maximum les risques d'infection ou de contamination.

On peut y pratiquer aussi bien des actes invasifs à but diagnostique ou thérapeutique que des actes accomplis à ciel ouvert, par voie endoscopique et/ou par ponction.

L'exigence de regroupement impose l'intégration, au sein du même bloc opératoire, des actes programmés, ambulatoires et les urgences, requérant tous le même équipement.

Les actes réalisés nécessitent le plus souvent une anesthésie (générale, loco-générale ou locale).

Dans tous les cas, il faudra l'intervention ponctuelle ou continue de nombreux personnels qui composeront « l'équipe » : agents service hospitalier, aides-soignantes, infirmières (IDE, IBODE, IADE), chirurgiens, anesthésistes, sans omettre les personnels à compétence plus strictement technique : ingénieurs biomédicaux, agents qualifiés pour la maintenance, fournisseurs, etc. Tous ces personnels travaillent dans une seule et même organisation.

III.2.2 Organisation

III.2.2.1 Processus

L'organisation du bloc opératoire repose sur un ensemble de processus :

- ✓ Processus management (programmation, gestion des risques, gestion de la continuité des soins, etc.) ;
- ✓ Processus interventionnel (prise en charge du patient en pré, per et postopératoire) ;
- ✓ Processus supports (ressources humaines, documentaires, logistiques, système d'information, etc.).

III.2.2.2 Architecture

L'architecture des salles d'opération est codifiée selon des critères bien définis : la superficie, la flexibilité, la modularité et la polyvalence.

Au sein du bloc opératoire, plusieurs zones sont individualisées : la zone hyper aseptique, la zone aseptique, la zone septique.

Des zones de lavage manuel sont réparties efficacement.

Toutes les salles d'opération aseptiques et hyper aseptiques sont en hyperpression, avec une ventilation d'air hautement filtré, une température et un degré d'hygrométrie contrôlés ; elles possèdent une isolation phonique, un revêtement adapté.

La salle de surveillance post-interventionnelle est située à la frontière du bloc opératoire, avec une entrée dans l'enceinte du bloc et une sortie dans le reste de l'établissement de soins.

III.2.2.3 Equipement

L'équipement est déterminé selon le type d'acte réalisé. Il faut distinguer :

- ✓ La table d'opération et le matériel chirurgical ;
- ✓ L'équipement de surveillance, d'anesthésie ;
- ✓ L'équipement de radiologie avec sa radioprotection ;
- ✓ Les équipements venant des autres disciplines : les ultrasons, les appareils de navigation, les appareils portables de biologie délocalisé etc.

III.2.2.4 Informatisation

Le bloc opératoire est informatisé dans plusieurs buts :

- ✓ La programmation des interventions et une gestion optimale d'occupation des salles ;
- ✓ La réalisation du dossier médical per opératoire qui comporte :
 - La surveillance du patient, les prescriptions et dispensations effectuées, la gestion des consommables, les événements constatés, les différents compte-rendu de chirurgie, d'anesthésie, de transfusion, du dossier infirmier, et autre ...
- ✓ L'équipement de vidéo-transmission et l'acquisition des images opératoires
- ✓ La sécurité en établissant la traçabilité du patient, des actes, du matériel et de maintenance.

III.2.2.5 Humain

Le bloc opératoire est le lieu dans lequel va collaborer un certain nombre de personnes pour atteindre un but commun : le bon déroulement de l'intervention chirurgicale selon des critères d'efficacité, d'hygiène et de sécurité.

La complexité du fonctionnement d'un bloc opératoire et la multiplicité des intervenants nécessitent une structure de coordination et des personnels qualifiés afin d'orchestrer l'ensemble des activités qui se déroulent au sein de cette structure. Le chef de bloc opératoire, le coordonnateur du bloc opératoire ainsi que le conseil de bloc opératoire sont les piliers de cette organisation. Pendant le déroulement d'une intervention, chaque profession a sa propre fonction, régit par les décrets de compétences propres à chacun.

III.2.3 Le bloc opératoire, une organisation type HRO

« Roberts définit les HRO comme une organisation dangereuse exigeant un très haut niveau de sécurité pendant de longues périodes » ;

La qualité et la sécurité de la prise en charge du patient au bloc opératoire sont des priorités de la certification des établissements de santé depuis son origine.

« Ces organisations sont centrées autour d'une vigilance perpétuelle face à toute erreur interne ou tout changement externe »

Depuis la V2010, l'organisation du bloc opératoire est devenue une pratique exigible prioritaire et la mise en œuvre de la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est obligatoire.

« Les HRO se centrent principalement sur le traitement des erreurs et sur l'analyse des échecs plus que sur la célébration de leurs succès et de leur efficience » :

En V2014, la thématique « Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire » doit être obligatoirement renseignée dans le compte qualité. Elle est systématiquement investiguée en visite à l'aide des nouvelles méthodes (audit de processus, patient-traceur).

En matière de prise en charge au bloc opératoire, la V2014 ambitionne de :

- ✓ Mieux évaluer la capacité des établissements à gérer les risques au bloc grâce à des méthodes d'évaluation plus discriminantes ;
- ✓ Promouvoir et valoriser le travail en équipe et la communication au bloc.

Les orientations de la HAS pour la prochaine certification, V2020 sont d'impliquer davantage le patient, de mieux prendre en compte le résultat de la prise en charge, de développer le travail en équipe, de s'adapter aux regroupements d'établissements, et de promouvoir une démarche continue d'amélioration de la qualité.

Pour assurer sa continuité de fonctionnement, un bloc opératoire doit suivre les exigences des certifications. Les cinq caractéristiques des HRO développés par Weick et Sutcliffe en 2001 correspondent aux critères des certifications V2010, V2014, V2020 :

- ✓ « preoccupation with failure » : tous concernés par les dysfonctionnements
- ✓ « reluctance to simplify » : comprendre sans blâmer, analyse approfondie
- ✓ « sensitivity to operations » : attention et vigilance permanentes
- ✓ « commitment to resilience » : adaptation et récupération/atténuation
- ✓ « deference to expertise » : respect du rôle de chacun, écoute du terrain

« Les HRO doivent sans cesse être à la recherche de connaissances. »

Un bloc opératoire bénéficie au sein de son établissement d'un plan de formation permettant aux professionnels de santé de mettre à jour leur connaissance quant à l'évolution de la chirurgie et de

l'anesthésie. Des sites professionnels tels que celui du syndicat national des infirmiers anesthésistes, ou celui de l'union nationale des infirmiers de bloc contribuent de même à la l'actualité professionnelle.

« Les HRO doivent trouver un équilibre entre performance et fiabilité afin de prendre des décisions fiables à court terme mais profitable sur le long terme. »

« Les HRO doivent transmettre cette vision globale au travers de la chaîne hiérarchique à l'ensemble des parties prenantes. »

Le conseil de bloc opératoire est une instance qui a vocation à prendre des décisions et disposent d'outils lui permettant de mesurer l'impact de celles-ci. L'objectif est d'avoir une instance de pilotage du bloc opératoire, opérationnelle et efficace. Durant ces instances, il passe en revue les résultats des indicateurs, validation des vacations opératoires, élabore des règles de fonctionnement du bloc opératoire relatives :

- ✓ À l'organisation du plateau technique dans un but d'optimisation des ressources et des moyens,
- ✓ À la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients,
- ✓ Aux conditions de travail des personnels,
- ✓ Aux conditions d'exercice des chirurgiens et anesthésistes.

Le conseil de bloc opératoire élabore et valide la Charte de bloc opératoire : c'est avant tout un outil de management. Elle couvre l'ensemble des problématiques d'organisation du bloc opératoire et formalise les règles du jeu communes auxquelles chaque professionnel du bloc opératoire se soumet. La charte de bloc détermine également les règles de sécurité de prise en charge des patients et rappelle celles relatives aux personnels.

Sont présents lors de ces conseils de bloc, le cadre du bloc, le médecin coordonnateur, le président et vice-président du conseil de bloc, la direction de l'établissement de santé.

Le bloc opératoire est organisé selon des process, des protocoles établis et validés par des parties prenantes, avec des professionnels compétents dans leur discipline capables de faire face à des situations de toute sortes réglées comme urgentes, voire inattendues.

Le bloc pluridisciplinaire est un environnement complexe où la pression, le stress sont omni présents. Malgré tout, il y prédomine une solidarité, une vigilance, un respect dans la prise en charge du patient.

Le bloc opératoire est une organisation de haute fiabilité où des soignants prennent en charge des patients.

III.3 Les Soignants au Bloc Opératoire

Deux types de profession travaillent en collaboration au bloc opératoire : les médicaux et paramédicaux. Les médicaux concernent les chirurgiens, anesthésistes, endoscopistes mais ne seront pas développés ci-après, le sujet de ce mémoire étant centré sur les paramédicaux.

III.3.1 L'IDE

L'exercice rigoureux de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers dans le respect des règles d'hygiène et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. L'IDE réalise des soins destinés à maintenir ou restaurer la santé de la personne malade. Il surveille l'état de santé des patients et coordonne les soins pendant leur hospitalisation et lors de leur sortie. Il agit, soit à son initiative, soit selon les prescriptions du médecin. Il travaille en étroite relation avec le corps médical et encadre parfois une équipe d'aides-soignants. Il transmet par écrit ou par oral les informations relatives aux patients pour garantir le suivi des malades, dans les meilleures conditions. Il peut exercer un métier très technique en service de bloc opératoire par exemple.

L'IDE travaille sur décret (« code de la santé publique, art R4311-1 à R4312-92 » du 28 décembre 2020 excepté les articles R4311-11, R4311-12, R4311-13)

III.3.2 L'IBODE

L'IBODE est un infirmier spécialisé exerçant au sein d'une équipe dans les blocs opératoires des hôpitaux ou des cliniques. En collaboration étroite avec le chirurgien, il prend en charge le patient dès son arrivée en salle d'opération jusqu'en fin d'intervention, en salle de réveil.

Il doit gérer l'intégralité du passage du patient au bloc, quelle que soit la discipline.

Concrètement, il est responsable du bon déroulement de l'intervention chirurgicale, du respect des règles d'hygiène et de sécurité, de l'enregistrement de la traçabilité de tous les produits, matériels et actes dispensés pendant l'opération. Il contrôle et prépare les outils chirurgicaux stériles et non stériles, assiste le chirurgien durant l'intervention et effectue ensuite les soins adaptés, il doit être doté d'un bon relationnel pour une collaboration interprofessionnel efficace.

L'IBODE travaille sur décret (« code de la santé publique, art R4311-1 à R4312-92 », du 28 décembre 2020 excepté les articles R4311-12, R4311-13)

Le décret N° 2021-97 du 29 janvier 2021, publié le 31 janvier au Journal Officiel, précise les nouvelles modalités dérogatoires pour certains actes exclusifs que seuls les Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'État peuvent réaliser depuis le 27 janvier 2015.

Il est habilité à pratiquer certains actes exclusifs tels que la fermeture sous-cutanée, cutanée, l'installation chirurgicale, etc.

III.3.3 L'IDE, mesures transitoires

Depuis deux mille quinze, les IBODE sont habilités à pratiquer des actes professionnels qualifiés d'exclusifs. Parmi ces actes, l'aide à l'exposition du patient, à l'hémostase et à l'aspiration sont une exclusivité des IBODE depuis le 1er janvier 2020.

Le décret du 28 juin 2019 modifié par le décret du 29 janvier 2021 met un place un dispositif transitoire permettant aux infirmiers non IBODE mais expérimentés de poursuivre leur activité durant les interventions chirurgicales sous réserve : d'un dossier d'inscription complet et signé, de suivre avant le 31 décembre 2025 une formation complémentaire de vingt et une heures. Pour bénéficier d'une autorisation d'exercer ces trois aides exclusives, l'IDE candidat à la délivrance de l'autorisation devra remplir les conditions suivantes :

- ✓ Exercer depuis au moins un an en équivalent temps plein au sein d'un bloc opératoire à la date du 31 décembre 2019.
- ✓ Justifier d'une expérience régulière sur ces trois actes sur la période d'exercice retenue.

Ces trois formations infirmières vont travailler ensemble auprès du patient, du chirurgien pour veiller au bon déroulement de l'intervention au bloc opératoire et vont exercer des fonctions quasi identiques surtout les IBODE et les IDE mesures transitoires. Il y a pourtant des différences de formation notoire puisque l'IBODE après dix-huit mois d'école de spécialisation est reconnu comme expert dans sa spécialité.

III.3.4 L'IADE

L'IADE réalise des soins et des gestes techniques dans les domaines de l'anesthésie, de la réanimation, de la médecine d'urgence et de la prise en charge de la douleur.

L'IADE exerce au sein d'une équipe pluridisciplinaire en étroite collaboration et sous la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur. Il exerce principalement en bloc opératoire ou obstétrical mais aussi en salle de réveil et dans les services d'urgence. Il intervient également lors de certains types de transports (SAMU, SMUR...) pour assurer le transport de patients stables ventilés, intubés ou sédatisés.

En salle d'opération, l'IADE accueille le patient et réalise des anesthésies. Il assure la surveillance des patients, participe à la maintenance et à la gestion des différents matériels, médicaments et produits sanguins et réalise des soins infirmiers dans son domaine de compétence.

Après l'intervention, l'IADE contrôle la phase de réveil, assure la surveillance post-opératoire et notamment la prise en charge de la douleur.

L'IADE est seul habilité, sous le contrôle du médecin réanimateur à pratiquer les actes techniques très délicats que sont une anesthésie générale, une anesthésie locorégionale et une réanimation préopératoire.

L'IADE travaille sur décret (« code de la santé publique, art R4311-1 à R4312-92 », du 28 décembre 2020 excepté les articles R4311-11, R4311-13)

III.3.5 L'AS

Au bloc opératoire, l'AS fait partie intégrante de l'équipe soignante. Il joue un rôle d'accompagnement du patient dans le maintien de son autonomie. Il est responsable du bionettoyage des salles du bloc opératoire ainsi que l'ensemble des zones de circulation du bloc opératoire. La pré désinfection des instruments stériles utilisés pendant la chirurgie fait aussi partie des prérequis de l'AS. Il veille au respect des normes de sécurité et d'hygiène selon les recommandations. L'AS accueille le patient au bloc opératoire pendant que les équipes chirurgicales sont en salle d'opération avec le patient précédent ou en cours de préparation. L'AS effectue alors la première vérification d'identité, installe le patient de façon confortable dans la zone d'attente et prévient l'équipe chirurgicale. Enfin, l'AS travaille auprès du patient en salle de soins post-interventionnelle, en étroite collaboration avec l'IADE.

L'arrêté présentant le nouveau cadre du référentiel métier et formation des aides-soignants conduisant au DEAS1 est paru au Journal officiel le 12 juin 2021. « L'aide-soignant n'est plus un simple exécutant mais participe aux soins apportés aux patients ».

III.3.6 L'ASH

L'ASH au bloc opératoire assure la désinfection et la décontamination des bureaux, du mobilier, de l'office, des couloirs, des vestiaires, des sanitaires, des murs, des poignées de porte situés en amont des zones de salle d'opération. Respectant des protocoles de nettoyage très stricts, l'ASH est responsable de la propreté irréprochable de chaque pièce dont il a la charge, ceci par l'utilisation de détergents et désinfectants. Il gère le stock des tenues de bloc opératoire ainsi que les sabots. Il peut être amené, en cas de surcharge de travail côté salles de bloc opératoire, à aider les AS.

Le métier d'agent de service hospitalier suppose de la rigueur et de la précision dans chaque geste. Le métier d'agent de services hospitaliers est accessible sans formation. Cependant le diplôme conseillé pour exercer ce métier est un CAP ou BEP hygiène.

On peut constater que les différents types de soignants au bloc opératoire ont des fonctions et qualifications très différentes, néanmoins ils exercent tous pour un même objectif : la prise en charge optimum du patient au bloc opératoire.

Leur qualification une fois acquise est attribuée à vie.

III.4 Le Cadre de Bloc Opératoire

Le cadre de bloc opératoire est un gestionnaire et organisateur, exerçant au sein d'un environnement complexe à haute technicité et animé. Garant de la continuité, de la qualité, et de la sécurité des soins et des patients, il veille au respect des normes d'hygiène et de sécurité en vigueur et assure la coordination des moyens matériels et humains au sein du bloc opératoire. C'est aussi un manager garant de la charte du bloc opératoire et du projet de service. Impliqué dans l'amélioration de l'efficacité du bloc, il travaille notamment en étroite collaboration avec les équipes chirurgicales et anesthésiques.

Il est l'interface entre équipes médicales et paramédicales.

III.5 Le Patient au Bloc Opératoire

III.5.1 Définition

Selon Larousse, le terme patient désigne une personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale.

Selon Larousse, « le bloc opératoire est un ensemble de locaux et d'équipements nécessaires aux opérations chirurgicales ». C'est un environnement complexe, à risque pour la sécurité du patient, et qui implique de nombreux intervenants.

Le patient au bloc opératoire est une personne qui va subir une intervention chirurgicale programmée ou en urgence. Pour sa prise en charge, il sera pris en compte tous les facteurs de risques liés aux antécédents du patient, liés à la chirurgie, l'anesthésie et l'environnement.

III.5.2 La prise en charge du patient au bloc opératoire

Comme il a été dit précédemment, la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient au bloc opératoire sont des priorités de la certification des établissements de santé.

L'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques au bloc opératoire afin de garantir la sécurité des patients lors de la phase péri-opératoire, quel que soit le mode de prise en charge (ambulatoire, hospitalisation conventionnelle, prise en charge programmée ou non programmée).

Les dispositions organisationnelles et techniques en lien avec la prise en charge du patient sont définies et mises en place au sein d'équipes structurées, s'accordant sur l'importance de la sécurité des soins.

L'évaluation est menée par les experts-visiteurs au niveau du bloc opératoire, de la SSPI et de l'unité de chirurgie ambulatoire.

Elle portera sur différents piliers tels que les processus existants au bloc opératoire, l'évaluation du management des fonctions supports, de la sécurité des activités et des professionnels, de la prise en charge du patient, du fonctionnement du bloc et son amélioration continue.

III.5.3 Qualité et sécurité des soins au bloc opératoire, gestion des risques

L'étude ENEIS 20091 a montré que les événements indésirables graves survenant pendant l'hospitalisation étaient le plus souvent associés à des actes invasifs, majoritairement des interventions chirurgicales.

Le manque de communication entre professionnels apparaît comme une des causes profondes d'événements indésirables graves le plus souvent retrouvée.

Les risques au bloc opératoire peuvent être regroupés par grandes familles :

- ✓ Risques associés au soin :
 - Risques infectieux (**liés au patient, au personnel, à l'environnement**, au processus opératoire, au postopératoire immédiat),
 - Risques liés aux erreurs d'identité, de côté, de procédure, etc.,
 - Risques organisationnels (lié à la planification/programmation de l'activité, à la gestion des ressources matérielles, la gestion des ressources humaines, à la communication et au système d'information, au fonctionnement en équipe)
- ✓ Risques environnementaux et techniques (air, eau, électricité, sécurité incendie, gaz médicaux, dispositifs médicaux, médicaments, déchets et linge) ;

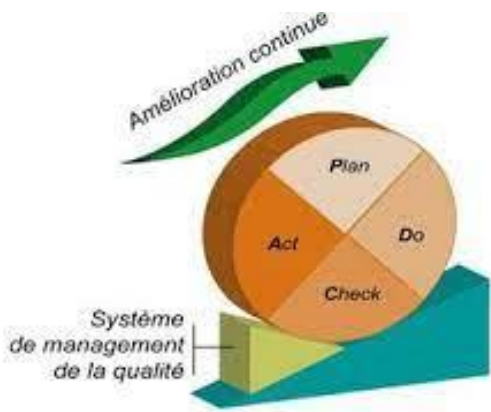
- ✓ Risques professionnels (risques liés aux manutentions de charge ou patients, risques biologiques, risques chimiques, **risques psychosociaux**).

La certification est une évaluation externe de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en place globalement au niveau d'un établissement de santé.

La démarche d'amélioration continue de la qualité se déroule en 4 phases selon un cercle vertueux (figure 1) :

- ✓ Planifier (Plan) : identification du problème, recherche de causes, élaboration de solutions et planification.
- ✓ Mettre en œuvre (Do) : développement et mise en œuvre des solutions.
- ✓ Évaluer (Check) : évaluation des résultats obtenus.
- ✓ Réagir (Act) : mise en place d'améliorations, nouvelle planification, nouveau cycle.

Figure 1. Roue de Deming



« Dire ce que l'on va faire, faire ce que l'on a dit, Vérifier ce que l'on a fait, faire mieux »

Une démarche de gestion des risques a pour but d'améliorer la sécurité des patients, en cherchant à diminuer le nombre et la sévérité des événements indésirables associés aux soins.

Au bloc, la gestion des risques requiert l'implication de l'ensemble des acteurs : management de l'établissement, encadrement du bloc, équipes du bloc et coordination avec les services en interface avec le bloc.

Cette démarche nécessite à :

- ✓ **Repérer et d'identifier** les principaux risques, à la fois ceux qui pourraient se produire (approche a priori ou proactive) et ceux qui se sont déjà produits (approche a posteriori ou réactive) : **Check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » (confère annexe 3)**
- ✓ **Analyser** ces risques, de déterminer leur criticité (gravité, fréquence, mesures préventives existantes) et de rechercher leurs causes profondes : **Cartographie des risques**

- ✓ **Traiter** les risques, c'est-à-dire de mettre en œuvre des actions susceptibles d'empêcher la survenue des événements indésirables redoutés ou d'en limiter les conséquences : **Déclaration évènements indésirables, Audit clinique.**
- ✓ **Assurer** le suivi de la démarche pour apprécier au mieux les risques résiduels. L'analyse des retours d'expérience entre professionnels permet de mettre en œuvre des actions correctrices puis de mesurer leur impact à l'aide d'indicateurs : **Revue Morbidité Mortalité (RMM), Commission de Retour d'Expériences (CREX)**

L'organisation du bloc opératoire repose sur un ensemble de processus de management, d'interventionnel et de supports. Ces processus sont autant d'outils nécessaires pour assurer la sécurité des soins. La formulation des procédures pour chaque processus est fondamentale pour la gestion des risques.

En situation normale, le travail au bloc opératoire découle à la fois des procédures établies (division du travail stricte, protocoles qualité, règles d'alimentation des outils, etc.) et de la trame organisationnelle prédéfinie. En effet, le programme opératoire est rigoureusement élaboré en amont de chaque journée opératoire (chaque intervention est planifiée à une heure précise et se voit affecter les moyens nécessaires à sa réalisation : matériel, salle d'opération, personnel, etc.).

III.5.3.1 Les vigilances sécuritaires

La vigilance sécuritaire est le repérage systématique et l'enregistrement des EI, depuis les dysfonctionnements, les événements sentinelles, en passant par les incidents et jusqu'aux accidents plus ou moins graves. Un dysfonctionnement est une anomalie dans un processus ou une situation. Certaines vigilances sont réglementaires, tandis que d'autres ne sont pas ou pas encore réglementées. Les vigilances réglementaires relèvent d'un décret. Elles consistent en l'hémovigilance, la pharmacovigilance, la matériovigilance, la toxicovigilance, l'infectiovigilance, la biovigilance, la réactovigilance, la radio vigilance.

Les agences sanitaires prennent en compte les alertes des vigilances réglementaires.

III.5.3.2 Le culte de la qualité et gestion des risques

Le développement d'une culture de sécurité contribue à améliorer la sécurité des soins surtout en bloc opératoire. La culture de sécurité est composée de plusieurs dimensions parmi lesquelles une perception globale de l'importance de la sécurité avec un soutien de la hiérarchie, un encouragement à signaler les événements indésirables, une réponse non punitive à l'erreur, une organisation

apprenante et un travail en équipe dans le secteur et entre secteurs. La politique de gestion des risques à l'hôpital est de développer une culture de la sécurité à tout niveau pour que chaque professionnel se sente impliqué dans la sécurisation du système hospitalier afin d'optimiser le processus de soins et de garantir la qualité de prestation en développant un système de vigilance.

III.5.3.3 La HAS

Autorité publique indépendante à caractère scientifique, la HAS vise à développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social, au bénéfice des personnes. La HAS réalise des recommandations pour les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social, afin d'optimiser et d'harmoniser leurs pratiques et leurs organisations.

La HAS a pour rôle de mesurer et d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans les établissements de santé. La HAS exerce son activité dans le respect de trois valeurs : la rigueur scientifique, l'indépendance et la transparence.

III.5.3.4 « Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles »

Paru en deux mille dix-neuf, actualisant le guide de deux mille six intitulé « Plan blanc et gestion de crise », ce guide impulse une nouvelle dynamique dans la préparation et la gestion des crises sanitaires au sein des établissements de santé. Il prend en considération d'une part l'évolution de la nature des risques et des menaces, et d'autre part les enseignements tirés des crises ou événements rencontrés ces dernières années (en particulier les attentats de 2015 et 2016 mais aussi les épidémies à virus Ebola, MERS-CoV, Chikungunya et Zika).

Dans ce guide Agnès Buzyn déclare : « La réponse efficace et réactive des établissements de santé face à ces situations sanitaires exceptionnelles est une des clés de la résilience de notre pays. Cette réponse nécessite toutefois d'être préparée et évaluée (dans le cadre notamment d'une culture de l'exercice et du retour d'expérience) sur la base de doctrines nationales. »

Le dispositif de préparation du système de santé a dû se renforcer. A ce titre, le dispositif ORSAN créé en deux mille quatorze formalise une meilleure coordination régionale des dispositifs existants dans les trois secteurs sanitaires (secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social) face aux situations sanitaires exceptionnelles.

Ce guide vise à proposer un cadre actualisé de préparation et de gestion de crise, en cohérence avec les procédures de mobilisation des ressources sanitaires locales, régionales et nationales. Il définit

notamment le dispositif de montée en puissance gradué, l'organisation de la cellule de crise hospitalière mais aussi les outils de réponse aux différentes situations critique.

L'ensemble des processus utilisés au bloc opératoire, les qualifications des soignants, la démarche qualité, les vigilances, les recommandations de l'HAS, la culture de la sécurité, le « guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles », tous ces éléments sont des ressources majeures pour pouvoir gérer une crise sanitaire infectieuse au bloc opératoire. Le fait que le bloc opératoire soit une organisation type HRO donne du sens quant à l'expertise des acteurs de santé au bloc opératoire. Est-ce suffisant pour gérer une situation inédite, une pandémie de Covid-19 ?

III.6 Le COVID-19 au Bloc Opératoire

III.6.1 Le cas du COVID-19

III.6.1.1 Historique

Fin deux mille dix-neuf, des cas groupés de pneumonies survenaient en Chine dont certaines étaient mortelles. Le neuf janvier deux mille vingt, le virus responsable est identifié, il s'agit d'un nouveau coronavirus appelé Sars-CoV-2 responsable d'une maladie baptisée "Covid-19" par l'OMS.

- Co" pour "corona",
- "vi" pour "virus"
- "D" pour "disease" ("maladie" en anglais).
- 19 pour l'année de son apparition : 2019.

Plus d'un an après l'apparition du SARS-Cov-2, on ne sait toujours pas précisément comment ce nouveau coronavirus responsable de la maladie Covid-19 est passé de l'animal à l'homme. Plusieurs pistes sont étudiées dont la possibilité d'un accident en laboratoire, "hautement improbable" selon les experts de l'OMS.

Les premiers cas confirmés de Covid-19 ont été détectés le huit décembre deux mille dix-neuf à Wuhan en Chine. En France, une étude publiée le six février deux mille vingt et un par l'Inserm dans la revue European Journal of Epidemiology a montré que les premiers cas remonteraient à novembre deux mille dix-neuf.

III.6.1.2 Définition

Les coronavirus sont une famille de virus qui provoquent des maladies allant d'un simple rhume (certains virus saisonniers sont des coronavirus) à des pathologies plus sévères (comme les détresses respiratoires dues au MERS-CoV, du SRAS-CoV ou du Covid-19).

Le SARS-CoV-2 est un virus dangereux parce qu'il est très contagieux. Alors que le virus Sars-CoV-2 historique contamine trois personnes, le variant Alpha en contamine quatre et demi et le Delta un peu plus de six et demi, ceci en l'absence de mesures de protection.

Une personne contaminée mais qui ne ressent pas de symptômes peut contaminer d'autres personnes. Une personne atteinte du Covid-19 est contagieuse deux à trois jours avant l'apparition des symptômes et jusqu'à huit jours après, montre une synthèse publiée par Santé Publique France le huit juillet deux mille vingt et un. De plus, environ cinquante pour cent des transmissions surviendraient durant la phase présymptomatique du patient source. Une fois contaminé, le malade peut le rester plusieurs semaines. La durée moyenne d'incubation est de cinq jours avec une durée maximale de douze à quatorze jours.

Des variants, tels que ceux anglais, sud-africain, brésilien ou indiens du coronavirus, existent et font l'objet d'études approfondies. Les variants sont des souches du virus SARS-CoV-2 porteurs de mutations qui peuvent modifier les caractéristiques du virus.

III.6.1.3 Symptômes Covid-19

Le Covid-19 peut se manifester par : La fièvre ou la sensation de fièvre (frissons, chaud-froid), la toux, des maux de tête, des courbatures, une fatigue inhabituelle, une perte brutale de l'odorat (sans obstruction nasale), une disparition totale du goût. D'autres signes plus inattendus peuvent aussi lui être associés comme des diarrhées, des boutons, engelures ou urticaires, etc.

Dans les formes plus graves : des difficultés respiratoires pouvant mener jusqu'à une hospitalisation en réanimation, voire au décès. D'autres complications peuvent apparaître, avec des conséquences sur le foie, le cœur et le cerveau.

Plus la maladie est grave, plus la guérison est difficile et longue. Quand les symptômes persistent des semaines, voire des mois, on parle de "Covid long". Ces formes de Covid long touchent aussi les jeunes qui n'ont pas d'antécédents médicaux particuliers. Parmi les nouveaux symptômes associés au Covid-19, des chercheurs anglais rapportent le vingt-deux mars deux mille vingt et un dans l'International Journal of Audiology, des symptômes auditifs comme "potentiels symptômes liés au Covid-19". Parmi eux : des cas de pertes auditives, de vertiges et d'acouphènes observés dans

plusieurs études regroupées dans une méta-analyse. "Le SRAS-CoV-2 pourrait se propager dans tout le système nerveux, peut-être y accéder via le nerf olfactif et le bulbe.

Selon le Dr Gérald Kierzek, "la guérison survient au bout d'une quinzaine de jours quand on a des symptômes bénins. Elle est spontanée sauf quand il y a une forme grave et qu'on se retrouve en réanimation où on a besoin d'oxygène, où on a une pneumonie et là on a besoin d'avoir des médicaments.". L'infection à SARS-COV2 peut aussi provoquer des symptômes persistants, au-delà de trois semaines après les premières manifestations cliniques (syndrome post-covid). L'asthénie peut persister longtemps.

III.6.1.4 Population à risque

Le virus touche toutes les classes d'âges, y compris les plus jeunes, chez qui on constate aussi des complications ou des formes graves.

L'infection n'a pas les mêmes conséquences chez tous les individus. Nos corps, selon notre immunité, notre âge, nos pathologies associées, ne réagissent pas tous de la même manière au virus. Les plus fragiles sont considérées comme « personnes à risques de formes graves », et il existe des recommandations spécifiques de prise en charge dans ces situations.

L'infection au SARS-CoV-2 entraîne des décès surtout chez les personnes âgées et les plus fragiles, présentant des pathologies préexistantes : les personnes de plus de soixante-cinq ans représentent environ quatre-vingt-dix pour cent des décès. Cependant, la moitié des patients en réanimation ont moins de soixante-cinq ans.

Rapidement, il est apparu que la maladie Covid-19 était plus grave selon l'âge, le sexe et la présence de comorbidités. La précarité est un autre facteur de risque documenté. Ces facteurs augmentent le risque de formes graves du Covid-19. En France, on compte près de quinze pour cent de formes graves du Covid-19. L'étude Epi-Phare publiée en juillet deux mille vingt et un a montré que l'hospitalisation est plus de huit fois plus élevée chez les quatre-vingt-cinq ans et plus par rapport aux quarante, quarante-quatre ans et les décès à l'hôpital pour Covid-19 sont près de deux cent fois plus élevés. Les hommes ont, à âge et pathologie identiques, une fois et demi plus de risque que les femmes d'être hospitalisés et deux fois plus de risque de décéder.

III.6.1.5 Transmission

La maladie se transmet :

- Par projection de minuscules sécrétions contaminées par une personne porteuse : en toussant, éternuant ou en cas de contacts étroits en l'absence de mesures de protection (distance physique, mesures barrières, port du masque).
- Par contact direct physique (poignée de main, accolade, bise...) entre une personne porteuse et une personne saine. Le virus est transmis à la personne saine quand elle porte ses mains à la bouche ;
- Par contact indirect, via des objets ou surfaces contaminés par une personne porteuse. Le virus est ensuite transmis à une personne saine qui manipule ces objets, quand elle porte ses mains à la bouche ;
- Par l'air, essentiellement dans un espace confiné : aérer régulièrement les pièces où l'on vit, respecter les mesures de distanciation physique, porter le masque dans les situations à risque, appliquer strictement l'hygiène des mains ainsi que toutes les mesures barrières.

III.6.1.6 Les tests

Plusieurs tests sont disponibles en France pour dépister la maladie Covid-19. Celui de référence étant le test RT-PCR qui se fait dans le nez.

III.6.1.7 Traitement

Aucun traitement avec une activité virale directe n'a fait la preuve scientifique de son efficacité pour combattre le SARS-CoV-2. La prise en charge s'adapte à la forme de la maladie : légère (ne nécessitant pas d'hospitalisation) ou sévères (avec une hospitalisation voire une admission en réanimation). Plus d'un an et demi après le début de la pandémie, aucun des traitements actuellement à l'étude n'est encore validé.

III.6.1.8 Vaccination

L'ensemble des pays européens ont débuté simultanément leur campagne de vaccination le dimanche 27 décembre. En France, la campagne de vaccination est montée graduellement en puissance depuis le 4 janvier 2021.

Les vaccins contre le Covid-19 protègent contre la maladie en réduisant le risque de le contracter et de déclarer une forme grave. La vaccination diminue également la transmission du virus et permet

donc de protéger son entourage. C'est particulièrement important pour protéger les personnes les plus fragiles.

III.6.2 Définitions

III.6.2.1 Epidémie

Selon Larousse, le mot épidémie (du grec epi, sur, et dêmos, peuple, littéralement « qui circule dans le peuple ») qualifie soit l'apparition d'un grand nombre de cas d'une nouvelle maladie, soit l'accroissement considérable du nombre de cas d'une maladie déjà existante, dans une région donnée, au sein d'une communauté ou d'une collectivité. Chez les animaux et les plantes, des termes spécifiques désignent une épidémie : épizootie pour les premiers et épiphytie pour les secondes. Une maladie de l'animal transmissible à l'homme est appelée **zoonose**. Le Covid-19 est une maladie zoonotique.

L'épidémie se propage du fait de la grande contagiosité de la maladie transmissible incriminée.

Depuis le début du XXIème siècle on assiste à l'émergence d'épidémies dues à un nouveau type de virus, les coronavirus.

III.6.2.2 Pandémie

Une pandémie est une épidémie de très grande envergure, qui se développe sur un vaste territoire, en dépassant les frontières des états. Actuellement il est admis que, pour parler de pandémie, la maladie doit toucher au moins deux continents.

L'Histoire a gardé le souvenir de plusieurs grandes pandémies, notamment la peste noire au XIVème siècle, qui a tué environ la moitié de la population européenne, et la grippe espagnole, entre 1918 et 1920, qui a fait infiniment plus de victimes que la Grande Guerre elle-même.

Actuellement les infections virales pandémiques concernent essentiellement le SIDA et la grippe saisonnière. Et, depuis 2003, les trois pandémies provoquées par des coronavirus : le SRAS, le MERS et le Covid-19, la dernière en date.

Rappelons que la variole, pandémie responsable de plusieurs centaines de millions de morts jusqu'au milieu du XXème siècle, a été déclarée éradiquée par l'OMS en 1979, et cela grâce à la vaccination.

III.6.3 Le covid-19, l'impact au bloc opératoire

III.6.3.1 Des guides en décalé

1) Le vingt février deux mille vingt, parait « le Guide méthodologique Covid-19 » :

Il décrit en page cinq que la situation épidémique en France est actuellement entre les stades un et deux, qu'il n'existe pas de circulation active du virus mais seulement des cas sporadiques pris en charge individuellement dans le cadre d'un parcours de soins sécurisé avec identification et surveillance de leurs contacts. La stratégie sanitaire consiste alors à freiner l'introduction du virus sur le territoire national.

Page dix-neuf, il explique la protection et l'hygiène des professionnels de santé notamment les masques de protection où il est nécessaire de distinguer deux types de protection :

- Les masques chirurgicaux qui assurent la protection de l'environnement du porteur afin d'éviter les projections ou sécrétions respiratoires des voies aériennes du porteur – soignant ou patient.
- Les masques de protection respiratoire de type FFP2 réservés aux professionnels de santé pratiquant des soins invasifs. Ces masques visent à réduire la quantité d'agents infectieux inspirés et donc de réduire le risque d'infection chez les personnes exposées.

Page trente, il indique une formation spécifique aux risques des personnels concernés, une priorité à organiser par les établissements de santé. Ce serait un complément de la formation au module risque épidémique et biologique de la formation aux gestes et soins d'urgence spécialisée (AFGSU) Il ajoute qu'en fonction de ces scénarii, une formation adaptée aux risques, avec ateliers pratiques et réalisation d'entraînements, doit être organisée pour les personnels susceptibles d'être en situation de premier abord avec un patient « cas possible ». « Des exercices doivent permettre d'identifier les difficultés rencontrées en conditions réelles et d'adapter les organisations et procédures locales. En complément, une information détaillée aux personnels concernés doit être apportée dans la mesure où l'épidémie internationale à Covid-19 pourrait provoquer chez certains personnels des réactions injustifiées lors des prises en charge (droit de retrait de certains personnels...) ... »

2) Le seize mars deux mille vingt une nouvelle version est publié « Guide méthodologique Phase épidémique Covid-19 » :

Page vingt-trois et vingt-quatre se basant sur des rapports internationaux, des retours d'expérience de Chine et d'Italie, il mentionne que l'épidémie de Covid-19 pourrait conduire à un nombre important de patients relevant de soins critiques en surveillance continue ou réanimation avec un

risque de saturations des capacités actuelles. Il est donc important de mettre en place avec tous les établissements des régions concernées une stratégie régionale afin d'avoir la capacité d'augmenter très significativement, en fonction des besoins, la disponibilité et la capacité de réanimation et de soins critiques, y compris en déprogrammant des soins/interventions chirurgicales non urgentes.... L'objectif est d'organiser la prise en charge adéquate des patients Covid-19 relevant de soins de réanimation.

Les capacités d'hospitalisation en réanimation doivent pouvoir être très fortement augmentées grâce aux plans de déprogrammation opératoire qui libèrent des places de réanimation, grâce à l'utilisation de SSPI et de leurs personnels rendus disponibles du fait de la non-activité de certains blocs opératoires.

- 3) Le trente mars deux mille vingt le Collectif inter blocs publie un protocole de prise en charge au bloc opératoire des patients atteints de Covid-19 :

Rédigé en collaboration avec l'expert en conception et hygiène hospitalière, Patrick Breack. Il s'agit d'un outil pratique et réaliste permettant aux professionnels d'améliorer leur sécurité. Une sécurité qu'ils jugent délaissée.

"Il y a un vide complet sur le sujet. Les protocoles établis dans la gestion de la crise sanitaire sont généraux. Au bloc opératoire, nous étions démunis, alors nous avons décidé d'y remédier nous-mêmes", explique Rachid Digoy, le président du Collectif interblocs, qui réunit toutes les professions du bloc opératoire.

III.6.3.2 Au bloc opératoire

Dans les guides cités précédemment, nous observons un décalage entre la pratique et la théorie.

En février deux mille vingt, la crise sanitaire sur l'ensemble de la métropole n'est pas encore à son apogée. Certaines régions comme l'Est souffrent déjà de la pandémie. En région PACA, on se sent loin d'être concerné d'autant plus que le Guide méthodologique Covid-19 paru le vingt février deux mille vingt est loin d'être alarmiste. Il préconise des formations AFGSU spécialisée avec en complément un module risque épidémique et biologique. Il donne des recommandations quant au port des différents masques.

Pourtant, le seize mars deux mille vingt, la France entière se retrouve en situation de plan blanc.

Une nouvelle version est publiée « Guide méthodologique Phase épidémique Covid-19 »

La description de l'état de la crise sanitaire semble plus réaliste.

Une totale remise en question quant à l'évolution de la pandémie, le chef d'Etat français déclare :

« Nous sommes en guerre ! »

A ce moment-là, aucune préparation, ni formation n'a été donnée aux soignants du bloc opératoire. Aucune formation AFGSU avec ce module risque épidémique et biologique n'a été donnée. De même depuis mon arrivée au bloc opératoire, aucune simulation de plan blanc concernant une crise sanitaire infectieuse n'a été organisée au sein de l'hôpital, ni de formation obligatoire qui aurait pu contribuer à se préparer et répondre aux crises sanitaires infectieuses.

La cellule hygiène n'a transmis aucun protocole de prise en charge de patient atteint du Covid19 ; le collectif interbloccs les publie le trente mars deux mille vingt.

A cette date, nos protocoles sont déjà écrits : un travail de collaboration IBODE, cadre de bloc, chirurgiens, validés après écriture par la cellule hygiène. Le bloc opératoire est reconfiguré dans son organisation :

- ✓ Les programmations sont annulées pour ne traiter que les urgences
- ✓ La SSPI est armée pour de la réanimation
- ✓ Une zone dédiée Covid-19 est créée, les salles de bloc et les arsenaux sont réagencés.
- ✓ Les équipes sont éclatées pour aller travailler dans les services de soins et réanimation
- ✓ Les plannings sont modifiés, deux propositions de planning par agent par jour selon les besoins du moment.
- ✓ Les agents sont perturbés quant au mode de transmission, très méfiants, obnubilés par le ménage ; ils se sentent en insécurité au travail, désorganisés dans leur vie personnelle.
- ✓ Les repères sont modifiés.

Pour justifier que nous allons travailler, une « attestation de déplacement » est indispensable.

Rien n'est défini au déclenchement du plan blanc

La désorganisation liée au Covid-19 a eu un impact sur la qualité de vie des soignants au travail. Elle a généré des arrêts de travail de plus de deux semaines pour certains agents.

Cette crise a perturbé les organisations, les professionnels de santé et bien sûr les patients. La plupart des barrières mises en œuvre habituellement ont été débordées, ce qui a généré des événements indésirables associés aux soins liés directement ou indirectement à la pandémie.

III.6.3.3 Le patient suspect voir atteint de Covid-19 au bloc opératoire

Le seize mars deux mille vingt, les tests PCR n'étaient pas encore effectués au laboratoire de l'hôpital. Ils étaient envoyés en laboratoire de ville ; leur fiabilité était mise en doute car il avait été constaté des patients considérés comme négatifs ayant un résultat de scanner positif.

Seuls les interventions semi-urgentes et urgentes étaient réalisées au bloc opératoire.

La prise en charge d'un patient au bloc opératoire devenait complexe, il restait toujours suspect.

Les soignants le touchaient à minima, ils portaient des gants, mettaient un masque de type FFP2 selon les chirurgies et anesthésies... La relation soignant-soigné était très perturbée.

Pour une intervention chirurgicale urgente, tout patient entrant au bloc opératoire était considéré comme suspect voir atteint de la Covid-19. Il fallait mettre en place la procédure « Isolement Covid-19 ». C'était une prise en charge lourde, contraignante où on n'avait pas l'assurance de la sécurité de prise en charge concernant le personnel et le patient puisqu'à cette période, beaucoup d'incertitude concernant le Covid-19 étaient présentes.

On constate donc que les normes et les codes bien établis dans l'organisation du bloc opératoire sont complètement bousculés par cette pandémie. Dans un contexte de HRO, le Covid-19, un facteur inconnu, vient accroître les tensions déjà présentes au quotidien.

En reprenant les caractéristiques organisationnelles des HRO décrites par Weick et Sutcliffe en deux mille sept, concernant le facteur humain, ne peut-on pas émettre l'hypothèse que l'équipe soignante dans un contexte de situation inédite, aurait manqué de résilience au début de la première vague du Covid-19, en mi-mars deux mille vingt ?

Le concept de résilience, ainsi que la peur de l'inconnu feront l'objet de l'étude suivante.

IV. LES CONCEPTS

IV.1 La Résilience

IV.1.1 Définition de la Résilience

Selon Larousse à l'origine, la résilience est un terme de physique qui définit la capacité de résistance d'un corps ou d'un matériau à un choc ou à une déformation.

Le champ sémantique de la résilience s'est ensuite étendu à d'autres domaines : biologie, psychologie, économie, sociologie, écologie...

Au sens large (et en particulier pour ce qui concerne les sciences humaines), on peut considérer la résilience en tant que capacité, pour un système donné (écosystème, biotope ou groupe d'individus), de surmonter les altérations provoquées par un ou des éléments perturbateurs (incendie, tempête, défrichage, etc.), pour retrouver son état initial et/ou un fonctionnement normal

En psychologie, c'est l'aptitude d'un individu à se construire et à vivre de manière satisfaisante en dépit de circonstances traumatiques.

IV.1.2 Les différentes formes de Résilience

Boris Cyrulnick a vulgarisé et rendu populaire le concept de résilience à la fin des années 90, grâce à ses nombreux écrits et interventions médiatiques. On le considère donc, aujourd'hui, comme le spécialiste de la résilience en francophonie.

IV.1.2.1 Les cinq cercles de la résilience

Le Dr Emmanuel Contamin s'appuie sur son expérience de psychiatre spécialiste des troubles post-traumatiques pour expliquer qu'il existe plusieurs types de résilience : la résilience personnelle, la résilience familiale, la résilience collective, la résilience des nations et celle de l'écosystème, qui sont toutes liées et s'influencent mutuellement. Ainsi, en améliorant l'une de ces résiliences, c'est la résilience globale des individus et de l'écosystème que l'on renforce, créant alors un cercle positif.

1) La résilience personnelle

C'est notre capacité à traverser des chocs émotionnels, des épreuves et traumatismes et à en sortir non pas comme des victimes impuissantes ou des survivants durcis mais comme des « vivants » avec une profondeur et une richesse humaine plus grandes

2) La résilience familiale

Très liée à la résilience personnelle, nos relations les plus proches, le plus souvent familiales et nos liens d'attachement sont notre principale ressource de résilience personnelle. Elle comprend deux aspects : la manière dont les liens familiaux sont une ressource de résilience importante et la capacité du système familial à résister et à s'adapter aux chocs.

3) La résilience collective ou communautaire

La résilience des sociétés, qu'on appelle résilience communautaire renvoie à la capacité d'une société à être préparée aux chocs et aux crises, ainsi qu'à sa capacité à les surmonter. Par exemple, dans les sociétés soumises à des phénomènes sismiques, les communautés ont su progressivement s'adapter en adoptant des normes de construction spécifiques limitant les dégâts en cas de séisme. En ce sens, elles ont amélioré leur résilience.

4) La résilience des nations

Au niveau de la nation entière, « la résilience se définit comme la volonté et la capacité d'un pays, de la société et des pouvoirs publics à résister aux conséquences d'une agression ou d'une catastrophe majeure, puis à rétablir rapidement leur capacité de fonctionner normalement, ou tout le moins dans un mode socialement acceptable. Elle concerne non seulement les pouvoirs publics, mais encore les acteurs économiques et la société civile tout entière ».

5) La résilience de l'écosystème

La notion de résilience appliquée à l'écologie consiste en la faculté d'un écosystème de retrouver ses équilibres initiaux après avoir subi des altérations dont les causes peuvent être d'origines multiples (naturelles ou humaines).

Or, le développement durable ou ses applications comme la responsabilité sociétale des entreprises (RSE) consiste à organiser son activité de manière à éviter au maximum tout impact environnemental négatif. Soit, entre autres : préservation des ressources naturelles et de la biodiversité, lutte contre le réchauffement climatique en réduisant les émissions de gaz à effet de serre. Les processus qui produisent de la résilience au niveau des sociétés et des entreprises sont donc les mêmes que ceux qui produisent de la résilience écologique, de la résilience éco systématique.

Grâce à l'enchaînement vertueux des différentes étapes d'un processus développement durable ou RSE, la capacité de résilience d'un écosystème est donc directement améliorée par celle des organisations humaines qui font partie de cet écosystème, via les procédures et techniques mises en place par ces organisations pour surmonter leurs propres difficultés

IV.1.2.2 La résilience en psychologie

Par extension, la notion de résilience a aussi été utilisée en psychologie. Médiatisée en France par Boris Cyrulnik, la notion de résilience en psychologie renvoie à l'ensemble des processus qui consiste pour un individu à surmonter un traumatisme psychologique afin de se reconstruire.

De façon classique, on considère que la résilience se construit autour de huit étapes :

- 1) La défense-protection ;
- 2) L'équilibre face aux tensions ;
- 3) Le défi ;
- 4) La relance ;
- 5) L'évaluation ;
- 6) La signification-évaluation ;
- 7) La positivité de soi ;
- 8) La création.

IV.1.3 Des accélérateurs de résilience / caractéristiques associées à la résilience

Quand on parle de résilience, on a tous au moins une personne qui nous vient en tête. Pourquoi celle-ci réussit mieux qu'une autre à affronter l'adversité et à s'y adapter ?

« C'est un mélange de capacités innées, de compétences acquises et d'environnement immédiat... mais c'est aussi un concours de circonstances », selon Pascale Brillon.

La résilience se développe à tout âge. Ce n'est pas une aptitude qui s'acquiert une fois pour toute. Ce qu'on a appris ou acquis dans l'adversité peut nous aider à mieux traverser les épreuves. Se basant sur ses recherches et sur sa pratique clinique à l'Institut Alpha, qu'elle a fondé, où elle reçoit des gens qui ont notamment souffert d'actes criminels (séquestration, torture, parent d'enfant assassiné), la psychologue recense plusieurs caractéristiques associées à la résilience. Plus une personne en possède au moment où elle subit une épreuve, meilleures sont ses chances de bien s'en sortir.

Les Huit caractéristiques associées à la résilience :

- 1) Le sentiment d'auto efficacité : avoir confiance en soi et en ses capacités de surmonter l'épreuve.
- 2) L'optimisme réaliste : savoir qu'on peut s'en sortir, tout en restant conscient que ça peut être long et difficile.
- 3) La souplesse émotionnelle : accueillir, nommer et accepter ses émotions telles qu'elles sont, qu'elles soient agréables ou désagréables.

- 4) L'humour : être capable de rire de soi et des événements pour atténuer ses tensions intérieures, prendre du recul par rapport à une situation ou la dédramatiser.
- 5) La souplesse cognitive : faire preuve de flexibilité et d'indulgence envers soi-même et les autres en évitant la recherche de la performance, soit les « il faut », les « je dois » et les mots absolus comme « personne » et « jamais ».
- 6) La tolérance à l'incertitude : accepter le flou, le vague et s'ancrer le plus possible dans le moment présent en lâchant prise sur ce qu'on ne peut pas contrôler.
- 7) Le soutien social : bien s'entourer, être proactif dans ses relations amicales et familiales, et s'investir dans sa communauté, en faisant du bénévolat, par exemple.
- 8) L'hygiène de vie : être un coach de vie bienveillant envers soi-même en prenant soin de soi physiquement, émotionnellement et intellectuellement.

IV.1.4 Résilience organisationnelle

Les travaux de Weick K.E. portant sur les HRO et d'autres traitant du management de crise nous ont permis d'identifier le concept de résilience organisationnelle. Selon Weick (deux mille trois), il s'agit de « La capacité d'un groupe à éviter des chocs organisationnels en construisant des systèmes d'actions et d'interactions continus destinés à préserver les anticipations des différents individus les uns par rapports aux autres ». Ce n'est donc pas un état durable, mais un processus de réactions et d'activation à une situation de crise qui vient perturber l'ordre établi. De telles situations demandent de la part des individus, d'autres types de comportements, s'ils souhaitent maintenir l'organisation en place.

Selon Yves Trousselle (Docteur de l'université François – Rabelais de Tours) « la performance en périodes stables est affaire de calcul, de planification et de décisions parfois froides mais le plus souvent rationnelles. C'est plutôt le temps de l'anticipation et de la vigilance. La performance en périodes troubles devient affaire de sens collectif et d'interactions respectueuses et chaleureuses entre les membres de l'organisation C'est plutôt le temps de l'adaptation et de la résilience. La résilience organisationnelle est « ce qui » permet à l'organisation de passer dynamiquement d'une période à l'autre plus ou moins aisément mais sans ne jamais disparaître. »

Trois axes sont donc à valoriser pour une organisation résiliente :

- 1) L'adaptabilité stratégique qui permettra à l'organisation de s'éloigner de son activité de base pour s'adapter à la situation. Accepter de changer vous permettra de mettre en place des stratégies dynamiques.

- 2) Un leadership flexible qui répond rapidement et à la fois aux opportunités et aux menaces, et cela de manière appropriée. Un leadership qui agit avec courage managérial dans la prise de risques et avec ouverture face aux nouvelles contraintes.
- 3) Une gouvernance robuste, basée sur une culture de courage, qui agit avec confiance, transparence, innovation, en s'assurant que l'organisation reste fidèle à sa mission et ses valeurs.

IV.1.4.1 L'absence de résilience au sein d'un groupe

Dans son travail de recherche, Karl E. Weick va notamment indiquer les raisons à l'origine de dissolution d'un groupe (le cas d'un groupe professionnel de pompiers lors d'un incendie de forêt inhabituel)

Un premier facteur explicatif est le fait de devoir faire face à un épisode cosmologique ; il correspond à un effondrement de tout ce qui a du sens pour les individus concernés. Il conduit à une perte de repères qui empêche les acteurs d'agir dans de bonnes conditions, une situation totalement nouvelle et inédite qui contraint à renouveler les pratiques d'interventions.

La deuxième raison concerne la remise en question des rôles au sein du groupe, lorsque le responsable décide, contre toute attente, de déléguer ses responsabilités, pour prendre une pause en dépit du danger. L'absence de leadership conduit à la désunion du groupe. Le manque de cohésion entraîne une forme de panique, avec l'apparition de comportements irrationnels et une désorganisation totale du groupe initialement mis en place (absence d'interactions).

IV.1.4.2 Les facteurs propices au phénomène de résilience

Face à l'analyse de ce drame, K.E Weick propose différentes actions et conduites, permettant de favoriser résistance et cohésion au sein d'un groupe, lorsque ce dernier est confronté à une situation nouvelle, qui vient remettre en cause les habitudes et pratiques de ses membres.

Il ressort notamment l'importance en toutes circonstances, de maintenir l'état mental des "troupes", même en cas de menaces externes. En effet, il importe dans ce type de situations, de travailler en amont sur la disposition mentale et psychologique des personnes concernées.

Maintenir mentalement la structure de l'organisation permet en effet de préserver l'équilibre socio-émotionnel du groupe et donc la répartition des rôles au sein du groupe, seule façon de parvenir à des interactions efficaces et harmonieuses.

L'apparition d'événements inattendus et menaçants doit favoriser le développement d'attitudes nouvelles, fondées sur l'expérimentation, l'improvisation et une forme de bricolage organisationnel,

même si dans la plupart des organisations, professionnalisme rime souvent avec rationalité procédurière.

IV.1.4.3 Les mécanismes de la résilience organisationnelle

La résilience organisationnelle de manière théorique est la manifestation lors d'une crise traumatique d'un ou plusieurs des processus : de la résilience psychologique individuelle, de la résilience collective ou de la résilience écoenvironnementale. Ces processus, lorsqu'ils se manifestent, permettent à l'entreprise de survivre à la crise et de ne pas disparaître.

Des facteurs organisationnels de protection ou de risques identifiés et retenus comme influençant le processus de résilience ont été relevés des travaux de K.E Weick. Il s'agit de : La vigilance, la fiabilité, la sagesse, la capacité à maintenir intact ou reconstruire la structure des rôles, l'improvisation, la capacité de déclenchement d'interactions respectueuses pour permettre l'action collective après la perte de sens,

La résilience suppose donc trois dimensions fortement imbriquées les unes aux autres :

- Une capacité d'absorption, permettant à l'entreprise de ne pas s'effondrer face à l'inattendu ou au choc ;
- Une capacité de renouvellement par laquelle elle peut s'inventer de nouveaux futurs ;
- Une capacité d'appropriation lui permettant de devenir plus forte de ses expériences (Weick et Sutcliffe, deux mille sept).

Ajoutons que dans les mécanismes de résilience psychologique, dans les organisations frappées par une crise importante, certains individus ne sont pas capables d'absorber le choc et déroulent des mécanismes de défense comme la fuite ou l'évitement. D'autres arrivent à s'adapter, à rebondir et à entraîner à nouveau le collectif dans l'action pour permettre à l'organisation de triompher des crises. L'absence de processus de résilience collective s'observe quand on identifie clairement une perte de sens du sens collectif de la situation dans l'organisation. Cette perte de sens peut se produire d'un coup ou suite à l'accumulation d'incidents dans le temps qui paralysent alors toute action individuelle et collective. On constate certains comportements d'aveuglement puis d'évitement des groupes empêchant l'organisation de s'organiser pour manager la crise. La résilience se produit lorsque les interactions intersubjectives de la situation et des actions à décider ensemble prennent le pas sur les interactions génériques organisationnelles pour que l'action collective reprenne après le chaos, que la lutte contre la crise puisse s'organiser. C'est une période clé, le cœur de résilience.

IV.1.5 Résilience et exposome

« L'individu que je suis est fait de toutes les impressions reçues du monde extérieur depuis et avant ma naissance » Nicolas de Staël.

Le paradigme de l'exposome, élaboré par Christopher Paul Wild en deux mille cinq comme un concept holistique, se définit par : « la totalité des expositions auxquelles un individu est soumis de la conception à la mort. C'est une représentation complexe et dynamique des expositions à laquelle une personne est sujette tout au long de sa vie, intégrant l'environnement chimique, microbiologique, physique, récréatif, médicamenteux, le style de vie, l'alimentation, ainsi que les infections »

La définition de C.P Wild intègre également l'idée que « l'exposome humain représente aussi comment l'organisme d'un individu répond aux défis environnementaux en termes de génétique, d'épigénétique, de microbiote, ainsi qu'en termes de réponses physiologiques »

En d'autres termes, l'exposome est l'analyse des facteurs de risques non génétiques de nos maladies de civilisation telles que cancer, diabète, affections cardio-vasculaires, asthme..., qui sont liées à l'environnement dans lequel nous évoluons.

Le Dr Boris Cyrulnik a donné une description du profil de l'individu résilient dès 1998. L'individu résilient (quel que soit son âge) serait un sujet présentant les caractéristiques suivantes :

- Un Q.I. élevé,
- Capable d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement,
- Ayant le sentiment de sa propre valeur,
- Ayant de bonnes capacités d'adaptation relationnelles et d'empathie,
- Capable d'anticiper et de planifier,
- Ayant le sens de l'humour.

Ne pourrait-on pas dans ce cas avancer l'hypothèse de l'exposome prédisposé à la résilience ?

IV.1.6 Résilience et réseaux sociaux

Les réseaux sociaux offrent de nombreux avantages tels que garder le contact avec sa famille, ses amis, suivre leur actualité, multiplier ses contacts, et bien plus ! On peut développer ainsi son image et même faire de la publicité à moindre coût. C'est un univers merveilleux où tout le monde est heureux. Des corps parfaits, des vacances extraordinaires, des amours comblées, des maisons formidablement décorées. Et en ces temps de confinement, même la baguette de pain fabriquée maison est toujours dorée à point... Facebook, Instagram, Snapchat... Les Français passent des heures sur les réseaux sociaux, séduits par leur promesse : pouvoir partager leur vie et leurs avis avec le monde entier. Dans ce monde virtuel, tout le monde s'exhibe et se juge. Tout le monde s'envie et se

jalouse aussi. C'est une course à la popularité qui se noue et qui se mesure en nombre de « like ». Pour faire envie et remporter les suffrages, chacun affiche son plus beau sourire, son plus beau profil, ses meilleurs paysages. Mais la réalité est toute autre.

Avec l'invention du « like », les créateurs des réseaux sociaux stimulent dans le cerveau la molécule responsable du plaisir appelée dopamine. Cela induit certains comportements. Cette dépendance peut faire des ravages sur la santé mentale. Dans cette société virtuelle où tout le monde se scrute, se compare et se jalouse, certains perdent totalement le sourire... Solitude, dépression, dévalorisation de soi, jusqu'à un geste désespéré... autant d'effets que provoquent les réseaux sociaux.

Comme il est décrit précédemment, la description du profil de l'individu résilient par le Dr Boris Cyrulnik ne correspond pas ici au profil de l'individu addict aux réseaux sociaux.

On comprend donc que l'assuétude aux surfaces pixellisées limite voire empêche le développement de capacité de résilience chez l'être humain.

IV.1.7 L'intelligence collective pour une résilience responsable

L'intelligence collective n'est pas la somme des intelligences individuelles mais la démultiplication de la puissance cognitive des intelligences qui coexistent au sein d'un groupe. De manière abstraite, C'est la fameuse formule « $1+1=3$ » !

L'intelligence collective présente plusieurs atouts pour construire sa résilience. D'abord, en mettant les différentes équipes, les différents services, les différents niveaux de hiérarchie, les profils variés qui composent l'entreprise en situation d'intelligence collective on pourra accéder à une vision globale de ce que chacun a perçu, vécu, observé. Par-là, on obtiendra une compréhension augmentée, plus pertinente pour comprendre pourquoi et comment nous avons vécu cette crise, en quoi cela nous a affecté.

Ensuite, il a été scientifiquement démontré que la diversité cognitive est un facteur d'efficacité dans la résolution de problématiques complexes.

L'intelligence collective permet ainsi de démultiplier l'inventivité, la créativité. Les idées des uns peuvent pousser les autres à apporter des éclairages, des connaissances, des curiosités qui pousseront la réflexion plus loin.

Au moment de se reconstruire pour certains et de se réinventer pour d'autres, travailler collectivement sur la compréhension de cette crise inédite permet d'accepter le traumatisme et de le surmonter. Aussi cela amène à identifier ses faiblesses et permet d'apporter des réponses plus adaptées pour avoir la capacité d'absorber le choc en cas de nouvelle crise de ce type.

IV.2 La Peur de l'Inconnu

IV.2.1 Définitions

IV.2.1.1 Peur

Selon Larousse, il existe plusieurs formes de peur

- Sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé, d'une menace ; cette émotion éprouvée dans certaines situations : Trembler de peur.
- Appréhension, crainte devant un danger, qui pousse à fuir ou à éviter cette situation : La peur du ridicule
- Crainte que quelque chose, considéré comme dangereux, pénible ou regrettable, se produise (surtout dans avoir peur) : Les médecins ont peur qu'il s'agisse d'une pneumonie.
- Crainte du jugement, des réactions de quelqu'un, qui fait qu'on adapte son comportement, qu'on obéit à certaines consignes : Elle a plus peur de son grand frère que de son père.

IV.2.1.2 Inconnu

Selon Larousse, le mot « inconnu » peut être utilisé de différentes manières ; en tant qu'adjectif, nom, nom masculin, nom féminin.

Dans notre contexte, il peut être défini ainsi :

- Comme adjectif : qu'on ne connaissait pas jusqu'alors ; dont on ignore la nature, les caractères ; dont on n'a jamais fait l'expérience (c'est nouveau).
- Comme nom masculin : ce que l'on ne connaît pas, ce que l'on ignore, et qui souvent prend un caractère mystérieux.
- Comme nom féminin : élément d'une situation, d'une question qui n'est pas connu, sur lequel les informations sont insuffisantes.

IV.2.2 Différentes formes de peurs

IV.2.2.1 Les peurs simples ou peurs spécifiques

Les peurs simples sont les plus communes. Elles peuvent parfois être évitées et sont relativement simples à gérer. Ces peurs spécifiques sont classées en cinq sous-catégories, à savoir :

- a) Les peurs animales : peur des souris, des araignées, des chiens, des cafards, des oiseaux...
- b) Les peurs en rapport avec l'environnement naturel : peur de l'eau, des orages, des hauteurs, du vide

- c) Les peurs situationnelles : peur des ponts, de l'avion, des tunnels, des ascenseurs, de conduire...
- d) Les peurs liées aux sentiments : peurs d'être seul, d'être heureux, d'avoir peur...
- e) Les peurs afférentes à l'apparence et/ou au physique : peur de la nudité, de la laideur....

Ces peurs spécifiques touchent entre 6% et 10% de la population. La peur simple n'est pathologique que si elle handicape la personne qui en souffre.

IV.2.2.2 Les phobies sociales

Les phobies sociales sont particulièrement handicapantes. On parle aussi de trouble d'anxiété sociale. La peur peut être provoquée par une réunion en perspective, un entretien d'embauche, un examen oral.... On a peur du regard et du jugement des autres, ce qui conduit souvent à se dévaloriser. En d'autres termes, c'est la peur de ne pas être à la hauteur. Les phobies sociales sont générales ou spécifiques, comme l'haptophobie (peur du contact physique), la blemmophobie (peur du regard des autres) ou l'aphrophobie (peur du désir sexuel) Les phobies sociales sont probablement les peurs les plus gênantes car elles anéantissent l'estime de soi. Si ces peurs ne sont pas contrôlées, elles peuvent engendrer des troubles à l'instar de l'alcoolisme et la dépression. Les phobies sociales concernent environ 13,5% de la population. Ces phobiques ont souvent une vie sociale limitée.

IV.2.2.3 L'agoraphobie

L'agoraphobie (peur des espaces découverts ou trop peuplés, peur d'être loin de chez soi et d'avoir un malaise ou une crise de panique) empêche, elle aussi, de vivre, de sortir et de communiquer. Cette pathologie grave peut conduire, faute de traitement adapté, à un isolement social, à une dépression, ou encore amener celui qui en souffre à des comportements "d'autothérapie" dangereux (consommation excessive d'alcool ou de tranquillisants pour fuir la peur) qui peuvent entraîner un état de dépendance du malade. L'agoraphobie toucherait 1 à 2 % de la population.

IV.2.3 Peur de l'inconnu

La peur de l'inconnu vient du fait que nous ne connaissons pas sa limite et qu'il provoque un changement. Certaines personnes ont plus de facilité que d'autres à vaincre cette peur. Si un jour nous pouvons prédire l'avenir, il n'y aura plus d'inconnu.

Chacun de nous, dans une plus ou moins grande mesure craint l'inconnu. Cette peur peut nous paralyser et nous empêcher d'avancer dans la vie. La peur tout au long de l'histoire, a permis à l'être humain d'affronter des situations dangereuses et de s'en sortir. C'est l'émotion la plus ancienne et la

plus forte de l'humanité. Le type de peur le plus ancien est la peur de l'inconnu. La peur a contribué à notre survie en tant qu'espèce. Faire face à une situation menaçante nous permet d'apprendre : on se souvient du danger qui nous a menacé et de la façon dont on l'a surmonté.

Il existe des peurs qui reposent sur le manque d'information : peur fondamentale.

Certaines personnes font face à ce sentiment d'une meilleure manière que d'autres, elles se penchent sur les éventuelles difficultés à affronter et envisagent des solutions possibles.

D'autres ont plus de difficultés et se retrouvent bloquées émotionnellement.

La peur de l'inconnu ou intolérance à l'incertitude, est une tendance à éprouver de la peur face à une situation ou à un objet sur lequel on manque d'informations, qui est donc perçu comme un danger. Cette crainte est d'origine évolutive : le cerveau semble avoir appris à craindre l'inconnu. L'incertitude semble être gravée dans le cerveau avec son propre système neuronal. Face à une situation menaçante, nos réseaux neuronaux accèdent à une sorte d'entrepôt des souvenirs d'expériences passées. Ne pourrait-on pas faire le parallèle avec la notion d'exposome ?

Certaines recherches sur la peur de l'inconnu ont montré que cette peur augmente l'activité de l'amygdale et de l'hippocampe. En retour, cela accroît la négativité liée aux potentielles erreurs et cela active aussi le système d'inhibition du comportement.

En d'autres termes, l'incertitude provoque peur et négativité. Cela nous dissuade alors de nous confronter à des situations nouvelles. L'intensité de la peur peut être limitante et peut constituer un frein dans les sphères personnelles, professionnelles et sociologiques.

La peur de l'inconnu est une émotion normale qui peut nous éviter nombre d'ennuis. Elle peut aussi nous empêcher d'atteindre certains objectifs ou encore d'être surpris par la vie.

Une gestion intelligente des émotions nous permet de tirer parti de la peur.

Selon Nietzsche, « ramener quelque chose d'inconnu à quelque chose de connu allège, tranquillise et satisfait l'esprit, et procure un sentiment de puissance »

Peur de l'inconnu ? Courage, persévérance, audace et résilience sont les maîtres mots qui nous guident lorsque nous faisons un pas décisif hors de notre zone de confort.

Il existe des lignes directrices pour la surmonter, soit accepter et identifier la peur, l'analyser, remettre en question les idées reçues, accepter la possibilité d'un échec.

IV.2.4 Peur des épidémies

Alors que l'épidémie du coronavirus sévit et inquiète, cela ne fait pas figure d'exception.

Que ce soient les différentes formes de pestes au Moyen Âge, la grippe espagnole en mille neuf cent dix-huit ou encore le Sida dans les années quatre-vingt, quatre-vingt-dix, les pandémies ont effrayé à travers l'histoire...

Selon Georges Duby, historien français, « discerner les différences, mais aussi les concordances entre ce qui lui faisait peur et ce que nous redoutons peut nous permettre d'affronter plus lucides les dangers d'aujourd'hui. »

Selon François Hartog, historien français, pour les hommes et les femmes du moyen âge, l'invisible était omniprésent et se manifestait de multiples façons. C'est en cela que le monde médiéval s'écarte du nôtre. Au seizième siècle, l'invention du microscope puis du télescope au dix-septième siècle ont repoussé les frontières de l'invisible, devenant visible. Avec l'épidémie de Covid-19, l'invisible fait un brutal retour dans nos vies quotidiennes. S'est glissée parmi nous une peur de cet invisible qui a amené la reprise des vieux gestes prophylactiques et qui a engendré des situations d'anomie. Même les rites funéraires ne peuvent plus être accomplis. L'ennemi est là, autour de nous, sur nous, en nous, il circule, et il est inconnu. Voilà qu'un virus est venu mettre à l'arrêt le monde entier.

IV.3 Synthèse de la recherche conceptuelle

Le bloc opératoire est une organisation de haute fiabilité dont une des caractéristiques est la résilience. Ce qui donne au bloc opératoire cette capacité à surmonter les altérations provoquées par un ou des éléments perturbateurs, ici le cas du Covid-19, le facteur inconnu.

C'est une résilience organisationnelle qui met en avant l'efficacité de la résilience psychologique individuelle, de la résilience collective et de la résilience écoenvironnementale.

L'intelligence collective au bloc opératoire est un atout pour gérer la peur de l'inconnu et activer une résilience responsable. Ces processus permettent au bloc opératoire de survivre à une crise. Une faille dans ces trois processus conduit à l'échec de l'organisation.

Dans la peur de l'inconnu, ici le Covid-19, nous voyons que certains individus réagissent positivement et trouvent des solutions, on pourrait alors parler de peur simple facile à résoudre. D'autres sont bloqués émotionnellement, seraient-ils confrontés à une phobie sociale telle que l'haptophobie par exemple ?

La peur fondamentale est aussi un facteur de stress dans cette situation. Nous avons vu cependant qu'une gestion intelligente des émotions nous permet de tirer parti de la peur.

La capacité de résilience individuelle liée à l'exposome pourrait alors être évoquée.

Le développement des médias type internet, téléphonie mobile, télévision a été un progrès considérable pour la circulation de l'information, de la communication.

La création des réseaux sociaux, une révolution du point de vue relationnel, n'est-il pas devenu un frein pour l'être humain dans son évolution personnelle et professionnelle ?

La synthèse de mes recherches, de mes cadres théoriques et conceptuels, me conduit à formuler l'hypothèse suivante.

V. L'HYPOTHESE

« Dans une organisation type HRO au bloc opératoire, en contexte de Covid-19 en deux mille vingt, comment l'équipe soignante a-t-elle fait face à cette situation inédite, aurait-elle pu être mieux préparée ? »

Cette hypothèse est mesurable. Je vais donc la confronter au terrain en réalisant une enquête à l'aide d'un guide d'entretien auprès des soignants du bloc opératoire.

VI. TRAVAIL DE RECHERCHE

VI.1 Guide d'entretien

Le guide d'entretien est l'outil utilisé pour effectuer mes recherches auprès des soignants du bloc opératoire. Il permet de recueillir le vécu ressenti par les soignants, d'obtenir des données détaillées, afin de pouvoir analyser cette problématique. Il est mené selon la méthode semi-directive. Ce qui m'a permis de poser d'autres questions quand la personne interviewée soulevait des aspects encore inconnus. (Confère Annexe 2)

Trente entretiens ont été menés afin d'obtenir une recherche exhaustive. Chaque entretien a duré environ une heure ; les personnes entretenues étaient libres de répondre ou non si la question les gênait. Ils étaient remerciés du temps qu'ils m'avaient accordé. Je leur ai demandé si certaines questions les avaient dérangés, et la réponse fut négative à l'unanimité. Chaque soignant questionné s'est rendu disponible sans problème dans un emploi du temps déjà chargé.

Mon guide d'entretien comporte des 18 questions fermées débouchant sur des questions ouvertes en lien avec les thèmes.

J'ai démarré mon enquête de terrain après validation de ma directrice de mémoire, et l'autorisation de mon cadre de bloc opératoire.

VI.2 Population ciblée

Sur un total de quarante-cinq soignants au bloc opératoire, vingt-sept ont été sollicités pour répondre à mon entretien soit 66,66% de l'équipe ;

- Six IADE sur une équipe de treize (six hommes, sept femmes)
- Sept IBODE, sept IDE mesures transitoires (IDE MT), un IDE sur une équipe de vingt-deux (dix-sept femmes, un homme)
- Cinq AS sur une équipe de huit (un homme, huit femmes)
- Un ASH sur une équipe de deux femmes.

Sur les vingt-sept, certains soignants ont travaillé ailleurs qu'au bloc opératoire pendant ce premier confinement. De plus, trois soignants ne faisant pas partie de l'équipe du bloc opératoire de l'hôpital de Draguignan à ce moment-là (une IBODE, une IADE, une IDE MT) ont aussi répondu ; ce qui a donné une autre vision de la situation. Finalement, trente professionnels ont été entretenus, pour avoir une exhaustivité dans les résultats.

VI.3 Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du trente août au premier octobre deux mille vingt et un, après prise de rendez-vous avec le soignant selon nos plannings respectifs. Quasiment à l'unanimité, les personnes ont répondu positivement.

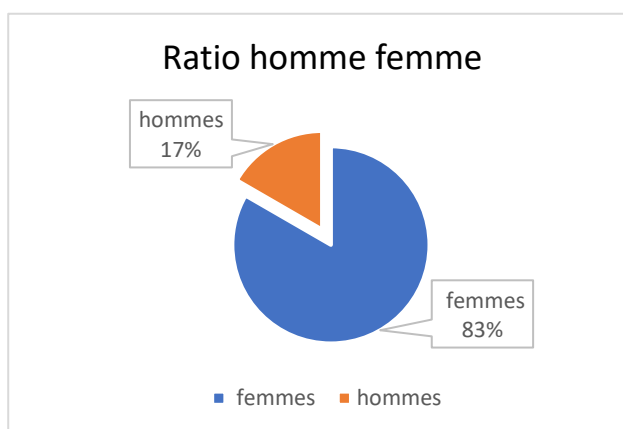
VI.4 Les objectifs du travail de Recherche

- **Premier objectif** : Identifier la population interrogée sur leur âge, leur diplôme, leurs expériences, leur ancienneté au bloc opératoire, leurs formations.
- **Deuxième objectif** : Connaître leur ressenti, leur vécu, les difficultés rencontrées pendant le premier confinement en mars deux mille vingt, leurs peurs éventuelles.
- **Troisième objectif** : Vérifier si le manque de formations, d'informations ou connaissances a été un frein pour aborder cette crise.
- **Quatrième objectif** : Identifier les failles durant cette crise.
- **Cinquième objectif** : Repérer la capacité de résilience des soignants.

VI.5 Analyse de l'enquête de terrain

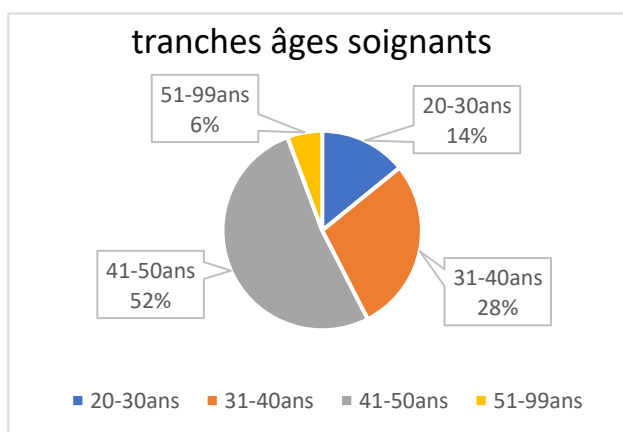
Question 1 : vous êtes homme ou femme ?

25 femmes pour 5 hommes ont répondu à l'entretien, la différence s'explique par une majorité de soignantes au bloc opératoire, 80% sont des femmes.



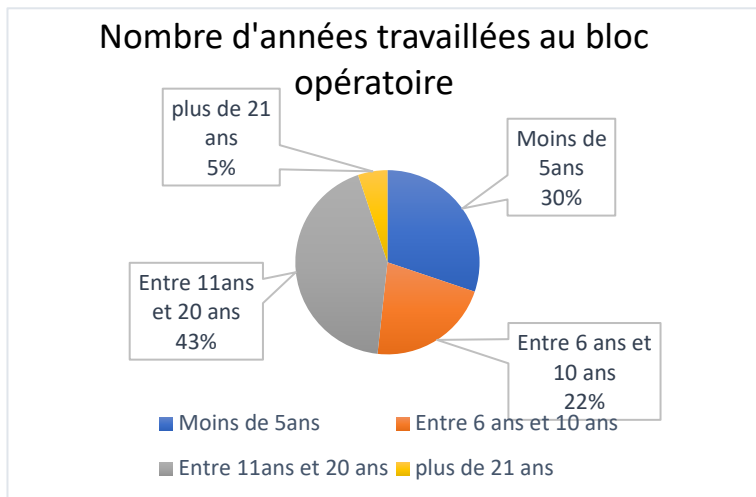
Question 2 : quel est votre âge ?

58% des soignants sont âgés de plus de 41ans, une maturité certaine au sein de l'équipe.



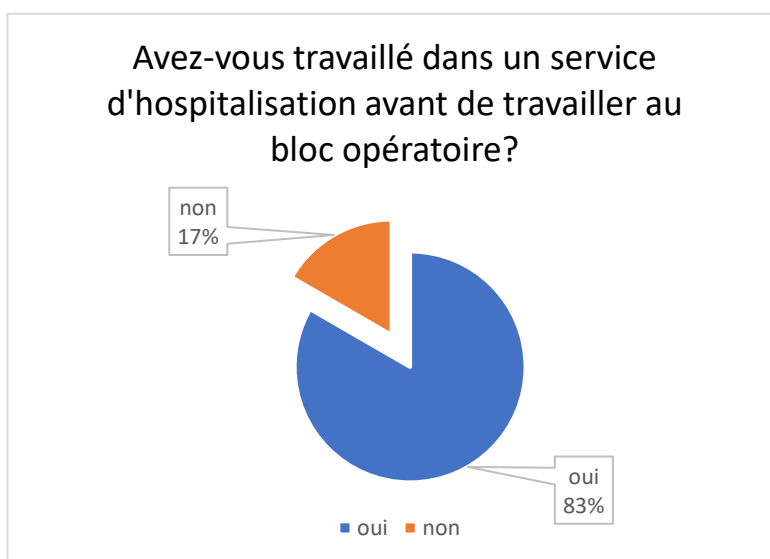
Question 3 : Depuis quand exercez-vous au bloc opératoire ?

Le personnel du bloc opératoire reste majoritairement expérimenté aux situations de bloc dite stressantes puisque 48% ont plus de 11ans d'expérience et 22% plus de 6ans.

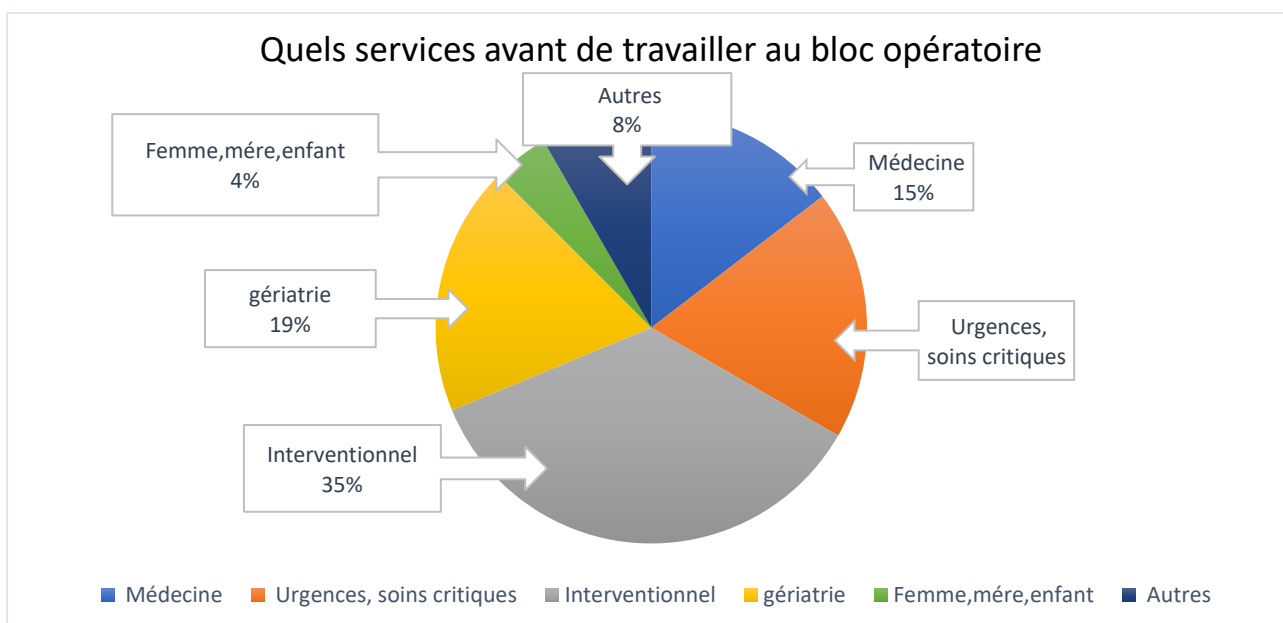


Question 4 : Avant de travailler au bloc opératoire, avez-vous exercé dans un service d'hospitalisation ?

Une majorité des soignants a travaillé dans un service d'hospitalisation avant de venir au bloc opératoire. Ce qui est un atout dans une expérience professionnelle car elle est un facteur d'adaptation aux changements.



Question 5 : Dans quels services avez-vous exercé avant de venir au bloc opératoire ?



Le pôle médecine correspond aux services de cardiologie, médecine interne, pneumologie.

Le pôle urgences et soins critiques correspond aux services de réanimation polyvalente, urgences.

Le pôle interventionnel correspond aux services de gastro-entérologie, chirurgie, salle de surveillance post-interventionnelle.

Le pôle gériatrie correspond aux Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, à l'Unité de Gériatrie Aigue.

Le pôle Femme, Mère, Enfant correspond aux services de pédiatrie, obstétrique.

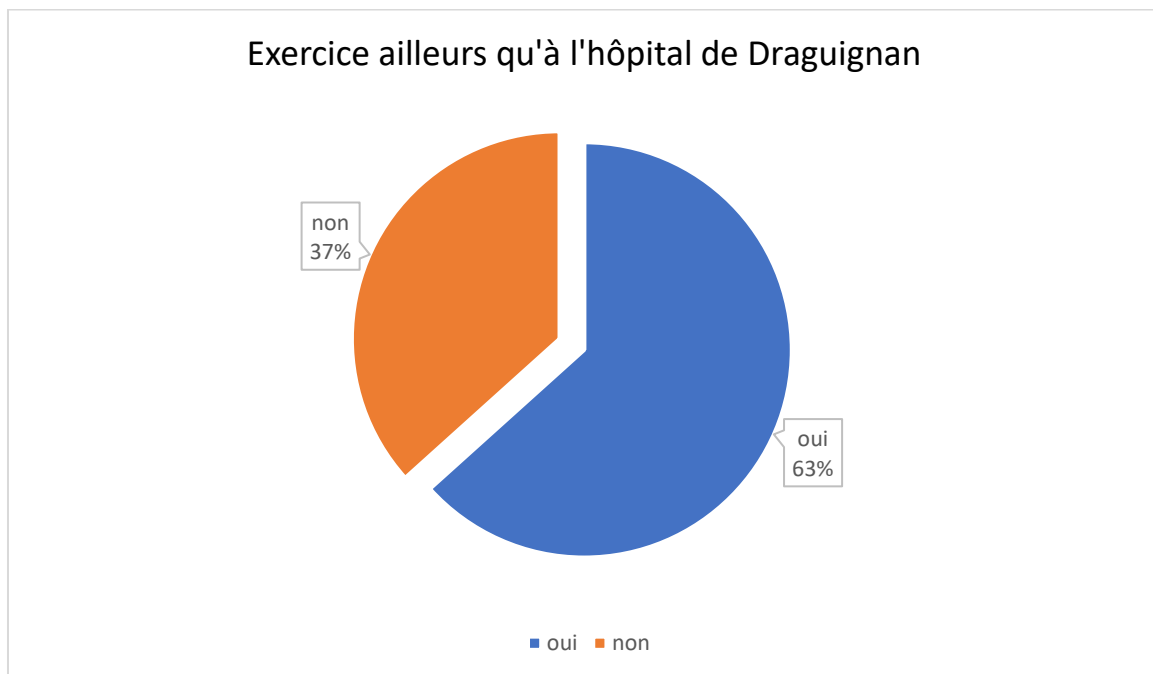
Pour les autres services, ils correspondent aux centres de convalescence, rééducation, milieu scolaire et santé mentale.

Par pôle, tous les services ne sont pas cités, j'ai juste pris en compte les services où ont travaillé les soignants.

A noter que les lieux d'exercice ne sont pas systématiquement sur l'hôpital de Draguignan, ni dans le même département. De plus ils peuvent être dans des unités différentes pour un même individu.

Au vu de ce graphique, pour les personnes ayant une expérience différente du bloc opératoire, les services sont très divers, et multiplient leurs compétences acquises sur le terrain.

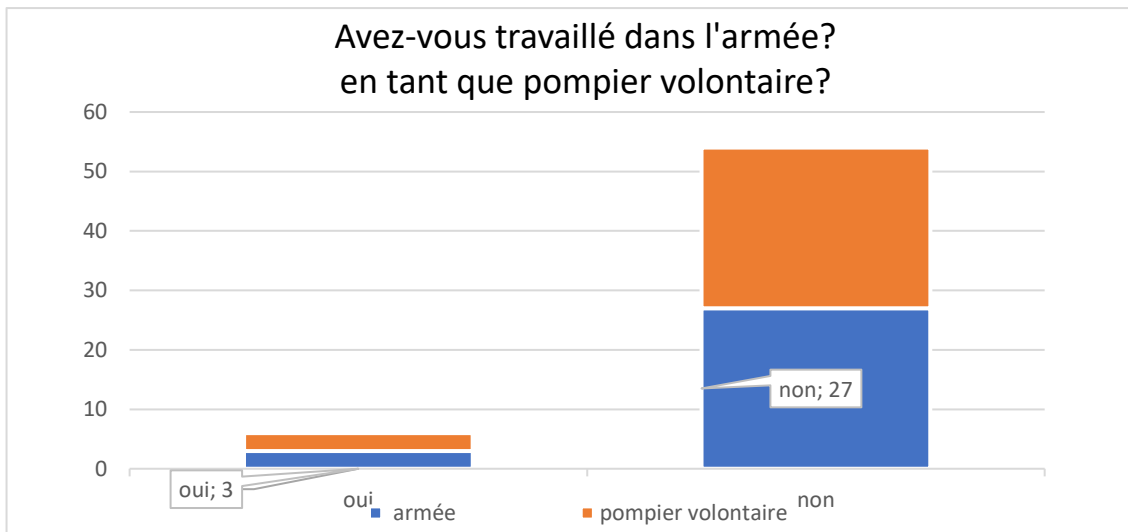
Question 6 : Avant de venir sur l'hôpital de Draguignan avez-vous exercé ailleurs ?



La majorité des soignants ont une exercé ailleurs qu'à l'hôpital de la Dracénie.

A noter, trois personnes ne travaillant pas au bloc opératoire de la Dracénie au moment du premier plan blanc ont été entretenues afin de recueillir des témoignages de vécu différent.

Question 7 : Avez-vous travaillé dans l'armée ? en tant que pompier volontaire ? Si oui, cette expérience vous a-t-elle aidé pour gérer cette pandémie ?

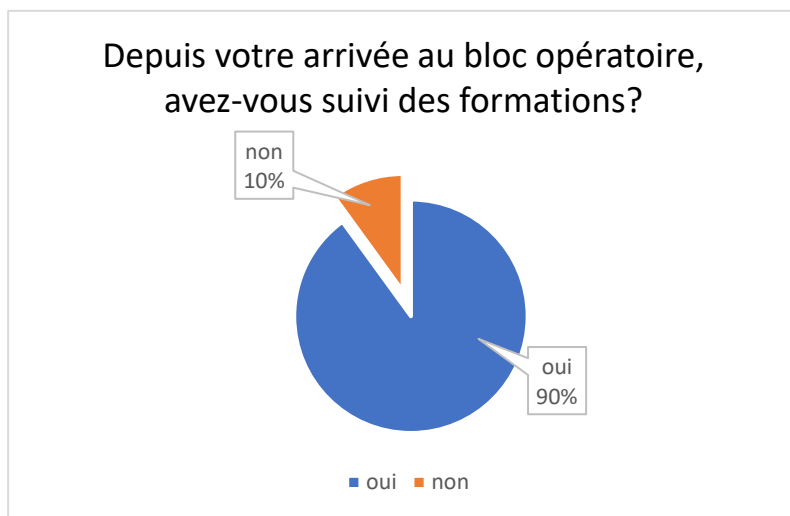


Concernant les trois personnes ayant travaillé dans l'armée, pour deux d'entre elles c'était dans le cadre du service militaire, la troisième en tant que réserviste. A l'unanimité, le fait d'avoir travaillé dans l'armée ne leur a rien apporté pour gérer la pandémie du Covid-19.

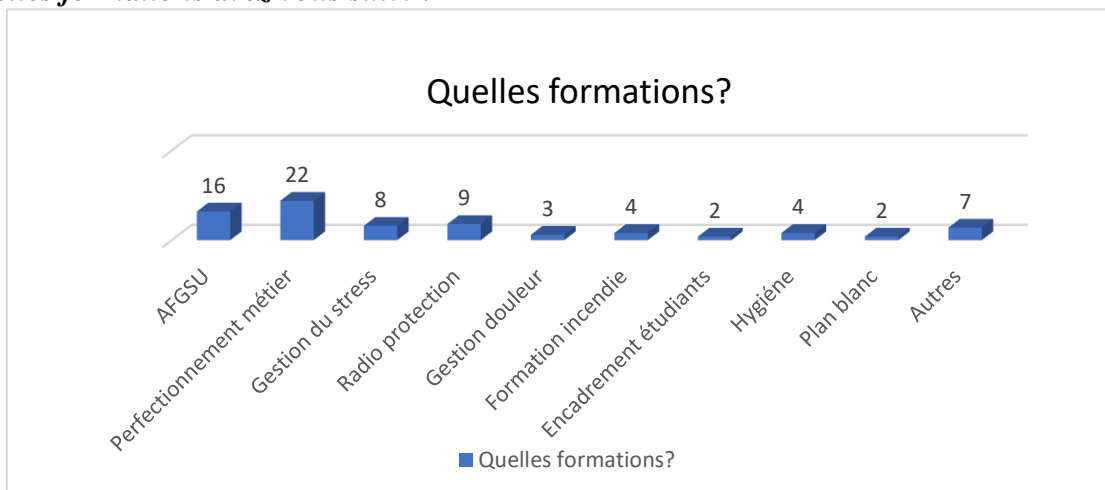
Pour deux personnes ayant travaillé comme pompier volontaire, cette compétence ne les a pas aidés pour cette pandémie. Quant à la troisième, aide-soignante au bloc opératoire, les connaissances acquises chez les pompiers ont été un soutien important concernant les mesures d'isolement.

Question 8 : Depuis votre arrivée au bloc opératoire, avez-vous suivi des formations ? Si oui, lesquelles ?

La majorité des personnes ont suivi des formations au bloc opératoire que ce soit à Draguignan ou ailleurs. L'AFGSU en fait partie. Parmi les trois personnes n'ayant pas été formées, deux ont suivi l'AFGSU pendant leurs cours et sont à jour.



Quelles formations avez-vous suivi ?



Certains agents ont suivi plusieurs types de formations.

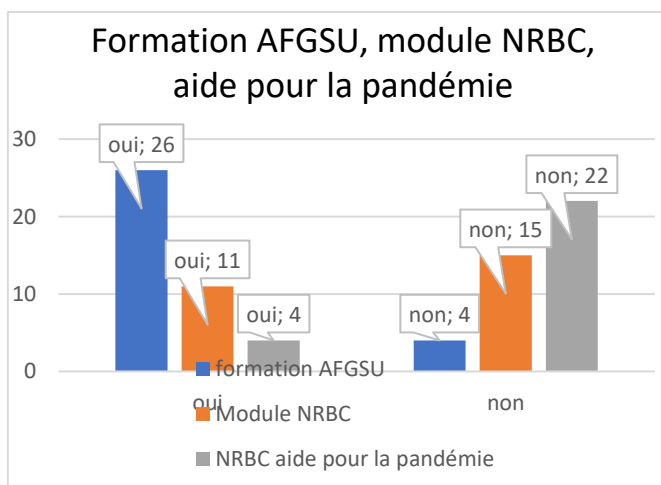
Les perfectionnements métiers concernent les spécialisations telles qu’infirmier de bloc opératoire, l’anesthésie en pédiatrie, les journées métiers telles que les journées de la Société Française d’Anesthésie et de Réanimation (SFAR), les journées SOFCOT (congrès de la société française de chirurgie orthopédique et traumatique), les congrès UNAIBODE (Union National des Infirmiers de Bloc Opératoire) etc.

Les formations « plan blanc » ont été suivies dans d’autres établissements hospitaliers pour lesquels c’était obligatoire.

Les autres formations concernent l’anglais médical, l’hypnose, la gestion des risques, la Prévention des Risques liées à l’activité physique en Secteur Sanitaire et Social (PRAPSS), la prévention et santé intégrative.

On constate que les soignants sont assez dynamiques dans leur métier, avec toujours cette envie de se perfectionner et se former quel que soit le secteur.

Question 9 : *Avez-vous suivi la formation « Attestation de Formation aux Gestes et Soins d’Urgence » ? Avez-vous eu un module risque Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique (NRBC) ? Cette formation vous a-t-elle aidé pour gérer cette crise pandémique ?*



Une majorité des personnes (86,7%) entretenues ont eu l'attestation AFGSU. Quatre ne l'ont pas suivi, alors que c'est une formation obligatoire, soit plus de 13,3%.

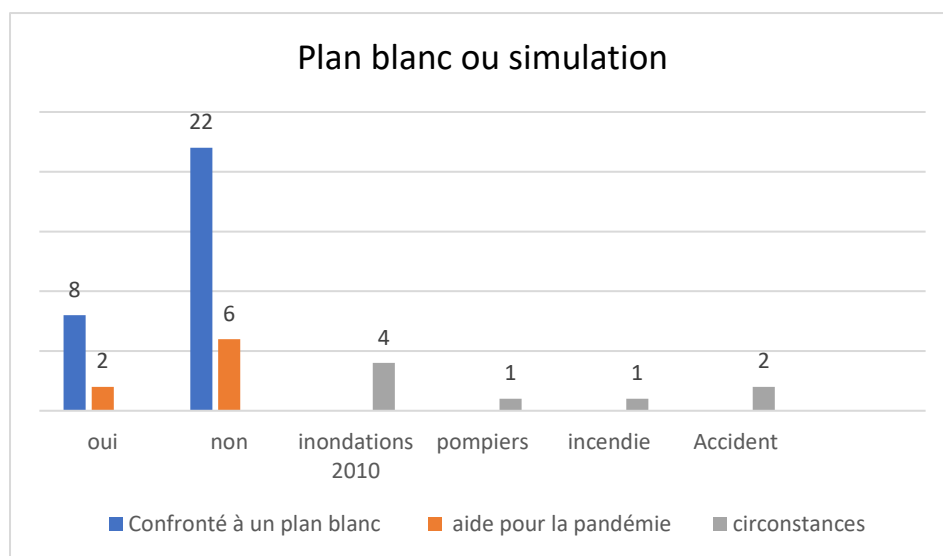
On constate que le module NRBC n'a pas été toujours enseigné, voir oublié pour presque 57% des personnes.

Selon 85% des soignants, ce module NRBC n'a été d'aucun secours pour gérer la pandémie.

Parmi les professionnels, un formateur AFGSU travaillant au bloc opératoire a répondu à mon entretien ; il confirme que le module NRBC est survolé même à l'école d'infirmier, n'ayant pas lui-même la qualification ni l'obligation d'un enseignement plus approfondi.

Un soignant m'a d'ailleurs souligné que les formations « plan blanc » et Diplôme Universitaire en hygiène qu'il avait suivi ont été un réel soutien intellectuel pour appréhender cette pandémie.

Question 10 : Avez-vous déjà été confronté à un plan blanc ou une simulation de plan blanc ? Si oui, à quel endroit ? Dans quelles circonstances ? Cet évènement vous a-t-il aidé pour gérer la pandémie ?



A peine 27% des soignants interrogés ont été confrontés à un plan blanc ou une simulation de plan blanc. Sur les huit, 25% ont estimé que cette expérience passée leur avait été utile pour gérer la pandémie tant sur le plan organisationnel que sur le plan psychologique ; « prendre sur soi, accepter la situation pour déstresser »

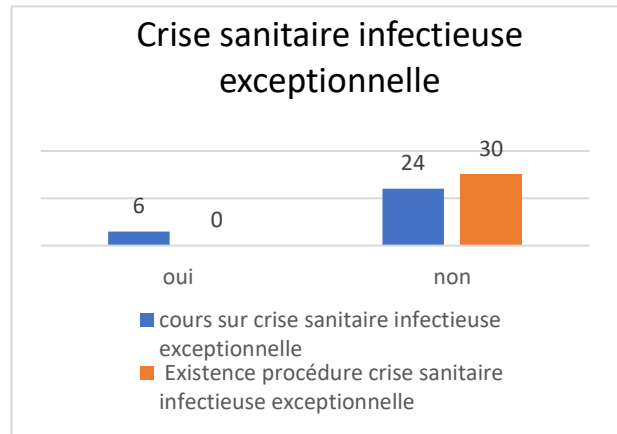
Quant aux 50% ayant vécu les inondations de 2010 à Draguignan, pour eux la situation n'était pas comparable, elle n'a duré que quelques jours, l'eau était visible, palpable à la différence du Covid-19 invisible, imprévisible... Pour eux, les deux situations sont incomparables.

Question 11 : Avez-vous eu des cours concernant une crise sanitaire infectieuse exceptionnelle ? Connaissez-vous sa procédure ?

On constate qu'à peine 20% des personnes entretenues ont eu des cours à propos d'une crise sanitaire infectieuse exceptionnelle soit pendant les cours de spécialisation pour être infirmier anesthésiste diplômé d'état soit lors de formation

AFGSU et plan blanc avec un module NRBC approfondi (grippe aviaire, Ébola).

Ils ne connaissent pas la procédure d'une crise sanitaire infectieuse exceptionnelle car elle n'existe pas au sein de l'hôpital. Seul le procédé concernant la prise en charge d'un patient atteint ou suspect du Covid-19 au bloc opératoire a été créé en mars 2020.



Question 12 : Avez-vous été confronté dans votre vie professionnelle antérieure à une crise sanitaire infectieuse type SIDA, Ebola... ?

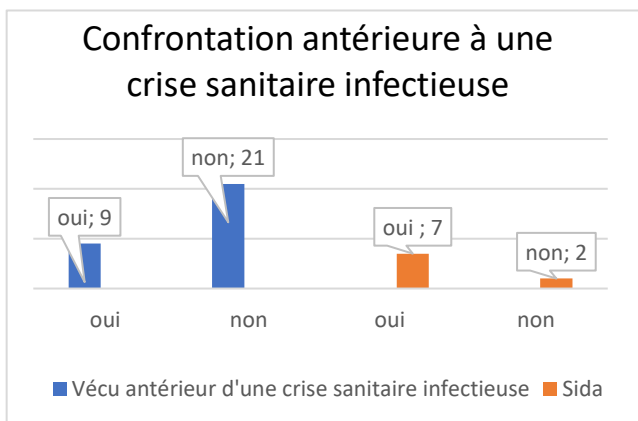
Si oui, pouvez-vous décrire votre vécu, ce que vous en avez retenu ?

70% des soignants entretenus n'ont jamais été confronté à une crise sanitaire infectieuse auparavant. Certains soulignent que cette

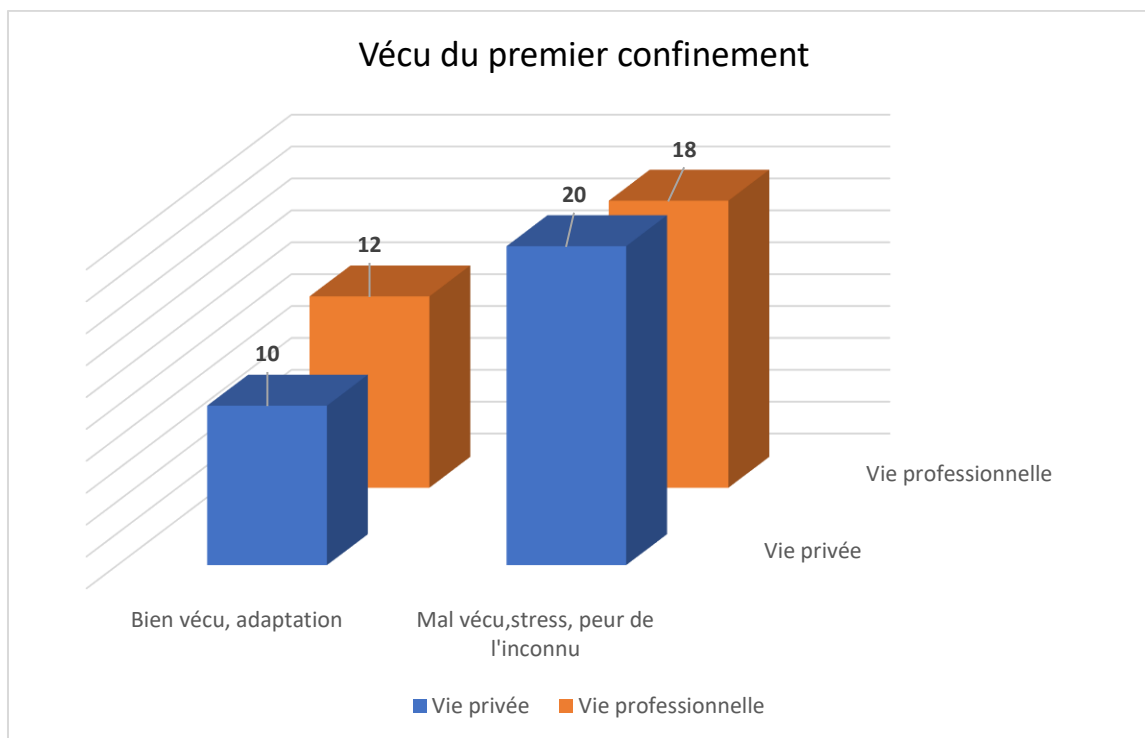
absence a été une lacune pour appréhender la pandémie du Covid-19. Parmi ces 70%, certains ont eu à gérer en réanimation ou aux urgences des cas de méningite, des situations de contagion très élevée ; d'autres ont appris dans le cadre de l'organisation des pompiers le circuit pour prise en charge d'un patient suspect ou atteint d'Ebola.

Pour les 30% ayant vécu une crise sanitaire infectieuse dans le passé, environ 78% ont connu la période du SIDA. Pour certains, les modes de transmission étaient inconnus au début, une vraie peur de le contracter en touchant seulement le patient... « On se protégeait comme pour le Covid, **on avait peur de l'inconnu**. Cette pandémie du Covid-19 était similaire au vécu du SIDA » Pour d'autres, les modes de transmission étaient maîtrisés, car les mesures d'isolement étaient alors connues au moment de leur exercice. Ils n'ont pas vécu d'angoisse de prise en charge de ce fait.

Pour les 22% restant ayant connu une crise sanitaire infectieuse, c'était pendant la crise H1N1, les circuits étaient bien maîtrisés.



Question 13 : le 16 mars 2020, Mr Macron déclarait la France en « plan blanc », démarrait le protocole de confinement, comment avez-vous vécu cette période ?
Dans votre vie privée ? Au sein du bloc opératoire ?



Les soignants au bloc opératoire ont majoritairement mal vécu ce premier confinement tant sur le plan privé (environ 67%) que professionnel (60%). Leur qualité de vie au travail s'est beaucoup dégradée.

Un état de stupéfaction a été souligné, ceci lié à la gravité de la situation. Il y avait **une peur de l'inconnu**, une perte de sens. Beaucoup de critères ont été mis en avant.

Sur le plan privé, il y avait la peur de transmettre le virus aux proches puisqu'au travail, le risque de le contracter était omniprésent. Ce virus dont on ne maîtrisait pas alors ses modes de transmission. Ce qui générait des tensions familiales importantes. Surtout que beaucoup d'informations contradictoires circulaient. Des soignants étaient privés de leur proche soit par peur de leur transmettre, soit par interdiction de l'état, soit parce que leurs enfants étaient gardés par l'ex-conjoint (les écoles étant fermées) ; leur lien social n'existait plus. Les séparations étaient difficiles à vivre. Il ne leur restait que le travail...La situation leur semblait glauque.

Des soignants ont manifesté des symptômes de stress comme la tachycardie, l'insomnie, la perte d'appétit, des problèmes intestinaux, articulaires, un syndrome dépressif, la peur de mourir.

Certains se sont privés de relations humaines pendant une année, travail et sortie pour les courses uniquement. D'autres ont affronté une séparation de couple pendant ce premier confinement.

Sur le plan professionnel, il a été demandé au personnel du bloc opératoire un gros effort d'adaptation. Beaucoup de stress a été généré par une incertitude des plannings, des ordres et contre-ordres, un risque d'aller travailler du jour en lendemain en réanimation, dans les services Covid de jour comme de nuit. Pour un personnel hyperqualifié dédié au bloc opératoire, la situation était compliquée.

Il y a eu aussi un sentiment d'iniquité, d'injustice pour les soignants partis travailler hors du bloc opératoire : pas de roulement de personnel pour travailler hors du bloc opératoire, toujours les mêmes, les autres semblaient préservés. Il n'y avait pas de répartition de l'effort

« Les premières semaines, l'organisation au sein du bloc opératoire changeait tous les jours. Il a fallu s'adapter », il y avait une perte des repères quant au rangement du matériel, une équipe modifiée, des doubles plannings, une programmation opératoire modifiée....

Certains soignants étaient angoissés à l'idée de devoir gérer de nombreux décès ; en effet en temps « normal » un patient ne meurt pas au bloc opératoire.

Les personnes responsables du ménage craignaient de mal effectuer leur travail, être responsable de la transmission du Covid vis-à-vis de leur collègue. Un climat de méfiance envers chacun régnait.

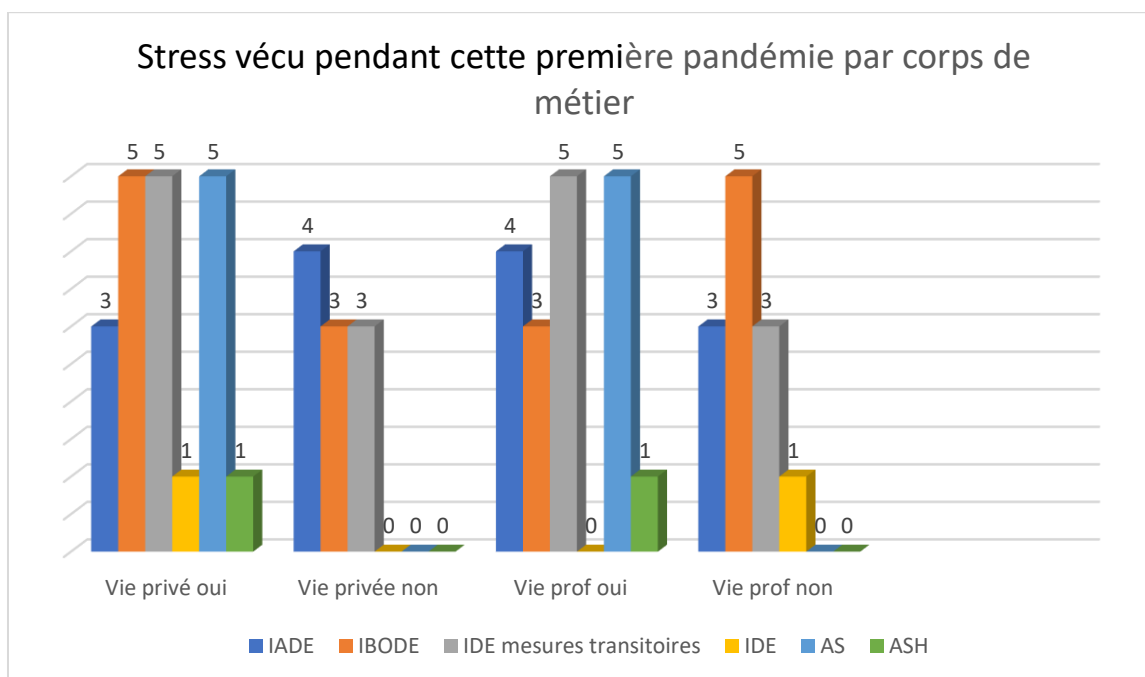
Les élèves infirmières de bloc opératoire ont été réquisitionnées pour travailler dans les services Covid ; elles ont mal vécu ces moments. Elles avaient le ressenti de remplacer les personnels des services mis d'office en repos ou congés, d'un manque de considération de la part de la hiérarchie.

A contrario, certaines personnes ont trouvé la situation stressante au début puis avec la mise en place des protocoles, la transmission des informations fiables, elles se sont adaptées. Elles ont relativisé dans la mesure où elles se sentaient privilégiées au bloc opératoire car moins exposées. Leur formation spécialisée d'infirmière de bloc opératoire ou d'infirmier anesthésiste a été un atout intellectuel majeur pour gérer cette crise ; par leur préparation aux gestes barrières, l'habillage et déshabillage, leur connaissance en virologie.

Certains ont fait preuve de stratégie pour ne pas aller dans les services hors bloc opératoire.

Une remarque à propos des épidémies a été soulevé : nous n'avons pas connu d'évènements majeurs comme la guerre, nous nous sommes toujours plus ou moins sentis protégés.

Le stress vécu lors de cette première pandémie est-il lié au corps de métier ?

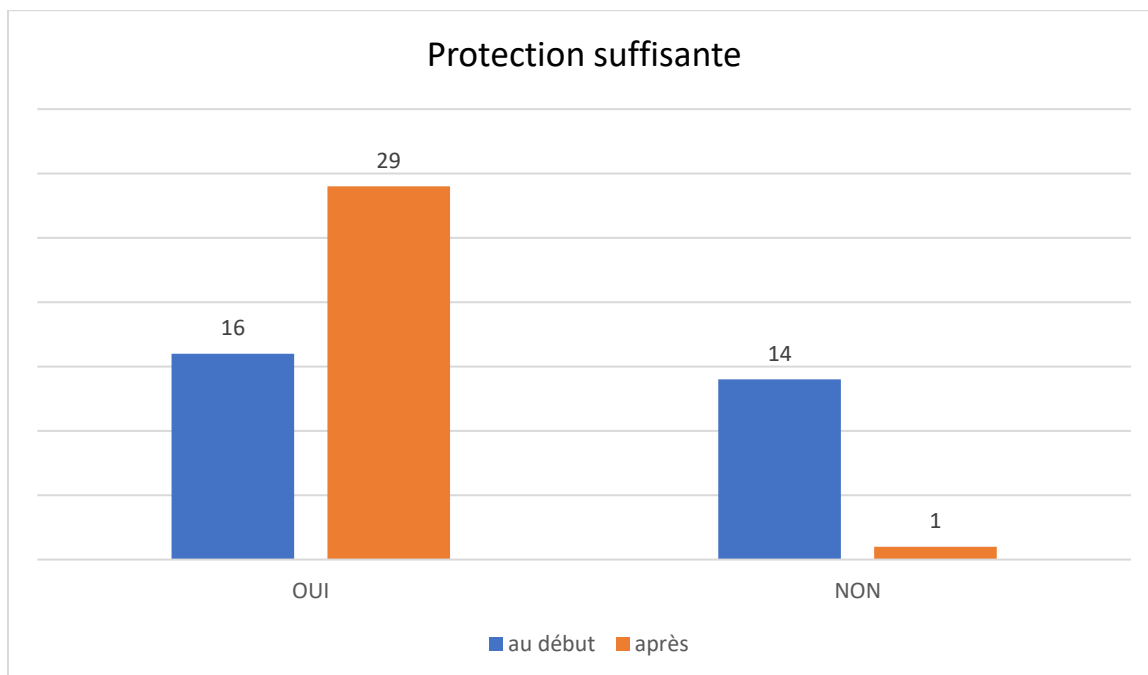


Trente soignants ont été entretenus, soit sept infirmiers anesthésiste, huit infirmiers de bloc opératoire, huit infirmiers mesures transitoires, un infirmier, cinq aides-soignants, un agent de surface hospitalier. Par métier, on constate que les aides-soignants et agents de service hospitalier ont été à l’unanimité impacté psychologiquement par cette première pandémie. Pour les infirmiers anesthésiste, les résultats sont plutôt mitigés. Les infirmiers de bloc opératoire ont majoritairement bien géré dans leur vie professionnelle (62,5%) grâce à leur bagage de connaissances ; cependant la tendance est inversée dans leur vie privée, le contexte personnel en est la principale raison. Pour les infirmiers mesures transitoires, la majorité a vécu du stress pendant ce premier confinement sur le plan privé et professionnel (62,5%). Pour l’un d’entre eux, il n’a pas éprouvé d’angoisse au travail car la formation combinée au plan blanc et au Diplôme Universitaire Hygiène a été un avantage considérable pour démystifier la crise de la Covid-19.

Les infirmiers anesthésistes sont plutôt partagés, tout dépend de leur expérience, leurs connaissances, leur appréhension personnelle de la pandémie. Les conditions lourdes de prise en charge de patient atteint ou suspect Covid ont été soulevées.

L’infirmier n’a pas connu de tensions véritables au travail pour appréhender la Covid-19. La formation approfondie NRBC, l’expérience du service des urgences avec la gestion de mesures d’isolement pour des méningites l’ont aidé pour la prise en charge.

Question 14 : Vous sentiez-vous suffisamment protégé quant au mode de contamination ?



L'appréciation de la part des soignants concernant leur protection face au Covid-19 au bloc opératoire est très mitigée au début, 53% de oui contre 47% de non ; surtout au début du plan blanc soit mi-mars 2020. En effet, au bloc opératoire pendant la première semaine de blanc, les soignants ont eu l'attribution nominative de cinq masques chirurgicaux pour travailler et pour une durée indéterminée. En revanche, à partir de fin mars 2020, les mesures de protection font l'unanimité.

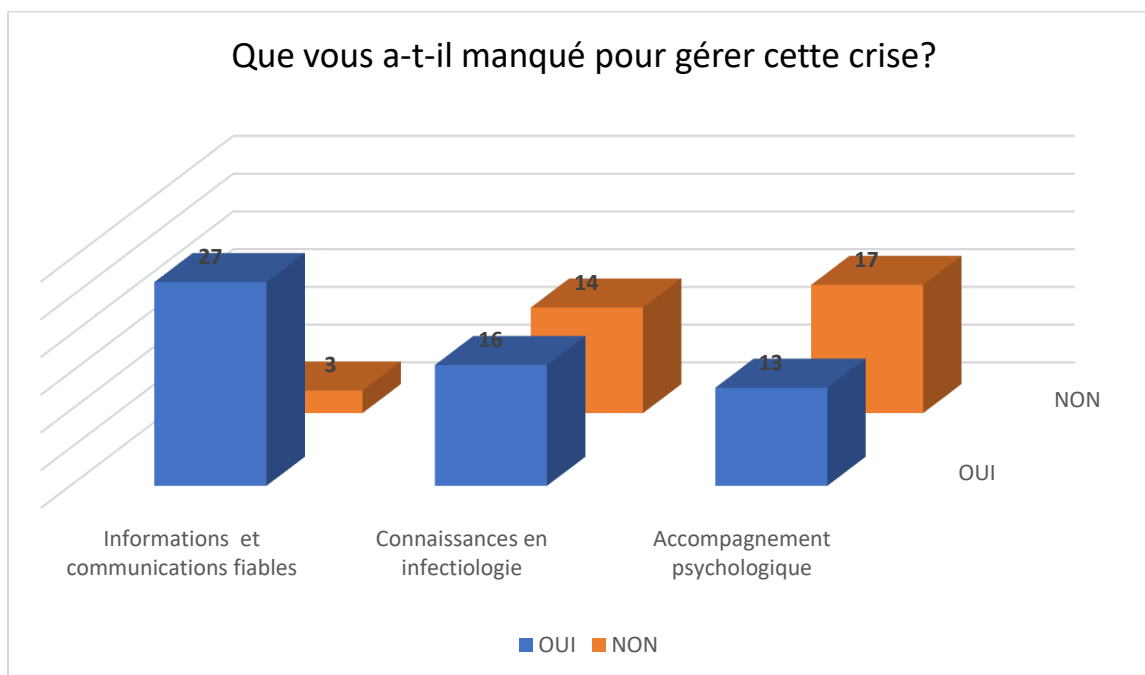
Les soignants ayant travaillé dans les services Covid et réanimation ne se sont pas sentis protégés, ce qui leur a généré beaucoup de stress. Des religieuses leur fabriquaient des blouses en tissu, le cadre de la réanimation est allé acheter le nécessaire de protection en ville.

La personne ayant répondu « non après » travaillait en réanimation à ce moment-là.

Une infirmière entretenue et travaillant dans un autre établissement au moment du premier confinement a contracté le Covid-19 par défaut de protection type masques FFP2 pour gérer l'extubation des patients.

Pour les personnes qui ne sentaient pas protégées, cela concernait des masques type FFP2 et chirurgicaux, des surblouses, charlottes et sur chaussures.

Question 15 : En dehors des moyens de protection individuels, que vous a-t-il manqué pour affronter cette crise ?



On constate que 90% des soignants ont manqué d'informations et de communications fiables au moment de cette crise, tant sur le plan étatique, médiatique qu'au niveau de l'hôpital.

Les informations annoncées étaient contradictoires, mensongères et confuses. Sentiment pour certains que tout le monde était dépassé par cet événement. Aller travailler dans d'autres services notamment Covid n'était pas clairement défini et générait une peur panique pour certains professionnels ; ils n'étaient pas préparés....

Les soignants se sont informés par eux-mêmes en consultant des sites références tels que la haute autorité de santé, le comité de lutte contre les infections nosocomiales, la société française d'anesthésie et réanimation. Le milieu des pompiers a aussi été un recours pour recenser des renseignements.

Seulement 43,3 % des professionnels ont estimés que l'équipe opérationnelle d'hygiène avait été aidante pour mieux connaître ce virus ; sentiment d'avoir été livrés à eux-mêmes...

Concernant les connaissances en infectiologie, aucune IBODE n'a ressenti de lacunes, leur diplôme a été très aidant.

L'accompagnement psychologique a manqué pour 43,3% des soignants qui ont manifesté des problèmes de santé pendant cette crise. La connaissance du numéro vert pour aider les soignants en période de Covid-19 mis en place en mars 2020 était inconnue. (Confère Annexe 4)

L'initiative d'une initiation au qi gong, de transmission des connaissances en médecine chinoise, de communication des bases en infectiologie de la part de certains soignants ont été très aidants pour gérer le stress existant au sein du service.

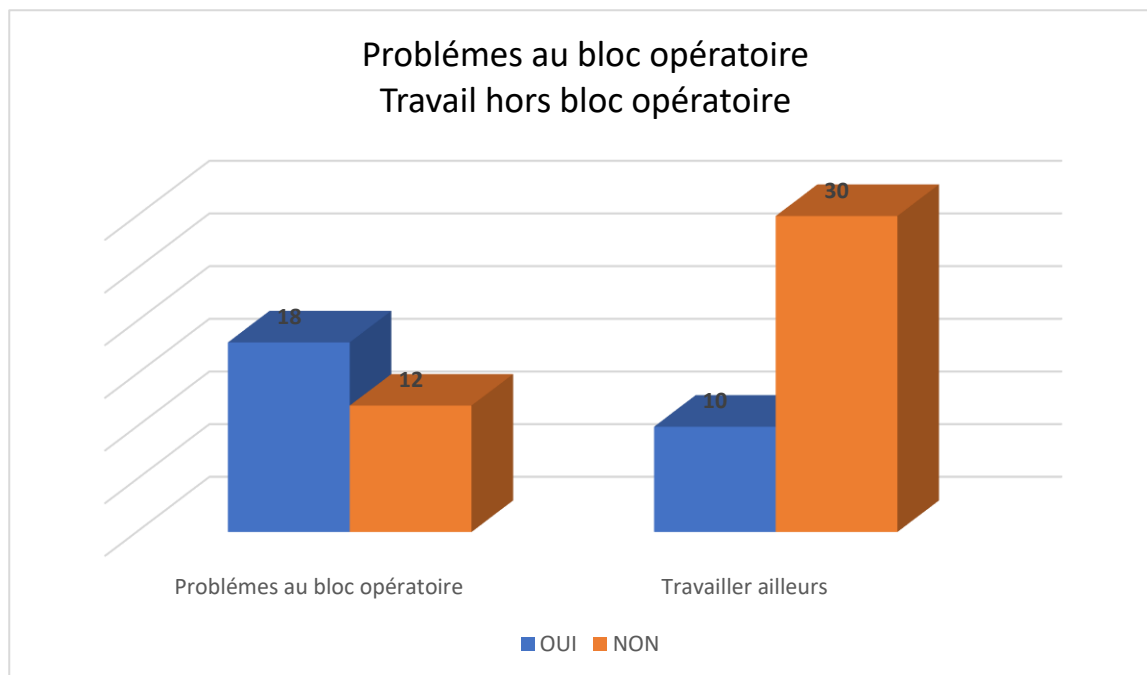
Une infirmière de bloc travaillant dans un bloc opératoire du Nord a accepté d'être entretenue.

Elle n'a pas manqué de sources fiables dans la mesure où tous les matins un anesthésiste référent faisait le point avec l'équipe du bloc opératoire sur l'évolution de la pandémie ;

De même la gouvernance du bloc opératoire a créé un groupe « personnel du bloc opératoire » sur What's app, ce qui permettait de remonter les informations en temps réel. Leur équipe opérationnelle d'hygiène a organisé des formations habillage Covid, prise en charge des personnes décédées, rédaction des procédures pour le bloc opératoire. De plus, elle avait l'information du numéro vert pour aider les soignants psychologiquement. Cette infirmière a beaucoup apprécié ces initiatives, très aidantes pour aborder la crise.

Question 16 : Avez- vous rencontré des problèmes d'organisation au bloc opératoire ?

Avez-vous travaillé au bloc opératoire et /ou ailleurs pendant ce premier confinement ?



60% des professionnels ont rencontrés de problèmes d'organisation au bloc opératoire.

Les procédures de prise en charge patient atteint ou suspect Covid-19 n'étaient pas écrites ; elles sont parues fin mars, créés par l'encadrement du bloc opératoire avec l'équipe IBODE validées ensuite par l'équipe opérationnelle d'hygiène et le directoire. D'où une période de « tâtonnement » pour gérer ces patients Covid.

L'organisation changeait tous les jours, en termes d'environnement, rangement, planning...

Il manquait de matériel pour monter une future réanimation en salle de soins post-interventionnels et de personnel formé à la réanimation.

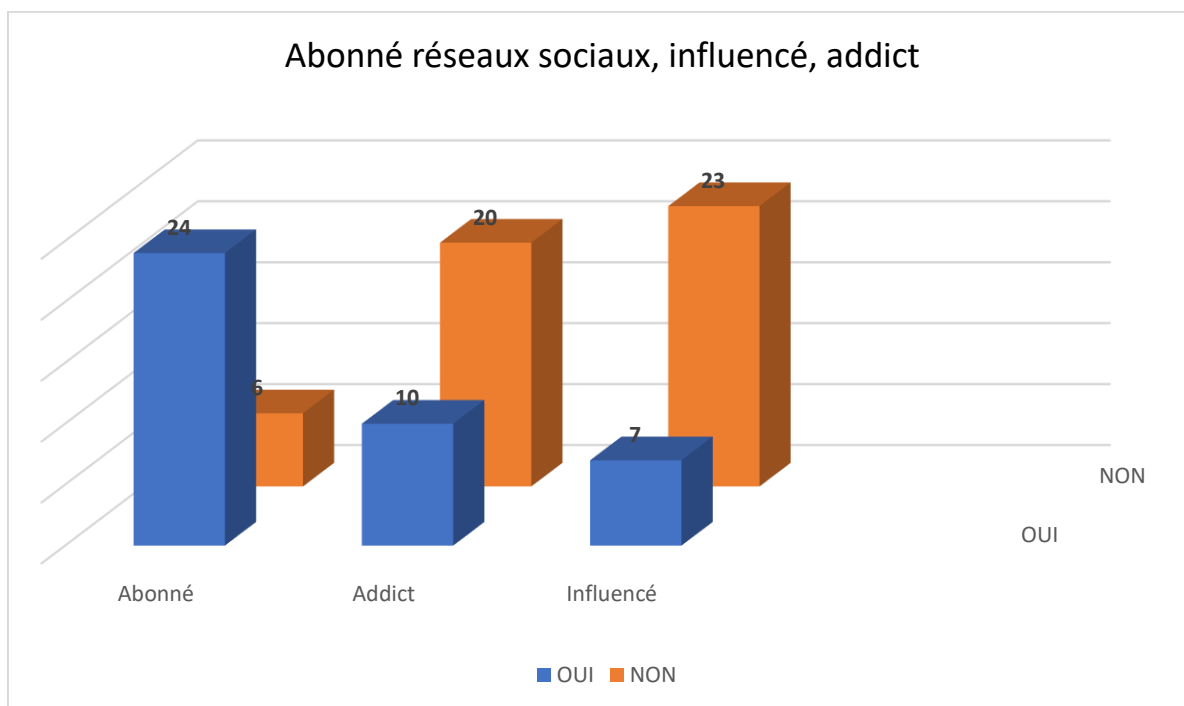
Il n'y avait pas de sentiment de solidarité dans les équipes. Les professionnels avaient peur d'aller travailler dans d'autres services, beaucoup de tensions quant au choix de « qui irait travailler ailleurs ». Il manquait une ligne directrice fiable.

De ne plus soigner les patients pour lesquels ce n'était pas urgent perturbait les professionnels qui s'inquiétaient de leur devenir.

1/3 du personnel du bloc opératoire est parti travailler dans les services type réanimation, urgences, Covid. Pour ces personnes le début a été difficile et stressant ; elles ne se sentaient pas préparées par la méconnaissance des logiciels, du service...

Question 17 : Etes-vous abonnés à un réseau social type Facebook, Instagram, tiktok... ?

En êtes-vous addict ? Avez-vous été influencé par ces réseaux pendant ce premier confinement ?

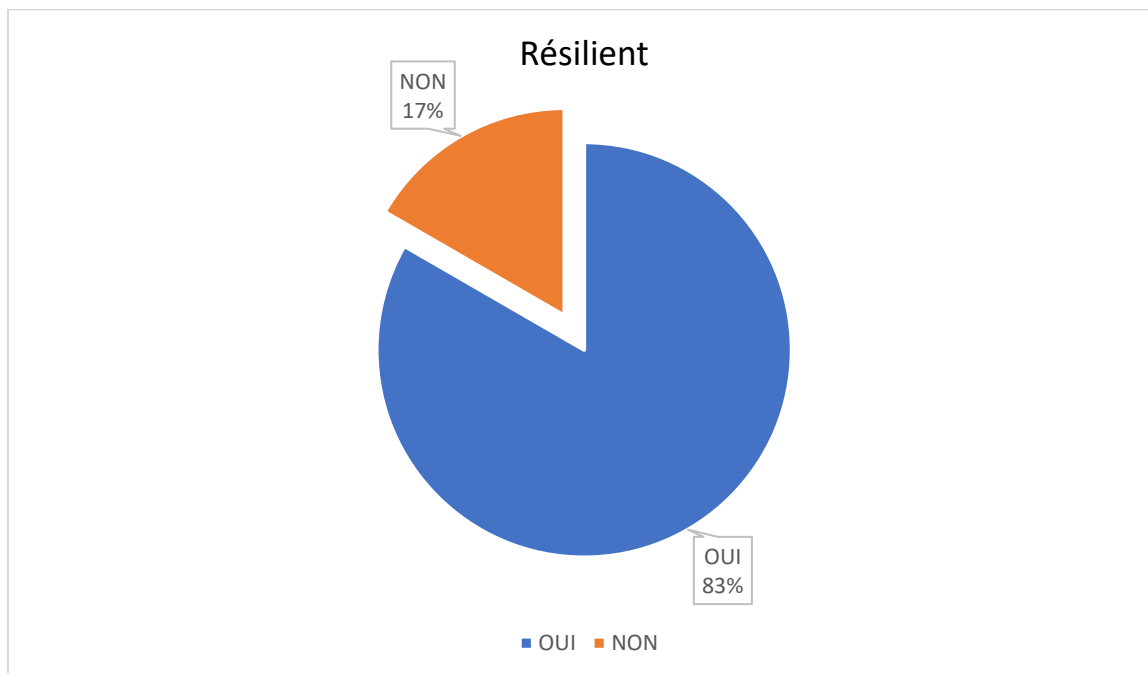


Pour les personnes non abonnées aux réseaux sociaux, elles n'ont pas du tout été influencées.

80% des soignants sont abonnés aux réseaux sociaux, 1/3 en sont addicts, pour 23,3% d'entre eux les sites internet ont une emprise. Pour certains, quand les contradictions se multiplient, ils effectuent des recherches par eux-mêmes. Pour d'autres, les effets du net ont été très négatifs, anxiogènes, ce qui les a même amenés à stopper les consultations. Quant aux 76,6% non influencés, la plupart ont fait leur propre opinion en consultant des sites plus fiables.

Question 18 : Pensez-vous avoir été résilient pendant ce premier confinement ?

Comment avez-vous surmonté cette situation inédite ?



Globalement, les soignants ont répondu oui (83%) à la résilience pendant cette crise.

Pour les non résilients, les raisons sont multiples :

Le stress les tétanisait au point de ne plus pouvoir avancer, des problèmes de santé ont surgi.

Ils n'ont pas été résilients car ils n'ont pas trouvé la situation difficile à vivre.

La résilience est venue beaucoup plus tard avec l'avancement des connaissances, la mise en place des procédures, l'habitude de la situation.

La situation a été maîtrisée de manières multiples par les professionnels.

La pratique de loisirs tels que le sport, le qi gong, la méditation, la lecture, la musique, l'art plastique, le jardinage a été bienfaisante pour manager cette situation inédite.

Pour d'autres, c'est l'entourage familiale, le conjoint, les enfants, le voisinage, la discussion avec les proches.

Le fait de travailler a aussi été très aidant pour des professionnels : ils y ont trouvé une résilience collective et organisationnelle, un apport de connaissances, une solidarité, des personnes ressources.

La bulle de protection pour se protéger du négatif a aussi été mise en avant, ainsi que la prise d'homéopathie et d'huiles essentielles pour se détendre et stimuler l'immunité.

La prise de recul par rapport à la situation, la prise de hauteur face aux événements, l'empathie envers ses collègues stressés voir supérieurs hiérarchiques, la posture « aller de l'avant », le fatalisme, la positive attitude, l'apprentissage sur le terrain, tous ces éléments ont contribué à une meilleure prise en charge du contexte.

VI.6 Synthèse de l'enquête

L'entretien a pu être exhaustif. Il aurait été intéressant de mettre en lien la résilience et l'exposome dans ces entretiens mais cela nécessitait d'approfondir le sujet, ce qui n'est pas l'objet de ce mémoire. Il a touché tout type de personnel avec de expériences différentes du bloc opératoire, doté d'une certaine maturité puisque 58% ont plus de 41 ans. Une majorité de femmes s'expliquent par des métiers exclusivement féminins.

Les personnes interrogées sont plutôt expérimentées au bloc opératoire. Elles ont exercé ailleurs qu'à Draguignan et connaissent d'autres modes de fonctionnement.

Une minorité a travaillé chez les pompiers volontaires et dans l'armée. Sauf pour une personne, cette pratique a été d'aucun secours.

L'équipe est assez dynamique puisque 90% ont suivi des formations variées, avec un pourcentage plus important pour le perfectionnement métier et l'AFGSU. Certains soignants n'ont pas eu la formation AFGSU alors que c'est obligatoire. Pour les 86,4% le détenant, il en ressort que le module NRBC a été inutile pour gérer la crise.

En fait, une formation NRBC approfondie, une formation plan blanc, un diplôme universitaire en hygiène sont beaucoup plus utiles.

Très peu de soignants ont été confrontés à un plan blanc ou une simulation ; mais ces confrontations ont été inefficace durant la pandémie sauf pour 6,6%....

L'existence de la procédure concernant une crise sanitaire infectieuse exceptionnelle est méconnue car elle est inexistante à l'hôpital de Draguignan ; très peu en connaisse les termes par défaut de cours. Cependant, 70% des professionnels n'ont jamais vécu de crise sanitaire infectieuse exceptionnelle mais certains ont dû prendre en charge des patients hautement contagieux dans leur service ante-bloc, voir chez les pompiers. Pour les 30% l'ayant connu, le SIDA ressort en majorité ; ce qui s'est avéré comme aidant pour cette pandémie. Au début du SIDA, tout été inconnu comme le cas de la pandémie Covid-19.

Majoritairement, l'expérience de cette crise a été très stressante pour les soignants, ils ont constaté une dégradation de leur qualité de vie au travail et ont manifesté des problèmes de santé. On constate un défaut de communication à propos du numéro vert d'aide psychologique mis en place en mars 2020. Il était inconnu des professionnels sauf pour celui travaillant dans le Nord de la France.

Le stress vécu selon les métiers est différent ; les ASH et les AS ont moins de connaissance en virologie, ils ont été très touchés par le stress.

Beaucoup ont ressenti des inégalités dans la gestion du personnel.

Pour certains, notamment les IBODE, leur diplôme et formations les ont aidés intellectuellement dans l'abord des pratiques inconnues.

Les IADE étaient plus mitigés selon leurs expériences respectives.

Quant aux IDE mesures transitoires, la majorité n'était pas sereine.

Seules les personnes ayant eu une formation en plan blanc, un diplôme universitaire en hygiène, une session NRBC approfondie ont abordé la crise sans problèmes.

L'appréciation des mesures de protection individuelles au bloc opératoire a été partagée au début mais c'est une situation qui n'a pas duré.

90% des soignants ont manqué de base d'information et de communication fiables ainsi que d'accompagnement psychologique. La connaissance en infectiologie était partagée par les diverses formations des professionnels.

Ces derniers n'étaient pas préparés ni à gérer une crise sanitaire infectieuse exceptionnelle, ni à travailler dans d'autres services, ni à prendre en charge en salle de surveillance post-interventionnelle un patient pour réanimation.

Il ressort aussi un manque de soutien de la part de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Pour ajouter du stress aux soignants, l'organisation du bloc opératoire a été très changeante au début du plan blanc, ce qui a beaucoup perturbé le personnel. Des procédures inexistantes ont été créées. Il manquait une ligne directrice, une cohésion dans l'équipe, une anticipation pour ces situations.

Un tiers du personnel du bloc opératoire est allé travailler ailleurs et l'a très mal vécu ; sentiment d'iniquité, d'incompétence pour un personnel hyperqualifié.

80% des soignants sont abonnés aux réseaux sociaux. Il en ressort néanmoins que pour la majorité, ces consultations ne les ont pas perturbés. Leur recherche d'information se situait sur des sites fiables. Pour finir, la résilience a été prépondérante chez les professionnels ; ils ont surmonté cette épreuve de manière diverse et variée ; grâce au travail, aux loisirs, à l'entourage familiale ou amicale, à la méditation, la prise de recul.

Seule une minorité s'est sentie démunie, et encore aujourd'hui, elle manifeste des problèmes de santé.

Cette synthèse de l'enquête nous permet donc de valider ou non l'hypothèse émise avant les entretiens.

VII. VALIDATION OU INFIRMATION DE L'HYPOTHESE

Rappel de l'hypothèse : « *Dans une organisation type HRO au bloc opératoire, en contexte de Covid-19 en deux mille vingt, comment l'équipe soignante a-t-elle fait face à cette situation inédite, aurait-elle pu être mieux préparée ?* »

Malgré les difficultés rencontrées, la peur de l'inconnu, les professionnels du bloc opératoire ont manifesté beaucoup de résilience. Ils ont fait appel aux différents types de résilience tels que la résilience personnelle familiale, collective, la résilience organisationnelle et celle de la nation. Leur intelligence collective a contribué dans la résilience organisationnelle.

Après une période d'adaptation plus ou moins courte selon les soignants, ils ont développé leur capacité d'absorption et de renouvellement face à la situation et se sont approprié les événements.

Ils ont trouvé des ressources pour continuer d'avancer, leurs expériences de bloc opératoire a été un atout majeur dans cette situation. Ils ont fait appel à leur expertise professionnelle et ont fait preuve de discernement quant aux sources d'information.

Les échanges intellectuels, le fait de travailler, la prise de recul, la positive attitude, le fatalisme, ainsi que la pratique des loisirs, l'entourage familiale notamment le conjoint et les enfants ont été prépondérants pour appréhender cette crise.

Notons que pour la minorité n'ayant pu être résiliente, c'était la peur fondamentale de l'inconnu, des traits de caractère prédisposant ; ce qui leur a provoqué des problèmes de santé encore présents aujourd'hui, une réaction d'évitement.

Malgré tout, les professionnels de santé auraient pu être mieux préparés. En effet ils ont été face à des lacunes en communication, information, formation notamment en hygiène et virologie. Ils ne pouvaient faire confiance en la gouvernance à cause d'un état non crédible, d'une absence de préparation et d'anticipation face aux crises sanitaires infectieuses exceptionnelles notamment du fait de procédures manquantes à tout niveau.

Face à cette pandémie, encore présente à ce jour malgré la mise en place des vaccinations, la question se pose : Aujourd'hui nous régissons la situation de manière presque habituelle au bloc opératoire, à l'hôpital, mais demain, comme avec la pandémie du SIDA, tout sera-t-il « sous contrôle », des traitements seront-ils trouvés ?

Mais n'oublions pas que le Covid-19 est une maladie zoonotique. Peu importe son origine, d'autres maladies encore inconnues peuvent surgir. Le chapitre suivant aborde les perspectives quant aux maladies zoonotiques liées à la biodiversité.

VIII. QUEL AVENIR ?

VIII.1 Les Epidémies et la Biodiversité

Depuis plus de vingt ans, les scientifiques du monde entier interpellent les états sur les conséquences des destructions des écosystèmes.

Une majorité des maladies infectieuses émergentes trouvent leur source dans le monde animal avec l'apparition des zoonoses.

La destruction de la biodiversité avec la diminution de l'effet de dilution et le dérèglement bioclimatique sont responsables de l'apparition de ces nouveaux virus. Tout est interconnecté.

On ne peut pas avoir des êtres humains en bonne santé si on détruit les écosystèmes. Serge Moran, scientifique au Centre National de Recherche Scientifique et au Centre de coopération Internationale en Recherche Agronomique pour le Développement tirent la sonnette d'alarme depuis vingt ans : « Nous sommes entrés dans une ère d'épidémie, de pandémie, de confinements chroniques »

Plusieurs facteurs importants exercent une influence prépondérante sur l'apparition et l'évolution des épidémies au XXI siècle et menacent directement la santé planétaire.

Les changements démographiques et comportementaux avec une population mondiale prévue à neuf milliards en deux mille cinquante contre deux milliards en mille neuf cent cinquante entraînent une prolifération des villes avec la création massive de territoire d'émergence et de route, une déforestation massive en Amazonie notamment, mais aussi en Argentine pour y cultiver du soja transgénique, une augmentation de la faim dans le monde.

- La globalisation économique avec la mondialisation et l'agriculture industrielle.
- L'augmentation du volume et de la rapidité des échanges internationaux
- L'adaptation microbiologique

Au démarrage de cette pandémie, Marie Monique Robin, (journaliste, auteure de « le monde selon Monsanto ») a commencé une enquête sur le Covid-19 et la biodiversité. Elle a interrogé plus de soixante chercheurs du monde entier. Ces derniers sont convaincus que cette pandémie n'est pas la dernière, selon eux elle n'est pas grave puisque le virus Covid-19 tue 1% des personnes contaminées contre 60 à 80% pour l'Ebola en Afrique. Actuellement, les chercheurs estiment que 1,7 millions de virus sont inconnus.

Le cas du Covid-19 est un problème écologique. La question de la pauvreté et de la démographie passe par une révision du système économique. Si rien n'est fait pour préserver la biodiversité, d'autres pandémies plus graves surgiront.

En France, le quatrième plan national de santé environnemental a pris en compte cette pandémie de Covid-19 et la préservation de la biodiversité, « un environnement, une santé », ce qui laisse envisager un espoir pour notre avenir.

Mais comment pouvons-nous aborder le futur si la perspective de futures pandémies nous attend ?

VIII.2 L'avenir des Epidémies au Bloc Opératoire

Comme il a été décrit au chapitre VIII.1, la pandémie de Covid-19 ne semblerait pas la dernière ni la plus terrible. Il faudra donc préparer l'équipe du bloc opératoire, voir tous les soignants de France à gérer une crise sanitaire infectieuse exceptionnelle.

Une vision stratégique sera nécessaire pour anticiper, organiser et ainsi éviter les déceptions et faillites. Les équipes de soins ont réellement manqué de préparation pour répondre aux crises sanitaires infectieuses.

Je propose des solutions qui ont découlé de l'analyse des entretiens.

La priorité serait de répertorier les agents n'ayant pas eu la formation AFGSU ni le rappel, puis de développer un module « risque épidémique et biologique » plus approfondi avec simulation comme il a été préconisé dans « le Guide méthodologique Covid-19 » du vingt février deux mille vingt. Lors de ces formations, une première base serait donnée à tous les professionnels de santé qu'il soit du public, du privé ou dans les écoles en apprentissage du métier.

Pour sensibiliser, communiquer et informer, une formation obligatoire « plan blanc » pourrait être instaurée pour tous les soignants, ce qui démystifierait ces mesures.

La création de la procédure « crise sanitaire infectieuse exceptionnelle » devra être envisagée par l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Pour le personnel du bloc opératoire, il pourrait être envisagé un échange de pratiques utiles entre les spécialités IADE et IBODE, ceci au cas où la salle de soins post-interventionnelle se transforme en réanimation.

Au sein de l'hôpital, il existe un site intranet, il pourrait être le relais d'une plateforme d'information plus exhaustive quant à la communication sur la pandémie. (Exemple : rappeler le numéro vert d'accompagnement psychologique des soignants). L'encadrement serait alors à charge de rappeler son existence pendant la pandémie.

Dans le « Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles » paru en deux mille dix-neuf, Agnès Buzyn déclare : « La réponse efficace et réactive des établissements de santé face à ces situations sanitaires exceptionnelles est une des clés

de la résilience de notre pays. Cette réponse nécessite toutefois d'être préparée et évaluée (dans le cadre notamment d'une culture de l'exercice et du retour d'expérience) sur la base de doctrines nationales. »

Le retour d'expérience de cette pandémie de Covid-19 démontre que les soignants manquaient de préparation face à ce type de situation. L'élaboration d'un plan de préparation aux crises sanitaires infectieuses exceptionnelles en collaboration avec des professionnels de terrain serait capital.

IX. CONCLUSION

En conclusion, avant de rédiger ce mémoire, j'ignorais que je travaillais dans une organisation de haute fiabilité. Ce travail a renforcé ma culture de la qualité au service du patient. Ma sensibilisation à l'environnement m'a orienté sur le développement durable mais je ne réalisais pas le lien profond entre la préservation de la biodiversité, l'arrivée de la pandémie, et l'impact de cette dernière sur mon travail au bloc opératoire.

En dépit des obstacles, le personnel soignant a bien réagi face à cette situation inédite.

Ce n'est plus une découverte, cette pandémie nous place à un tournant que nous devons prendre pour nous lancer dans un monde plus responsable vis-à-vis de la planète et plus contributif pour l'ensemble de la société. Si nous le manquons, les menaces pesant sur la durabilité de nos sociétés continueront de croître car nous nous approchons de plus en plus des points de bascule sur lesquels nous alertent les experts du climat et de la biodiversité.

L'épuisement des ressources naturelles, un système capitaliste mondial, une pression démographique de plus en plus grande, l'absence de résolution de la pauvreté et de la faim dans le monde, ces éléments ne vont pas améliorer mais dégrader d'autant plus la biodiversité.

Mais si chacun dans le monde œuvre pour un nouveau paradigme :

« Prendre soin en général »

Prendre soin de la nature, des animaux sauvages et domestiques,

Prendre soin de la flore, de la nourriture, de l'eau, de l'air, bref prendre soin d'un écosystème en harmonie avec l'humanité.

Alors, sera -t-il possible d'envisager une forme de résilience pour la terre ?

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Résumé et Bibliographie	1
ANNEXE 2 : Guide d'entretien.....	5
ANNEXE 3 : Check-List « Sécurité du Patient au Bloc Opératoire ».....	7
ANNEXE 4 : Covid-19, un numéro vert pour aider les soignants	8
ANNEXE 5 : Recommandations pour le soutien psychologique aux soignants et personnels en établissement sanitaire, social et médico-social et aux soignants de ville	9

ANNEXE 1 : Résumé et Bibliographie

Résumé :

La pandémie de Covid-19 a plongé notre pays dans une crise sanitaire sans précédent. Au sein du bloc opératoire, dans un contexte d'organisation de haute fiabilité (HRO), elle a amplifié des tensions déjà présentes en contexte normale. Cette situation m'a interpellé sur les raisons des réactions positives comme négatives de mes collègues de travail.

En quoi l'arrivée d'une crise sanitaire infectieuse exceptionnelle pouvait modifier à ce point ma qualité de vie au travail ?

Des diverses investigations que j'ai effectuées, a découlé la question de départ :

« Pourquoi les soignants au bloc opératoire ont eu des difficultés à être résilient en contexte de pandémie : le cas du covid 19 ? »

La recherche et la définition de mon contexte, les concepts de résilience et peur de l'inconnu m'ont amené à poser une hypothèse de recherche :

« Dans une organisation type HRO au bloc opératoire, en contexte de Covid-19 en deux mille vingt, comment l'équipe soignante a-t-elle fait face à cette situation inédite, aurait-elle pu être mieux préparée ? »

Mes entretiens m'ont permis de mettre mon hypothèse à l'épreuve des faits. Les réponses obtenues amènent des réponses sur ma problématique.

Le Covid-19 est une maladie zoonotique, une conséquence de notre système de société moderne qui ne préserve pas la biodiversité.

Quel avenir nous réserve la nature si nous ne la protégeons pas ?

Mots-clés : Pandémie, épidémie, Covid-19, biodiversité, résilience, peur de l'inconnu, organisation de haute fiabilité, bloc opératoire, soignants au bloc opératoire

Bibliographie :

OUVRAGES :

- Marie Monique Robin. (2021). *La fabrique des pandémies*. Éditions la découverte
- Dr Emmanuel Contamin. (2021). *Les cinq cercles de la résilience*. Larousse
- Antoine Flahaut et Patrick Zylberman. (2008). *Des épidémies et des hommes*. Editions de la Martinière
- Georges Duby. (2020). *Sur les traces de nos peurs*. Éditions Textuel

ARTICLES :

- Karim HARDY (2014), Professeur titulaire à Embry-Riddle Aeronautical University, USA, chercheur associé CERISC/ENSOSP. « Les Organisations de Haute Fiabilité »
- Henri Fanchini, ARTIS FACTA- Ingénierie des facteurs humains « Fiabilité des organisations et facteurs humains »,
- Benoît Journée (2017), Professeur des Universités en Sciences de Gestion, Laboratoire d'économie et de Management Nantes-Atlantique (LEMNA), Institut d'Administration des Entreprises (IAE), Université de Nantes, IMT Atlantique, responsable de la Chaire RESOH. « Le modèle de haute fiabilité et ses implications managériales »,
- Ludovic Taphanel (Gestion 2000 2014/6) « La fiabilité organisationnelle : un objectif pertinent pour les DRH des entreprises cotées ? »
- Mathilde Bourrier, Puf, 1999, Philippe Cabin, Sciences humaines, février 2000 « Le nucléaire à l'épreuve de l'organisation »
- Jean-Marie Fessier, conseiller du Président de la MGEN, 14 novembre 2016 solidarites-sante.gouv.fr « Les principes des organisations à haute fiabilité »
- Académie nationale de médecine, séance du 28 avril 2009 « Bloc opératoire : de la salle d'opération à la plate-forme interventionnelle »
- Documents Haute Autorité de Santé, novembre 2014 « Management de la prise en charge des patients au bloc opératoire et en chirurgie ambulatoire »
- Documents Haute Autorité de Santé, mars 2015 « Ce qu'il faut savoir sur l'évaluation de la démarche qualité et gestion des risques au bloc opératoire »

THESE :

- Yves TROUSSELLE (2014) « les mécanismes de la résilience organisationnelle », Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université de Tours.

SITES

- <https://www.techno-science.net/> Ministère des solidarités et de la santé
- <http://www.artis-facta.com/>
- <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01792696/document>
- https://www.scienceshumaines.com/le-nucleaire-a-l-epreuve-de-l-organisation_fr_213.html
- <https://www.macsf.fr/>
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
- <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- <https://www.cidj.com/>
- <http://pnrs.ensosp.fr/>
- <http://www.qualite-securite-soins.fr/>
- <https://www.has-sante.fr/>
- <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/comprendre-la-covid-19>
- <https://vaccination-info-service.fr/>
- <https://www.vocabulaire-medical.fr/>
- <https://www.academie-medecine.fr/>
- <https://www.hospimedia.fr/>
- <https://www.anap.fr/ressources/>
- <https://youmatter.world/fr/> « Résilience : définition et application aux domaines de la RSE et du Développement durable »
- <https://www.rse-magazine.com/> « Karl E. Weick et la résilience organisationnelle »
- <https://journals.openedition.org/> « Les « agencements organisationnels » des situations perturbées : la coordination d'un bloc opératoire à la pointe de la rationalisation industrielle »
- <https://www.cairn.info/> « La résilience des organisations » Lucie Bégin, Didier Chabaud
- <https://www.medecinesciences.org/en/> « Le paradigme de l'exposome : définition, contexte et perspective » Bernard Jégou, Directeur de recherche émérite Inserm Institut de recherche en santé, environnement et travail Inserm U 1085, Université de Rennes 1/EHESP 35000 Rennes, France
- <https://nospensees.fr/> « La peur de l'inconnu, l'une des peurs les plus communes »

- <https://www.lescheminsdelharmonie.com/blog/la-peur-de-l-inconnu/>
- <https://fr.linkedin.com/> « L'intelligence collective pour une résilience responsable » Solenn Assathiany et Agathe Pietrantonni
- <https://lcp.fr/> assemblée nationale.
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/peur/60046>
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/guide-gestion-tensions-hospitalieres-SSE>
- https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-covid-19-phase-epidémique-v15-16032020.pdf>

GUIDES

- « Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles » 17 avril 2019
- « Guide préparation au risque épidémique Covid-19 » 20 février 2020
- « Guide PREPARATION A LA PHASE ÉPIDÉMIQUE DE Covid-19 Établissements de santé Médecine de ville Établissements et services médico-sociaux » 16 mars 2020

ANNEXE 2 : Guide d'entretien

« La résilience au Bloc Opératoire en période de pandémie : Le cas de la Covid-19 »

FERRANDO Karine

Diplôme universitaire Management Développement Durable en Santé

Promotion 2021

Questionnaire destiné aux soignants du bloc opératoire

- 1) Vous êtes homme femme
- 2) Quel est votre âge ?
- 3) Depuis quand exercez-vous au bloc opératoire ?
- 4) Avant de travailler au bloc opératoire, avez-vous exercé dans un service d'hospitalisation ?
- 5) Dans quels services avez-vous exercé avant de venir au bloc opératoire ?
- 6) Avant de venir travailler sur l'hôpital de Draguignan avez-vous exercé ailleurs ?
- 7) Avez-vous travaillé dans l'armée ? en tant que pompier volontaire ? Si oui, cette expérience vous a-t-elle aidé pour gérer cette pandémie ?
- 8) Depuis votre arrivée au bloc opératoire, avez-vous suivi des formations ? Si oui, lesquelles ?
- 9) Avez-vous suivi la formation « Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence » Avez-vous eu un module risque Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique (NRBC) ? Cette formation vous a-t-elle aidé pour gérer cette crise pandémique ?
- 10) Avez-vous déjà été confronté à un plan blanc ou une simulation de plan blanc ? Si oui, à quel endroit ? Dans quelles circonstances ? Cet évènement vous a-t-il aidé pour gérer la pandémie ?
- 11) Avez-vous eu des cours concernant une crise sanitaire infectieuse exceptionnelle ? Connaissez-vous sa procédure ?

12) Avez-vous été confronté dans votre vie professionnelle antérieure à une crise sanitaire infectieuse type SIDA, Ebola... ? Si oui, pouvez-vous décrire votre vécu, ce que vous en avez retenu ?

13) Le 16 mars 2020, Mr Macron déclarait la France en « plan blanc », démarrait le protocole de confinement, comment avez-vous vécu cette période ?

Dans votre vie privée ? Au sein du bloc opératoire ?

Le stress vécu lors de cette première pandémie est-il lié aux corps de métier ?

14) Vous sentiez-vous suffisamment protégé quant au mode de contamination ?

15) En dehors des moyens de protection individuels, que vous a-t-il manqué pour affronter cette crise ?

16) Avez-vous rencontré des problèmes d'organisation au bloc opératoire ? Avez-vous travaillé au bloc opératoire et /ou ailleurs pendant ce premier confinement ?

17) Etes-vous abonnés à un réseau social type Facebook, Instagram, tiktok... ?

En êtes-vous addict ?

Avez-vous été influencé par ces réseaux pendant ce premier confinement ?

18) Pensez-vous avoir été résilient pendant ce premier confinement ?

Comment avez-vous surmonté cette situation inédite ?

ANNEXE 3 : Check-List « Sécurité du Patient au Bloc Opérateur »

Identification du patient

Étiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATEUR »

Version 2018

« Vérifier ensemble pour décider »

Bloc : _____ Salle : _____

Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____

Chirurgien « intervenant » : _____

Anesthésiste « intervenant » : _____

Coordonnateur(s) check-list : _____

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE Temps de pause avant anesthésie	AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE Temps de pause avant incision (appelé aussi time-out)	APRÈS INTERVENTION Pause avant sortie de salle d'opération
<p>1. L'identité du patient est correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>• 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</p> <p>2. L'intervention et le site opératoire sont confirmés : • adéquat par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou protocole spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>• la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>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*</p> <p>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</p> <p>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* <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>• pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>6. Le patient présente-t-il un : • risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*</p> <p>• risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui*</p> <p>• risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*</p>	<p>1. Vérification « siffine » 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*</p> <p>• intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>• site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>• installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>• documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>2. 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 opérabilité, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>• 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</p> <p>3. L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>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</p>	<p>1. Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : • de l'intervention enregistrée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>• du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>• de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>• si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cocher N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p>2. 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*</p>
<p>→ DÉCISION FINALE</p> <p><input type="checkbox"/> GO = OK pour incision</p> <p><input type="checkbox"/> NO GO = Pas d'incision !</p> <p>Si No Go : conséquence sur l'intervention ? <input type="checkbox"/> Retard <input type="checkbox"/> Annulation</p>		
<p>ATTENTION SI ENFANT !</p> <p>► Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.</p> <p>► Association d'opérer signée.</p> <p>► Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille.</p> <p>► Prévention de l'hypothermie.</p> <p>► Seuils d'alerte en post-op-définitif.</p>		
<p>SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT</p> <p>Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe</p> <p>Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordonnateur CL</p>		

Le rôle du coordonnateur de la check-list est de veiller à ce que la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire, est effectuée, et de veiller à ce que la vérification a bien été effectuée, et si la vérification a été faite seulement en présence des membres de l'équipe concernée et si l'équipe est consciente de son rôle et de son objectif.

N/A : Non Applicable pour cette intervention, N/R : Non Reconnu pour cette intervention.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATEUR »

Version 2018

Mode d'emploi

« Vérifier ensemble pour décider »

Le check-list HAS « Sécurité du patient au bloc opératoire » comporte les éléments indispensables et non modifiables à vérifier ensemble et en équipe au bloc opératoire afin de prendre des décisions sur la poursuite ou non d'une intervention chirurgicale.

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

N/A : Non Applicable pour cette intervention, N/R : Non Reconnu pour cette intervention.

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE Temps de pause avant anesthésie	AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE Temps de pause avant incision (time-out)	APRÈS INTERVENTION Pause avant sortie de salle d'opération
<p>1. Les professionnels insistent sur l'importance de faire déclarer par le patient son identité. Pour les patients incapables de déclarer leur identité, la vérification est effectuée par le personnel en salle selon la procédure d'identification en vigueur dans l'établissement (bracelet, concordance des informations, personnel d'accompagnement, 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 (règlement de site, fiches navette par exemple) ou recommandée par les collèges 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, dépilation éventuelle précisant le mode).</p> <p>5. Le personnel qualifié vérifie la disponibilité et le bon fonctionnement des instruments, sources d'énergie (bistouri électrique, etc.), 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 : • en cas de risque d'inhalation/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 (invalué à plus de 500 ml ou 7ml/kg en pédiatrie), de la disponibilité des documents (carte de groupage, NAI, etc.), des accès veineux, des produits et matériels de transfusion, etc.</p> <p>La conformité au protocole préparatoire concernant un traitement anticoagulant et/ou antiagrégant est vérifiée.</p>	<p>1. 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 siffines 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 évalue 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>2. Lors de ce temps de pause préparatoire (aussi appelé time-out), il est également crucial de communiquer au sein des équipes chirurgicales, anesthésiques et infirmières, sur les informations essentielles afin d'anticiper les éléments à risque, notamment : • 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, anti-hypertenseurs, anti-diabétiques) ; • sur le plan infirmier : le personnel doit confirmer qu'il n'y a pas de problème particulier avec le matériel nécessaire à l'intervention (plaque de bistouri, aspiration, colonne vidéo, DM).</p> <p>3. 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>1. L'équipe confirme oralement le type de l'intervention enregistrée et, s'il y a lieu, le compte 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>2. 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 de réponse marquée d'un astérisque*, la décision prise par l'équipe doit être tracée et argumentée.</p>		
<p>La décision de demander aux professionnels d'attester de leur participation active au renseignement de la check-list relève des instances administrative et médicale de l'établissement et a pour seul but de favoriser l'utilisation optimale de la check-list.</p>		
<p>POINTS CLÉS POUR UN ENFANT</p> <p>► Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.</p> <p>► Disposer d'une autorisation d'opérer signée.</p> <p>► Prévoir une installation, du matériel et des prescriptions adaptés à l'âge, au poids et à la taille.</p> <p>► Prévenir l'hypothermie peropératoire.</p> <p>► Définir des seuils d'alerte spécifiques pour la période postopératoire.</p>		
<p>À la suite des temps 1 et 2 de la check-list, la décision finale de poursuivre ou non l'intervention est tracée et motivée.</p>		

ANNEXE 4 : Covid-19, un numéro vert pour aider les soignants

PAR ARNAUD JANIN
PUBLIÉ LE 23/03/2020

Une plateforme d'écoute avec un numéro vert (0 805 23 23 36) et une appli mobile Asso SPS ont été mises en place pour écouter les soignants en détresse afin de les aider dans leur combat contre la pandémie. 1 000 psychologues, médecins généralistes et psychiatres composant le réseau national du risque psychosocial assureront ce service 24H24 et 7 jours sur 7. Ce dispositif est une initiative de l'association [Soins aux professionnels de santé \(SPS\)](http://www.asso-sps.fr).

Source : decision-sante.com

ANNEXE 5 : Recommandations pour le soutien psychologique aux soignants et personnels en établissement sanitaire, social et médico-social et aux soignants de ville

RECOMMANDATIONS POUR LE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE AUX SOIGNANTS ET PERSONNELS EN ÉTABLISSEMENT SANITAIRE, SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL ET AUX SOIGNANTS DE VILLE

Cette nouvelle vague épidémique est d'autant plus éprouvante qu'elle intervient rapidement dans la suite de la précédente. Elle est susceptible de mettre en difficulté les professionnels, soumis à un stress, une fatigue et une pression croissantes.

Les personnels concernés par ces recommandations sont :

- les soignant(e)s et personnels des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et de l'aide à domicile, y compris des collectivités territoriales
- les professionnels de ville du domaine de la santé.

Pour tous les professionnels concernés, en établissements ou de ville, il convient de veiller à leur état psychologique, d'être attentif à leurs signes de souffrance, d'assurer leur soutien psychologique, de faciliter les échanges entre les pairs et enfin, de leur donner accès en cas de nécessité, aux informations sur les dispositifs existants, pour une éventuelle orientation.

Plusieurs actions peuvent être mises en place – notamment, pour ceux exerçant en institutions, par les directions des établissements et l'ensemble de l'encadrement – pour les accompagner pendant cette crise qui met à mal les équilibres, tant individuels que collectifs.

LES ACTIONS DE SOUTIEN EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS ET EN VILLE

Pour les professionnels des établissements

La direction et l'encadrement de l'institution jouent un rôle primordial en matière de prévention des risques psychologiques pour les professionnels. Il leur incombe d'informer, de conseiller, de repérer précocement les souffrances, d'accompagner et d'orienter les personnels en difficulté.

Des ressources internes à la structure pourront être mobilisées : espace de détente, séances de relaxation ...

Le médecin du travail devra en priorité être saisi – s'il existe – en cas de risque psychologique pour l'agent.

La consultation de la « [Réponse rapide HAS sur la souffrance des professionnels du monde de la santé : prévenir, repérer, orienter](#) » pourra être utile en la matière.

De même, des [vidéos pédagogiques](#) sont accessibles sur le site du ministère des solidarités et de la santé.

Pour tous les professionnels, en établissement ou en ville

L'entraide entre pairs est une pratique fréquente et bien souvent très efficace entre soignants. La vigilance et le soutien de chacun pour son ou sa collègue ou confrère seront déterminants en cette période délicate. Cette entraide doit être encouragée.

En outre, l'appui de professionnels en santé mentale de la structure (psychiatres, psychologues...) s'ils existent, ou d'autres structures de santé mentale du territoire le cas échéant, peut également permettre de remédier à certaines situations et d'intervenir précocement. La 1^{ère} vague de l'épidémie a montré l'efficacité de visites de ces professionnels dans les services (« maraudes »).

Enfin, certains soignants et personnels préféreront s'adresser à l'extérieur de leur structure ou de leur cercle proche. Ils pourront avoir recours aux dispositifs et ressources suivants.

LES DISPOSITIFS EXISTANTS

La liste de ces dispositifs n'est pas exhaustive.

Les plateformes d'écoute

Plateformes nationales professionnelles

- [0800 288 038](tel:0800288038), n° vert du conseil national de l'ordre des médecins et des ordres professionnels de santé (infirmiers, masseur-kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pédicures-podologues) pour de l'écoute et de l'entraide des soignants en ville et en établissement
- [0 800 203 007](tel:0800203007), n° vert d'aide psychologique du centre national de gestion (CNG) pour les directeurs d'établissement
- www.soutien-etudiant.info, site du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation pour les étudiants

Numéros nationaux

- [0800 130 000](tel:0800130000), n° vert Covid pour l'ensemble de la population générale, qui oriente vers des plateformes d'écoute psychologique en cas de souffrance psychique
- Numéros spécialisés en fonction des populations :
- [Psycom](http://www.psycom.fr)
- [Santé Publique France](http://www.santepubliquefrance.fr)

Plateformes locales

De nombreuses plateformes locales d'écoute ont émergé au cours de la 1^{ère} vague et se réorganisent aujourd'hui, à l'initiative d'établissements, d'associations ou de communes. Certaines sont spécifiquement dédiées aux soignants. Des informations sont généralement disponibles sur le site des ARS.

Les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP)

Les CUMP sont composées de personnels permanents (psychiatres, psychologues, infirmiers spécialisés) et de volontaires issus des services de psychiatrie. Le champ habituel de l'activité des CUMP sont les interventions lors de catastrophes, accidents collectifs, agressions mais elles ont été très actives et efficaces pendant la crise Covid (plateformes d'écoute, visites dans les établissements...) en lien avec les services de santé mentale. Elles peuvent ainsi proposer une approche personnalisée dans une logique de proximité.

Afin de répondre aux nouvelles demandes liées à la recrudescence de l'épidémie, les CUMP permanentes ont été renforcées en infirmiers et en psychologues pour multiplier notamment les interventions « d'aller vers ».

Elles peuvent être sollicitées par la direction de l'établissement. Les coordonnées de la CUMP référente sont communiquées par les ARS.

Les centres régionaux du psychotraumatisme

Dans 10 régions, les centres régionaux psycho-trauma (CRP) sont des lieux de consultations spécialisées avec des équipes spécifiquement formées proposant une offre de soin aux personnes victimes de psychotraumatisme, indépendamment de la nature du traumatisme vécu (physique ou psychique, résultat d'un accident, de violences, de maltraitance...) ou des populations concernées (enfants, adultes, civils, militaires, avec handicap, migrants...).

Si ces centres proposent des prises en charge très spécialisées et au long cours, ils ont néanmoins pu intervenir pendant la crise Covid en lien avec les CUMP.

Autres ressources et principales recommandations en santé mentale

- [Site du Psycom](#)
- [Fiches repères pour les professionnels de santé](#)
- [Site du centre national de ressources et de résilience \(CN2R\)](#) : il contient des ressources, fiches et recommandations pour préserver les équipes
- [Application Stop Blues](#)
- [Observatoire de la qualité de vie au travail](#) : il constitue une base de connaissances et des recommandations en réalisant une veille bibliographique et en valorisant des démarches innovantes et des expérimentations réalisées sur le terrain
- [Centre national d'appui](#) : à même de suivre les difficultés des étudiants tout au long de leur études, médicales ou paramédicales, il peut être une ressource précieuse pour eux en période de crise