

**ECOLE D'INFIRMIERS DE BLOC OPÉRATOIRE
DE TOULOUSE - OCCITANIE**

**L'INFIRMIER DE BLOC OPÉRATOIRE FACE À
L'URGENCE :
DU STRESS À L'ÉPANOUISSEMENT**



Marine ROQUES née GEILLE

Sous la direction de Mme DEMAY Magali

Travail d'Intérêt Professionnel préparé en vue de l'obtention du Diplôme
d'État d'Infirmier de Bloc Opératoire

Promotion 2017-2019

École d'Infirmiers de Bloc Opératoire de Toulouse

CHOIX DE L'IMAGE

J'ai tenu à illustrer la page de couverture de ce travail pour lui donner le volume et la couleur qu'il a à mes yeux. Mon choix s'est porté sur une image libre de droit, tirée de Google Image. Il s'agit d'un nénuphar, fleur qui s'épanouit en eaux troubles, symbole de l'harmonie entre l'eau et l'air, de renaissance face à l'adversité et d'accomplissement. Du stress, à l'épanouissement.

REMERCIEMENTS

Au vu du temps et de l'énergie consacrés à la réalisation de ce travail je tiens à remercier ma directrice de recherche pour ses conseils avisés et son soutien.

Pour l'entraide et les fous rires, merci à la promotion 2017-2019 de l'école d'IBODE¹, ainsi qu'à la promotion 2018-2020, qui par sa fraîcheur a réveillé mon envie d'écrire.

Mes remerciements se tournent aussi bien entendu vers mes collègues du Bloc des Urgences, du Pool, de Neurochirurgie et du pôle Céphalique qui, par leurs nombreuses relectures de ce travail l'ont fait vivre et évoluer. Par leur authenticité et leur bienveillance, elles ont dissipé les doutes et redonné de l'élan à ma recherche.

A mon merveilleux mari et à nos filles, qui à eux trois, par leur amour inconditionnel et leur joie de vivre envahissante, m'ont rendu capable de me dépasser et de me renouveler dans tous les domaines de ma vie, et ce depuis le premier jour.

¹ IBODE : lire partout Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État.

« *Le pessimisme est d'humeur ; l'optimisme est de volonté .* »

Citation du philosophe et journaliste Alain (1868-1951).



PÔLE RÉGIONAL D'ENSEIGNEMENT

ET DE FORMATION AUX MÉTIERS

DE LA SANTÉ (PREFMS)

74 Voie du TOEC

TSA 40031

31059 Toulouse Cedex 9

ÉCOLE D'INFIRMIERS

DE BLOC OPÉRATOIRE

Téléphone : 05 61 32 40 70

Mail : gibo.sec@chu-toulouse.fr

Je soussignée, Marine ROQUES, en formation à l'école d'IBODE de Toulouse, promotion 2017-2019 :

- Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du Pôle Régional d'Enseignement et de Formation aux Métiers de la Santé (PREFMS), du bon usage des ressources utilisables dans le cadre des travaux individuels et collectifs.
- Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité.
- Certifie n'avoir ni recopié ni utilisé sans les mentionner des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article, mémoire ou tout autre document, disponible en version imprimée et/ou électronique.
- Déclare avoir pleinement conscience de ce qu'est le plagiat.
- Déclare avoir pleinement conscience que conformément à l'article 6 du règlement intérieur de l'École d'IBODE; tout plagiat est assimilé à une fraude et peut impliquer la saisie du Conseil de Discipline.

Date :

Signature :

TABLE DES MATIERES

I. DU CONSTAT A LA QUESTION DE DEPART	3
II. LE CADRE CONTEXTUEL	5
1. CONTEXTE ECONOMIQUE : LES RECENTES MUTATIONS DU SYSTEME DE SANTE	5
2. LE BLOC OPERATOIRE	8
1. L'organisation au sein des blocs opératoires	8
2. Les facteurs de désorganisation au bloc	11
3. L'URGENCE AU BLOC OPERATOIRE	12
4. LES INFIRMIERS DE BLOC	15
1. L'Infirmier Diplômé d'État et son identité	15
2. L'Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État et son identité	17
3. Les professionnels face à l'imprévu	20
III. LE CADRE CONCEPTUEL	21
1. LE STRESS	21
1. Définitions et approches	21
2. Adaptation au stress, les stratégies efficaces	27
3. Stress positif et motivation	31
2. LA MOTIVATION AU TRAVAIL	32
1. Définitions et théories motivationnelles	32
2. Les Neurosciences et la motivation	36
3. L'épanouissement professionnel	39
IV. L'ENQUÊTE : METHODOLOGIE	41
1. LE CHOIX DE L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF	41
2. LE CHOIX DE LA POPULATION ET DU TERRAIN	41
3. LE PROTOCOLE DE RECUEIL DES DONNEES	41
V. ANALYSE DU CONTENU	42
1. ÉTUDE DESCRIPTIVE	42
2. ETUDE EXPLICATIVE	43
3. VALIDATION / INVALIDATION DE L'HYPOTHESE	52
4. LES LIMITES DE LA RECHERCHE	53
5. PROPOSITIONS	54

INTRODUCTION

Il faut du temps pour faire naître un IBODE, de la patience et de la persévérance, certes, mais surtout du temps, car dans cet univers si éloigné de celui décrit par nos IFSI², la notion de temporalité prend une nouvelle dimension. Dans cette niche technique méconnue du plus grand nombre, l'IDE³ jeune diplômé, doit apprendre un nouveau métier. La découverte des coulisses de la chirurgie, dans une ambiance frigorifique, brise tous ses aprioris du métier d'IBODE. Tous ses savoirs, récents et fragiles, se voient remis en question, au profit de pratiques qui lui sont alors inconnues. Pendant des mois, il « absorbe » les notions générales d'organisation du bloc, d'asepsie progressive et de technique opératoire jusqu'à arriver au Graal de la profession, l'autonomie.

Dans cette course pour grandir, ce jeune diplômé rencontre des professionnels de terrain qui démolissent ses représentations du métier, élargissent son champ intellectuel, l'instruisent et l'invitent à les imiter pour se perfectionner. Toute cette démarche d'apprentissage est génératrice d'interrogations et de stress, mais constitue aussi, bien souvent, un challenge à relever pour le professionnel jeune arrivant. Nous avons nous-même ressenti ce sentiment tantôt grisant, tantôt tétanisant d'être « seul », ce qui a conditionné notre adaptabilité dans la prise en soin au bloc opératoire. Cette ambivalence, entre stress positif émulateur et anxiété dévorante nous a toujours interrogée. La recherche que nous avons menée s'est articulée autour de ce phénomène.

L'équipe du bloc des urgences de l'Hôpital Pierre-Paul Riquet, est suppléée les après-midis, les week-ends et les nuits, par des infirmiers de tous blocs (orthopédie, neurochirurgie, ORL⁴, CMF⁵, ophtalmologie, viscéral).

² IFSI : lire partout Institut de Formation en Soins Infirmiers.

³ IDE : lire partout Infirmier Diplômé d'État.

⁴ ORL : lire partout Oto-Rhino-Laryngologie.

⁵ CMF : lire partout Chirurgie Maxillo-Faciale.

Les urgences s'enchaînant, nous avons constaté le delta existant entre les infirmiers très stressés par l'idée de se confronter à des situations d'urgence, absolue ou relative, et inversement, des infirmiers enthousiasmés à l'idée de sortir de leur bloc respectif pour venir se « dépayser » au BU⁶, bloc polyvalent de chirurgie non programmée.

La situation choisie pour démarrer ce travail de recherche relate une de ces après-midis animées que tous les blocs connaissent.

En premier lieu nous avons décrit le contexte économique actuel, le bloc opératoire, son organisation, les facteurs de désorganisation qu'il peut être amené à subir et les acteurs des blocs opératoires.

En second lieu nous avons dégagé deux concepts en lien avec notre recherche : le stress d'une part, l'étude de ses mécanismes et des stratégies d'adaptation ; et d'autre part les théories motivationnelles et leurs applications. Nous nous sommes alors interrogés sur le rôle de la formation IBODE dans cette adaptation au stress et ses bénéfices. Pour cela nous avons réalisé une série d'entretiens auprès des professionnels de terrain.

En dernier lieu, nous avons analysé le contenu de ces entretiens et avons tenté de valider ou non notre hypothèse de départ, nous avons enfin décrit les limites de notre étude.

⁶ BU : lire partout Bloc des Urgences.

I. DU CONSTAT À LA QUESTION DE DÉPART

La situation dont je vais parler est survenue alors que je travaillais au bloc des urgences depuis 4 ans. Il s'agit d'un bloc polyvalent de chirurgie non programmée, qui prend en charge l'urgence, relative le plus souvent, et peut être amené à prendre en charge l'urgence absolue sans délai.

Il est 19 h 40, je suis en poste d'après-midi (13 h 18 - 21 h 00). Comme chaque soir en semaine, l'équipe des 6 infirmiers présents au BU est composée de 3 infirmiers de cette spécialité et de 3 infirmiers qui viennent d'autres blocs (un de neurochirurgie, un d'orthopédie et un venant du pôle céphalique), répartis sur trois salles.

Celle dans laquelle je me trouve est dédiée préférentiellement à la traumatologie depuis le matin. Je suis instrumentiste lors d'un enclouage d'une fracture per-trochantérienne du fémur chez une patiente âgée ayant chuté à son domicile. En salle, la circulante est l'IDE d'orthopédie, elle a 6 ans d'ancienneté dans ce bloc et a manifesté à sa prise de poste son mécontentement d'être affectée au BU.

L'anesthésiste reçoit un appel du médecin urgentiste du SAMU⁷, lui annonçant l'arrivée imminente en hélicoptère d'un jeune homme de 19 ans, tombé d'un échafaudage. Il doit être opéré au plus vite pour l'évacuation d'un hématome extra-dural, son pronostic vital est engagé. Des trois salles qui composent le BU, celle dans laquelle je me trouve est la plus proche de la fin d'intervention, et donc celle qui accueillera cette urgence vitale.

Au moment où l'anesthésiste nous fait part de cette information, je lui demande le nom du patient pour afficher son scanner cérébral, puis je donne à ma collègue en salle des consignes afin d'avancer le plus vite possible. Elle me donne le nécessaire pour la fermeture et le pansement, elle sort de salle le chariot d'orthopédie et l'excédent de préparation de notre intervention en cours. Je lui demande de tourner le bras pneumatique où se trouve le bistouri électrique et d'approcher la préparation d'intervention de neurochirurgie (il y en a toujours

⁷ SAMU : lire partout Service d'Aide Médicale Urgente.

deux de prêtes pour gagner du temps en cas d'urgence vitale) ainsi que le chariot de cette spécialité (fils et consommables) et le générateur du moteur de neurochirurgie.

Je l'encourage à appeler le manipulateur radio et les aides-soignants afin de sortir l'amplificateur de brillance, et d'avancer au maximum le bionettoyage dès le pansement effectué.

Je me dé-stérilise, j'immerge les instruments souillés et pousse le bac de décontamination hors de salle, je sollicite une aide-soignante et lui demande de se tenir prête à nous aider à entrer en salle pendant que ses collègues terminent le bionettoyage. Je retrouve ma collègue IDE et complète l'installation de la salle (préparation de la détersion, des appuis, du dermatographe, des billots, sangles, pédales du bistouri et du moteur, planche de glisse, affichage du scanner du patient) pendant que l'IADE⁸ sort la patiente de la salle pour l'emmener en SSPI⁹ au plus vite.

Cinq minutes plus tard, le jeune homme entre en salle sur le brancard de l'hélicoptère, il est déjà intubé, ventilé et l'équipe le transfère et l'installe sur la table d'opération. L'infirmière de neurochirurgie n'étant pas disponible (instrumentiste dans une autre salle), je m'habille en stérile pour monter la table d'instrumentation et aider le chirurgien au drapage, le temps qu'elle se libère. L'infirmière d'orthopédie m'habille, m'ouvre les boîtes d'instruments et vérifie avec l'anesthésiste et l'IADE que l'installation soit correcte, en tenant compte des conseils que je lui donne au fur et à mesure. Le chirurgien arrive et s'habille aussitôt. L'IBODE de neurochirurgie prend le relais au moment où le drapage opératoire est en place. L'intervention se déroule dans le calme. Une fois l'intervention terminée, l'IDE d'orthopédie me dit : « dis donc, il faut avoir de sacrés réflexes ici, ça réveille, ça fait du bien », visiblement fière d'avoir pu gérer cette urgence de façon à ce qu'il n'y ait aucun retard de prise en charge. Cette situation a suscité en moi le questionnement suivant :

En quoi la pratique en bloc d'urgence modifie-t-elle le comportement de l'infirmier exerçant en bloc opératoire ?

⁸ IADE : lire partout Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État.

⁹ SSPI : lire partout Salle de Surveillance Post-Interventionnelle.

II. LE CADRE CONTEXTUEL

1. CONTEXTE ÉCONOMIQUE : LES RECENTES MUTATIONS DU SYSTEME DE SANTE

Depuis près de 30 ans, la gestion des établissements de santé connaît des mutations sans précédent, modifiant grandement les organisations des pôles, des services, et par effet de cascade, les agents. Partant du constat alarmant que représente le déficit financier de plusieurs milliards d'euros de l'Assurance Maladie à la fin des années 2000, il a fallu agir pour « *atteindre l'objectif recherché : un système efficient, rationalisé et maîtrisé* »¹⁰. Face à l'évolution des technologies et des techniques chirurgicales, ainsi que les attentes des patients en matière de soin, le plan Hôpital 2007 ébauche cette métamorphose, préparant l'Institution Hospitalière à la loi HPST qui surviendra en juillet 2009, créant une gestion par pôle, dans une logique de performance. La grande nouveauté est l'implication des médecins dans la logique de tarification.

*« De nombreux rapports sur le sujet ont été demandés par les ministres successifs [...]. Le remède ? Associer les médecins à la décision, leur déléguer des pouvoirs de gestion, sortir des services pour se constituer en pôles ; en un mot, passer d'une culture d'administration à celle du management. [...] La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009, dite Bachelot, franchit un pas de plus en s'inspirant du Code du commerce et en refondant les relations hiérarchiques, avec un très net renforcement des responsabilités médicales. »*¹¹

Ce programme HPST¹², innovant, propose une tarification à l'acte (T2A), « *qui vise à remplacer une logique de « financement par les dépenses » par une logique de « financement par les recettes »*. L'efficacité de la T2A est conditionnée notamment par l'existence d'un système d'information hospitalier performant et fiable au plan comptable, d'une part ; d'autre part par la prise en compte des coûts structurels des établissements de santé. La mise en place de la T2A ne produit pas de manière mécanique des effets pervers ou vertueux, elle impose de définir au sein de chaque établissement les différentes activités de soin, leur coût - en termes de consommation de personnel, d'exams para-cliniques, de

¹⁰ DEBROSSE, D., *La nouvelle gouvernance hospitalière*, in ADSP, Septembre 2010, n°72, p.1.

¹¹ *Ibid.* p. 1.

¹²HPST : lire partout Hôpital Patient Santé Territoire.

médicaments..., et leur production de richesse - in fine leur pouvoir d'autofinancement »¹³. Ainsi, la lutte faite au déficit financier s'engage-t-elle sur tous les fronts. Et s'il est bien un pôle d'activité clinique qui soit dépensier, mais générateur de bénéfice, c'est le bloc opératoire, où : « plusieurs métiers concourent ensemble à la réalisation d'actes de soin, liés entre eux par un contrat interne et placé sous l'égide d'une entité gestionnaire. Autrement dit, un « mini-pôle ». La lisibilité des ressources utilisées - le prix de revient - le prix de vente - font du bloc opératoire un candidat « naturel » à l'utilisation de la T2A »¹⁴.

Cette logique financière a supposé deux évolutions majeures : une optimisation du temps et une mutualisation des moyens.

Ce sont les pouvoirs publics qui fixent les objectifs aux établissements de santé, qui en règlementent l'exercice et qui allouent les budgets. Ceux-ci doivent alors parvenir à concilier qualité des soins, conditions de travail satisfaisantes et utilisation efficiente des ressources. À la demande du ministère de la Santé, la MeaH (Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers) édite un guide des bonnes pratiques organisationnelles, qui a pour but, après analyse des données recueillies, d'élaborer de nouveaux indicateurs relatifs à la structure et aux soignants. Ces bonnes pratiques sont « inscrites dans les plans d'actions des établissements »¹⁵.

Dans ce guide elle décrit une des bonnes pratiques qui consiste en la mutualisation des ressources matérielles et du personnel :

« L'anticipation des absences doit permettre de proposer la salle d'opération libérée à un autre praticien. Comme indiqué dans le paragraphe relatif à la planification, il est préférable que la spécialité s'engage à assurer une occupation de ses vacances. En cas d'absence d'un praticien, la spécialité s'organise pour mettre en place des modalités de gestion des remplacements. [...] L'anticipation des périodes d'absence et la régulation de

¹³ SHARSHAR S., *Le bloc opératoire, laboratoire de la nouvelle gouvernance hospitalière.*, in Interbloc, Tome XXVI, n°4, Décembre, 2007, p.257.

¹⁴ *Ibid*, p.258.

¹⁵ MeaH, *Recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées dans des blocs opératoires*, Septembre 2006, p. 4, consulté en ligne le 10 Mai 2018 sur www.anap.fr.

ces absences dans le respect d'une activité conforme à la planification arrêtée sont des facteurs essentiels à l'équilibre budgétaire du bloc »¹⁶.

Les temps d'occupation des salles sont analysés et optimisés, le personnel affecté y compris. Le docteur DEBROSSE, chirurgien et conseiller à l'inspection générale des affaires sociales en 2010 (année suivant la mise en place de cette nouvelle gouvernance), décrit cette nouvelle organisation de la sorte : *« le terme souvent utilisé de partenariat est désormais supplanté par celui de regroupement ou de mutualisation signifiant des phénomènes beaucoup plus forts qui percutent l'identité du secteur tant ce lexique inédit est référé à une logique de rationalisation. [...] Les politiques publiques incitent à développer de nouvelles formes de pratiques institutionnelles axées sur la coopération d'acteurs dont les missions et les compétences sont différenciées [...] dans le but d'assurer une continuité de la prise en charge de problématiques complexes tout en recourant à une utilisation optimale des moyens, de projets. [...] La mutualisation des ressources permet en effet de limiter les coûts de production (complémentarité d'activités) et d'atteindre une meilleure efficacité dans la régulation et la coordination de l'offre locale (permanence des soins) »¹⁷.*

Nous venons de citer la mutualisation de moyens, mais qu'en est-il pour la gestion du temps ? Il existe plusieurs indicateurs pour évaluer l'efficacité des blocs opératoires : le premier est le taux d'occupation des salles d'interventions, il permet *« de mesurer la capacité des équipes chirurgicales à utiliser au mieux les capacités de travail offertes par les différents établissements de santé (capacité de programmation). Il est donné par le ratio TROS/TVO. Le TVO (Temps de Vacation Offert aux praticiens) est le temps compris entre l'entrée en salle théorique du premier patient et la sortie de salle théorique du dernier patient de la journée. [...] Ce dernier est donc celui pendant lequel une activité chirurgicale, financée par la T2A, est possible. Le TROS (Temps Réel d'Occupation des salles) correspond à la part du temps de mise à disposition des salles par l'établissement, qui est réellement occupée par des interventions chirurgicales. »¹⁸*

¹⁶ MeaH, *Recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées dans des blocs opératoires*, Septembre 2006, p. 66, consulté en ligne le 10 Mai 2018 sur www.anap.fr.

¹⁷ DEBROSSE, D., *La nouvelle gouvernance hospitalière*, in ADSP, Septembre 2010, n°72, p.1.

¹⁸ « objectifs/Résultats PQE maladie-efficacité des blocs opératoires », consulté en ligne sur www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2010_plfss_pqe_maladie_4_11.pdf le 10 Novembre 2017.

L'étude de ce ratio TROS/TVO a permis de cibler les blocs où il était possible de faire davantage d'actes, ou d'agencer les programmes pour les rentabiliser au maximum.

La mutualisation des ressources ainsi que l'optimisation du temps encouragent donc les professionnels à passer d'une logique de « soin » qu'importe le coût, à une logique de rationalisation des dépenses et d'optimisation de la ressource humaine. Il devient ainsi possible d'assumer un programme opératoire où des chirurgies programmées de plusieurs spécialités peuvent se succéder, s'intercaler, dans une logique de remplissage du TVO. Une telle restructuration demande de la flexibilité, et donc une adaptation à acquérir par des professionnels qui n'y étaient pas tous auparavant coutumiers.

Comprendre ces exigences économiques de rentabilité et leurs conséquences sur les équipes nous semblait essentiel avant de parler de l'organisation des blocs opératoires.

2. LE BLOC OPÉRATOIRE

Dans cette partie nous aborderons le fonctionnement d'un bloc opératoire ainsi que les facteurs pouvant le désorganiser.

1. L'organisation au sein des blocs opératoires

Concernant l'organisation d'un bloc opératoire, ses grandes lignes ont été décrites en 2007 par La Commission de Coordination Régionale des Vigilances (CCRV) :

« *Les principes essentiels de l'organisation du bloc reposent sur :*

- *une planification de l'activité,*
- *une programmation conjointe, aussi précise que possible, hebdomadaire, tenant compte :*
 - *du risque patient (risque propre au patient, et lié à l'acte envisagé),*
 - *des ressources humaines mobilisables (en respectant la réglementation des exercices professionnels et des temps de travail),*
 - *des ressources matérielles nécessaires et disponibles (salles disponibles, instrumentation matériel...),*
- *une gestion attentive des ressources humaines et matérielles,*

- *une gestion correcte de l'information et de la communication car les sources de réduction des risques résident dans la gestion des multiples interfaces (dans le bloc et avec les services),*
- *une évaluation continue et active [...]. »¹⁹*

Cet article décrit aussi les indispensables en bloc : le conseil de bloc, la charte de bloc, le chef de bloc, le référent médical et les procédures. Nous avons fait le choix de ne développer que les trois premiers, piliers de l'organisation actuelle des blocs de chirurgie programmée.

« Le bloc opératoire doit être conçu comme un outil collectif au service du patient, en évitant toute hégémonie d'une discipline sur les autres. Cette reconnaissance du bloc en tant que structure collective doit être inscrite comme telle dans le projet d'établissement.

- ***Le conseil de bloc.*** *Il doit être actif et impliqué et se réunir régulièrement car il est le garant d'une programmation concertée. Il définit et rédige la charte de fonctionnement. Il planifie l'activité en amont. Il analyse les indicateurs de suivi, les incidents, les presque accidents et les accidents. Il arbitre les conflits éventuels.*
- ***Une charte de bloc (règlement intérieur), c'est un document de groupe qui doit être validé par tout le personnel du bloc et la Direction. Elle doit être évolutive, conforme aux normes réglementaires et aux recommandations des diverses sociétés savantes.***
- ***[...] le Chef de bloc (ou manager de bloc)*** *Il est nommé par le Directeur de l'établissement. [...] Il a autorité fonctionnelle sur tous les acteurs du bloc opératoire et autorité hiérarchique sur les acteurs paramédicaux. [...] Le chef de bloc doit veiller à ce que l'organisation de la prise en charge du patient respecte la logique de continuité des soins et la gestion des risques. **Il gère les ressources humaines, l'organisation générale du bloc, participe à la gestion et à la maîtrise économique de l'unité, est garant de la sécurité des soins et gère les risques au sein du bloc opératoire : gérer les aléas de la programmation opératoire : inclusion des urgences, modification de la programmation, changement de salle, fermeture d'une salle, gestion des conflits...** [...]»²⁰.*

¹⁹ DRASS Midi-Pyrénées, *Risques au bloc opératoire : cartographie et gestion*, CCRV, Janvier 2007, consulté en ligne sur www.aeeibo.fr le 26 Novembre 2017.

²⁰ *Ibid.*

Nous souhaitons compléter la description de la charte de bloc par celle de la MeaH, qui est plus exhaustive.

« La charte de fonctionnement du bloc opératoire est avant tout **un outil de management**, c'est un document validé par la «commission des utilisateurs du bloc» (généralement sur proposition du conseil de bloc) qui définit au moins les aspects suivants :

- 1) Les modalités pratiques de fonctionnement du bloc opératoire (la planification, la programmation, la régulation),
- 2) Les règles de management (le rôle des instances et des acteurs),
- 3) Les règles d'hygiène et de prévention des infections nosocomiales,
- 4) Les règles de sécurité de la prise en charge des patients,
- 5) Les règles de sécurité des personnels. »²¹

Revenons désormais sur les modifications organisationnelles qui ont eu lieu après la loi HPST. Dans un article de la revue Inter Bloc, le docteur SHARSHAR, anesthésiste, compare le bloc opératoire à un laboratoire, un catalyseur de cette nouvelle gouvernance hospitalière :

« Le bloc opératoire constitue le centre du séjour et le passage obligatoire du patient opéré. C'est un lieu de haute technicité, tant par les hommes et les femmes qui y travaillent, que par le matériel chirurgical, anesthésique, ou de surveillance. La complexité du bloc opératoire tient évidemment à cette dimension technique : le bloc opératoire réalise l'interface entre plusieurs métiers. L'acte opératoire est nécessairement un acte multidisciplinaire. Pour autant, il ne se résume pas à une simple juxtaposition des savoirs et des compétences de chacun mais bien à leur synergie, à leur caractère fondamentalement interdisciplinaire. C'est ici qu'intervient la dimension organisationnelle du bloc opératoire : d'abord réunir au bon moment, les bons intervenants, avec les bons outils. Ensuite, l'activité d'un bloc opératoire n'est pas séquentielle, mais parallèle : plusieurs actes se déroulent simultanément, utilisant des ressources conjointes. Enfin, la production d'actes n'est pas linéaire dans le temps mais s'accidente par les actes de chirurgie urgente,

²¹ ANAP, Recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées dans des blocs opératoires, Septembre 2006, consulté en ligne le 15 Mai 2018 sur www.anap.fr, p. 73.

les difficultés techniques imprévues, les évènements indésirables, les aléas des prestations extérieures »²².

Cet article nous semble intéressant car il fait état des difficultés d'organisation dues aux multiples types de prise en charge, à la variété des corps de métiers, et, pour la première fois dans ce travail, nous étudions la notion d'«aléas», ces modifications de programme qui n'étaient pas prévues initialement. Intéressons-nous à la nature de ces imprévus.

2. Les facteurs de désorganisation au bloc

Revenons sur le rapport de la MeaH, qui possède là encore un indicateur de l'imprévu. Celui-ci est appelé temps de débordement : « *Pour mesurer efficacement l'efficacité des blocs opératoires il faut rapprocher le taux d'occupation du taux de débordement, le «temps de débordement» étant le temps d'intervention qui déborde au-delà de la fin du temps mis à disposition par les établissements. Il mesure la capacité des équipes chirurgicales à réguler le temps d'utilisation des salles, c'est donc également un indicateur de perturbation des unités de soins : les débordements engendrent des retours tardifs qui dégradent à la fois les conditions de travail des soignants et la qualité de prise en charge du patient en unité de soins ; ils génèrent également des heures supplémentaires, donc des surcoûts.* »²³

Les responsables de pôles ont donc tout intérêt, dans une logique purement économique (6% d'interventions sont réalisées en temps de débordement selon le rapport de la MeaH), à réguler leurs aléas. Mais quelle est la nature de ces aléas ?

Si nous mettons de côté les problématiques de brancardage, de stérilisation parfois excentrée des établissements, la régulation des absences du personnel, les problèmes de stock de matériel, il reste encore bien d'autres facteurs pouvant désorganiser la programmation. Ces désorganisations peuvent aussi être dues au patient lui-même : retard, non présentation le jour de l'intervention ; ou dues à des complications de chirurgie programmée per-opératoire (variation anatomique, brèche vasculaire, problème de matériel, d'hémostase, patient

²² SHARSHAR S., *Le bloc opératoire, laboratoire de la nouvelle gouvernance hospitalière*, in Interbloc tome XXVI, n°4, Décembre 2007, p.257.

²³ « objectifs/Résultats PQE maladie-efficacité des blocs opératoires », consulté en ligne sur www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2010_plfss_pqe_maladie_4_11.pdf le 22 Janvier 2018.

fragile) ; de complications possibles post-opératoire (infectieuse, thromboembolique). Ces aléas, difficiles à anticiper, perturbent le déroulé d'une journée opératoire.

Enfin avec un encombrement chronique des services d'urgences qui comptabilisent « 20,3 millions de passages, soit une progression de 3 % par rapport à 2014 »²⁴, le volume de population est devenu très important et les prises en charge chirurgicales non programmées nombreuses et ce, toutes spécialités confondues.

Cette présentation non exhaustive des facteurs de désorganisation d'un programme opératoire nous amène à nous questionner sur la prise en charge de ces urgences chirurgicales. Et c'est vers cette problématique que nous allons nous tourner désormais.

3. L'URGENCE AU BLOC OPÉRATOIRE

Poursuivons désormais par l'urgence, sa définition, ses caractéristiques, pour comprendre ce qu'est l'urgence au bloc opératoire, commençons par une définition très générale :

- 1- *« Caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre aucun retard : l'urgence d'une solution à la crise.*
- 2- *Nécessité d'agir vite : des mesures d'urgence.*
- 3- *Situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement. »*²⁵

Juridiquement, il est particulièrement peu aisé de trouver des définitions de l'urgence, voici celle que nous avons pu rencontrer au fil de nos recherches : *« Dans son sens général, l'urgence est le caractère d'un état de fait susceptible d'entraîner, s'il n'y est porté remède à bref délai, un préjudice irréparable, sans cependant qu'il y ait toujours nécessairement péril imminent. »*²⁶

²⁴ La médecine d'urgence, consulté en ligne sur <http://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/28-2.pdf>, le 1er Février 2018.

²⁵ Larousse, <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence>, consulté en ligne le 29 Janvier 2018.

²⁶ ROBERT, J., *Les situations d'urgence en droit constitutionnel*, 1990, consulté en ligne le 29 Janvier 2018 sur http://www.persee.fr/doc/ridc_0035-3337_1990_num_42_2_1989.

En juin 1996, la Cour de cassation déclare : « *la condition d'urgence s'apprécie exclusivement au regard de l'état du malade et la nécessité, où il se trouve, de voir intervenir le praticien sans délai.* »²⁷

Dans les deux définitions nous notons la notion d'agir, la notion de temps et la notion du risque d'aggravation. Pour gérer cette urgence, un système de classification fut mis au point, fort de l'expérience des militaires et de la médecine de catastrophe. Cette classification implique la notion de tri des patients, par des personnels compétents, en deux catégories principales d'urgences :

« - *Les urgences absolues dont la prise en charge et le traitement ne peuvent être différés car le pronostic vital ou fonctionnel est engagé ;*

- *Les urgences relatives où une évaluation et un traitement sont nécessaires mais où le temps ne constitue pas un facteur critique immédiat.*

Il faut garder constamment à l'esprit que toute classification est forcément réductrice et n'a qu'une valeur indicative. Son intérêt est essentiellement pratique afin de pouvoir organiser le travail sur des bases communes à l'ensemble de l'équipe. »²⁸

Il est primordial de garder en tête cette notion de tri initial. La médecine d'urgence évolue depuis moins d'un demi-siècle, depuis l'avènement des télécommunications, la création du SAMU dans les années 1970, et l'évolution du transport de victimes qui ont permis d'accroître le nombre de patients pris en soins en urgence au sein des établissements de santé.

Au début des années 2000 la MeaH définissait l'urgence au bloc opératoire : « *Dans ce recueil on appelle « urgences » les interventions du jour J non connues le matin du jour J et traitées en journée en provenance du service des urgences ou non.* »²⁹

²⁷ Cour de Cassation, Chambre sociale du 20 Juin 1996, numéro de pourvoi 93-20274 consulté en ligne sur www.legifrance.gouv.fr, le 4 février 2018.

²⁸ PRUDHOMME, C., *L'infirmière et les urgences Guide poche infirmier 8^{ème} édition*, Edition MALOINE, 2016.

²⁹ *Recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées dans des blocs opératoires*, Septembre 2006, MeaH. Disponible sur le site de l'ANAP, p.39, consulté le 15 Mai 2018.

Bien que la majorité des urgences en bloc opératoire soient des urgences relatives, nous nous devons d'aborder la notion de *damage control*, qui est un processus de soin incluant entre autres la chirurgie de maintien de fonction, de limitation des dégâts, où les soins prodigués sont minimalistes pour assurer la survie, sans résoudre les problèmes médicaux, par la réalisation « *de(s) geste(s) essentiel(s) de sauvegarde (drainage des plèvres, arrêt des grandes hémorragies, parage des plaies, alignement des fractures et mesures générales de réanimation symptomatique)* »³⁰.

Utilisées dans la médecine de catastrophe initialement, nous tendons à faire revenir ces pratiques dans nos blocs pour se préparer à un afflux massif de victimes (terrorisme, explosion, plan blanc) ou plus généralement en cas de grande instabilité hémodynamique ou ventilatoire de patients victimes d'Accidents de la Voie Publique (AVP). Ces patients seront repris au bloc opératoire à distance, une fois stables sur le plan hémodynamique, pour la prise en charge de leurs problèmes médicaux laissés en suspens au profit de leur survie.

Mais revenons à nos actes de « débordement », à la régulation des urgences relatives qui se doit d'être des plus efficaces pour limiter leurs impacts sur la chirurgie programmée. Il n'existe pas deux établissements de santé qui régulent leurs urgences chirurgicales de la même façon, secteur privé ou public, universitaire ou périphérique. En fonction des ressources matérielles et humaines, toutes les combinaisons sont possibles, et ce toutes spécialités confondues, que ce soit avec des infirmiers sur place dédiés, avec des locaux réservés, ou sur astreinte en fin de programme. Nous concluons cette partie consacrée à l'urgence au bloc opératoire par les mots du docteur SAMAMA ; nous nous attacherons ensuite à traiter la dernière partie de ce cadre contextuel.

« *Ce qui fait la spécificité de la chirurgie d'urgence, c'est essentiellement l'état d'esprit dans lequel elle est abordée et qui peut se résumer en deux principes :*

- *il faut être prêt à tout, car plus que dans la chirurgie froide, les surprises sont nombreuses ;*

³⁰ PATS, B. ; DEBIEN, B., et BORNE, M., *Les Evasan stratégiques : Principes d'organisation et de régulation*, in Réanoxyo, Urgence Pratique Publications, n° 21, Juin 2007, p. 8.

- *il faut s'installer en prévoyant le pire* »³¹.

Concernant la formation du soignant, il n'existe pas de cursus particulier le préparant à l'urgence plus qu'à une autre spécialité, tout soignant peut donc être amené à gérer une urgence, et doit être en mesure de le faire, au bloc à fortiori, infirmiers en soins généraux ou spécialisés.

4. LES INFIRMIERS DE BLOC

Même avec l'organisation la plus efficace qui soit, le personnel reste le maillon essentiel pour assurer l'efficacité dans la prise en soins des patients. Les infirmiers de bloc sont réputés hautement qualifiés, méthodiques, formés, informés et compétents en matière de sécurité des patients. Dans un souci de description du plus généraliste au plus spécifique nous faisons le choix de développer tout d'abord la fonction de l'IDE, puis de l'IBODE.

1. L'Infirmier Diplômé d'État et son identité

Préoccupation de tout temps, le soignant est aussi vieux que l'Homo Sapiens, qui déjà, *« confronté à la maladie, aux blessures, à la souffrance, a cherché des réponses, par la solidarité envers les membres de son groupe. Les découvertes archéologiques de squelettes portant des traces de soins montrent que dès le néolithique (-9000 à -3300), nos lointains ancêtres avaient compris bien des choses. Par exemple, qu'en cas de fracture, l'immobilisation du membre blessé était nécessaire à la guérison »*. [...] Le vocable *« infirmier »* apparaît pour la première fois en 1398, [...] renvoie au latin *infirmus*, qui signifie faible. Quant à *« l'enfermerie »*, elle désigne à la fois un état, la maladie, l'infirmité, mais aussi un lieu, où les plus démunis peuvent trouver refuge. »³²

Des siècles plus tard, la profession a acquis une assise stable, est reconnue par tous, et des infirmiers expérimentés structurent la profession en menant des recherches dans le domaine du soin. Se définit petit à petit l'identité professionnelle de l'infirmier :

« Les études, articles, ouvrages réalisés par des professionnels infirmiers vont se multiplier et se diversifier. Ils quittent le champ restreint de la technique découlant d'actes médicaux

³¹ SAMAMA, G., *L'infirmière de bloc opératoire*, 5^{ème} Edition, Maloine, 2013, p. 217.

³² DULEY, P., *La vraie histoire des infirmières*, Chronique éditions, Juin 2012, p.79.

ainsi que la morale professionnelle, et mettent en lumière l'émergence d'une pensée infirmière qui tend à se substituer à une pensée médicalisée unique. »³³

Malgré cette acquisition récente d'autonomie, le positionnement identitaire de l'infirmier reste conditionné, générations après générations, par les motivations du « devenir infirmier » : l'altruisme, la dimension relationnelle du soin, le désir d'apprendre, le travail auprès des populations fragilisées, la mobilité professionnelle... Cependant, il semblerait que les valeurs caractéristiques des infirmiers soient souvent assimilées aux combats que portent les femmes, la profession infirmière a donc mis longtemps à se défaire de son image de dévotion religieuse. Mais à force de formation et de professionnalisation, les compétences allouées aux infirmiers se sont multipliées, au point de donner à certains, et sous certaines conditions, des pratiques avancées et des autorisations de prescrire.

Depuis 2009, avec la réingénierie de la formation en IFSI, le passage de ces études au niveau universitaire de licence a permis d'ouvrir les portes de la recherche clinique, faisant suite à la prise d'autonomie souhaitée par les infirmiers pour valoriser leur diplôme. L'ARSI, Association de Recherche en Soins Infirmiers, créée en 1983, édite ainsi chaque année des publications et propose une démarche de réflexion autour du soin. Les opportunités de recherche en soins infirmiers sont dès lors décuplées et tournées vers l'avenir de la profession.

Nous ne pouvons conclure cette description sans parler de l'ONI, Ordre National Infirmier, qui vient fédérer la profession : *« Près de 70 ans après les médecins ou les sages-femmes, les infirmiers se dotent enfin de leurs **propres règles d'exercice professionnel**. Publié le 27 novembre 2016 par décret au Journal officiel, le code de déontologie des infirmiers comprend l'ensemble des droits et devoirs des infirmiers, quels que soient leurs modes ou lieux d'exercice. Il clarifie notamment les **relations avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé**. La publication du 1^{er} code de déontologie des infirmiers marque la **reconnaissance de l'ensemble d'une profession de plus en plus autonome**. Le code de déontologie vient se substituer à l'ensemble des règles professionnelles figurant depuis 1993 (et inchangées depuis) aux articles R.4312-1 et*

³³ JORIS, A., *De la vocation à la reconnaissance, les infirmières hospitalières 1789-1970*, Edition Socrate, Mai 2009, p.184.

*suivants du code de la santé publique. Il s'agit donc d'une **modernisation** et d'un **enrichissement** de ces règles déontologiques afin de mieux prendre en compte les évolutions majeures observées ces 20 dernières années. »³⁴*

Nous sommes au cœur de cette évolution de la profession qui suit son cours, nous n'en sommes aujourd'hui qu'à une étape. Toujours est-il que le diplôme d'État Infirmier autorise à exercer dans tous les services, y compris au bloc opératoire, d'où se dessine ensuite l'évolution de carrière qui nous intéresse, le diplôme d'État d'IBODE.

2.L'Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État et son identité

Déjà au V^e siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate soulignait la nécessité pour un praticien d'avoir un assistant, qu'il décrit comme tel : *« prendre garde à l'éclairage par exemple, mais surtout au personnel qui assiste le praticien, au positionnement des instruments, aux techniques de bandage, et même à la longueur de ses ongles. »*³⁵

Si cette lecture nous prête à sourire, elle n'en demeure pas moins le signe de la nécessité d'assister l'opérateur dans la réalisation de ses soins. Ce n'est qu'au XX^e siècle, en 1948, que la première école de panseuse verra le jour à Paris. Vingt ans plus tard, c'est le certificat d'Aptitude à la Fonction d'Infirmier(e) de salle d'Opération (9 mois) qui sera la voie pour pouvoir exercer au bloc opératoire. La formation que nous connaissons aujourd'hui, sur 18 mois, date de 1991. Notre profession, dont la mutation et l'évolution sont toutes récentes, est encore aujourd'hui amenée à être remaniée pour s'adapter aux besoins de santé. En 2001, R. MAGNON, ancien infirmier en soins généraux et directeur des maîtrises en sciences et techniques sanitaires et sociales à l'université de Lyon, décrit le réel gain pour les équipes à avoir parmi elles des personnels spécialisés : *« Les emplois spécialisés de puériculture, d'infirmier de bloc opératoire diplômée d'État, d'infirmière anesthésiste diplômée d'État, aux dires de nombreuses équipes médicales, sont devenus des qualifications indispensables à la mise en œuvre de techniques très sophistiquées pour la qualité des soins et la sécurité des patients, dans les services et hôpitaux »*³⁶.

³⁴ *La reconnaissance de l'autonomie d'une profession* consulté en ligne le 20 Décembre 2018 sur www.ordre-infirmiers.fr.

³⁵ DULEY, P., *La vraie histoire des infirmières*, chronique éditions, Juin 2012, p.74.

³⁶ MAGNON, R., *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers, le bilan d'un siècle*, Edition Masson, Janvier 2001, p.154.

Selon le docteur SAMAMA, l'IBODE est le point de repère du bloc, le garant de la qualité et de la continuité des soins, dans l'intérêt du patient : *« Si l'organisation de l'activité du bloc opératoire (gestion des locaux, du matériel, des ressources humaines) revient au cadre infirmier IBODE en concertation avec l'équipe médicale, l'IBODE pivot de la salle d'opération travaille en interface avec le patient, les équipes médicales et paramédicales. Elle représente un facteur d'unité et de continuité pour l'équipe et une garantie de qualité pour le malade.»*³⁷

Au niveau législatif, la profession est régie par le décret du 29 Juillet 2004 qui décrit la fonction IBODE selon 5 axes, allant de la gestion des risques et la mise en œuvre de démarche de soin coordonnée et organisée, à la traçabilité des activités de soins et du matériel. Ce décret autorise la réalisation des rôles d'instrumentiste, de circulante et d'aide-opérateur (annexe I).

La profession connaît depuis le 27 janvier 2015 une exclusivité de fonction, le décret n°2015-74 relatif aux actes infirmiers (annexe II). Celui-ci donne compétence exclusive aux IBODE qui, une fois formés à ces actes, sont autorisés sur protocole ou demande chirurgicale, à installer les patients, à exposer le site opératoire, à réaliser l'aspiration chirurgicale et différents types de sutures. Ils peuvent aussi occuper la fonction d'assistant de chirurgie. Cette avancée souligne la volonté des professionnels de se voir offrir d'avantage de responsabilité et d'autonomie, ce qui encourage à la formation professionnelle.

L'approche anthropologique du métier d'IBODE, réalisée par le docteur M.-C. POUCHELLE, directrice de recherche au CNRS³⁸ Centre National de la Recherche Scientifique, nous semblait être pertinente pour clore cette partie consacrée au cadre contextuel :

« Le métier d'Ibode est complexe. Il combine :

- *Un très fort sentiment de responsabilité, correspondant à des responsabilités effectives mais dans un contexte de dépendance forte à l'égard du pouvoir chirurgical, où collègue et/ou supérieurs sont, parfois, prompts à l'accusation ;*
- *une pénibilité physique importante nécessitant endurance et résistance à la fatigue,*

³⁷ SAMAMA, G., *L'infirmière de bloc opératoire*, 5^{ème} Edition, Maloine, 2013, p. 4.

³⁸ CNRS : Lire partout Centre National de la Recherche Scientifique.

- à la faim, au sommeil et aux stations debout prolongées ;*
- *des compétences variées (techniques, psychologiques et relationnelles) et un haut niveau d'exigence professionnelle ;*
 - *un désir de «bien travailler», d'être dans la perfection, afin d'être capable non seulement de subvenir à la demande, mais également de l'anticiper ;*
 - *une volonté de garantir une sécurité maximum pour le patient. Faire face à l'imprévu et relever des défis ;*
 - *une vigilance tous azimuts : mesurer, compter, contrôler, prévoir, faire face à la pénurie, emprunter et pister le matériel, se débrouiller et imaginer. Mais aussi rester attentif à l'humeur des chirurgiens ;*
 - *un certain sentiment «esthétique» et du plaisir au travail : une belle table, le beau geste, la belle opération. Soit faire de la «vraie chirurgie». Adéquation entre l'idéal rêvé du métier et la réalité. Plaisir, mais aussi stress d'instrumenter. Cela peut se traduire par l'attention portée aux différences entre chirurgiens, l'évaluation des gestes chirurgicaux et des compétences, avec un sentiment partagé entre l'admiration et lucidité inquiète ;*
 - *de très fortes solidarités qui impliquent de savoir sur qui on peut compter afin de créer une équipe qui «tourne» et qui «avance» ;*
 - *des tensions avec l'environnement de travail mais aussi des conflits intérieurs. Des opérations ressenties comme discutables mais qui sont imposées : «opérer un mort» ;*
 - *un grand besoin de reconnaissance professionnelle et affective, des ambiguïtés par rapport au pouvoir et à l'autorité : se taire ou exploser et s'en sortir par l'humour.»³⁹*

Il nous semblait que cette analyse reflétait avec une grande justesse la réalité du terrain et la notion d'équipe, de microcosme. Terminons avec la vision du professionnel face à l'aléa, et sa gestion du stress.

³⁹ POUCHELLE, M-C., *Regard d'une ethnologue sur le métier d'Ibode*, in Interbloc, Tome XXVII, n°3, Septembre 2008, p.182.

3. Les professionnels face à l'imprévu

Le docteur M.-C. POUCHELLE décrit les IBODE auprès desquelles elle s'est immergée, mais son discours est applicable à tous les infirmiers de blocs opératoires, diplômés ou non. *« Pour les Ibode, les changements inopinés de programme opératoire ont des conséquences de toutes sortes : ils remettent en question la répartition des équipes (question de relations humaines) et des opérations (question de compétences techniques). Ces changements de dernière minute compliquent aussi la gestion du temps [...]. Cela pose aussi des problèmes d'organisation en matière de préparation du matériel[...]. Ces changements imprévus et/ou cette communication défectueuse font partie des facteurs de stress importants dans un milieu où anticiper et prévoir sont essentiels dans l'évaluation de la compétence professionnelle. »*⁴⁰

Rappelons que son analyse est factuelle et objective puisqu'elle est extérieure aux situations qu'elle décrit, et qu'elle n'est pas soignante. Dans cette description, le stress vient de la situation que le soignant rencontre, mais il existe une autre source de stress, celle que le soignant se met seul pour assumer son rôle au mieux : *« Du fait de l'urgence, certains peuvent vouloir remettre en cause les bonnes pratiques, voire ne pas les respecter, il faut alors s'imposer en tant qu'Ibode. [...] L'Ibode a pour rôle aussi de rassurer et d'apaiser l'atmosphère pendant l'intervention. Il l'exprime par le non verbal et le verbal. Le chirurgien et l'équipe doivent travailler en confiance, pour être plus serein. [...] Savoir gérer son stress est primordial pour pouvoir gérer celui des autres. »*⁴¹

L'IBODE gère donc l'imprévu par l'anticipation et la compétence, dans le calme et le respect de l'autre. Nous reviendrons sur ce point dans notre analyse. Pour conclure cette partie contextuelle, nous pouvons dire que les récentes mutations du système de santé ont bouleversé les organisations de chaque pôle, service, équipe. Le passage d'une logique de « soin » à une logique de « productivité » fut peu aisé. Nous pouvons cependant souligner la capacité d'adaptation, inhérente au métier et à l'humain, que possèdent ces équipes, qui, dans des situations d'aléas, d'imprévu, d'urgence, parviennent à pallier aux difficultés qui sont les leurs afin d'assurer la sécurité des patients et la continuité des soins. La formation initiale du cursus en IFSI ainsi que les différentes spécialités vont dans ce sens. Cela étant

⁴⁰ POUCHELLE, M.-C., (2008), *op-cit.*, p.184.

⁴¹ MAJDOUL, B., *Savoir se canaliser pour ne pas être source de stress*, in Interbloc Tome XXXII, n°3 Juillet-Septembre 2013, publié par Elsevier Masson, p.195-196.

dit ces « routines » perturbées sont génératrices de stress pour les équipes, et chaque agent possède des réactions qui lui sont propres, et des comportements motivationnels qui en découlent.

À travers l'étude des concepts de stress et de motivation, nous tenterons de dégager les grandes lignes directrices que guident, parfois inconsciemment, les infirmiers travaillant en bloc opératoire.

III. LE CADRE CONCEPTUEL

Notre recherche nous amène à investiguer le concept de stress, ce phénomène induit par les imprévus, l'urgence, l'équipe et la chirurgie en elle-même. Plus particulièrement, nos réactions face au stress et les « armes » dont nous disposons pour l'anticiper, le gérer, et éventuellement en tirer profit. Dans le but de cibler notre étude, nous ne nous attacheront pas au stress chronique, mais simplement au stress aigu induit par l'urgence. Pour ce qui est du second concept, nous avons fait le choix de nous intéresser au comportement de motivation, celle qui pousse l'individu à agir. Nous développerons enfin le lien entre la motivation et l'épanouissement professionnel.

1. LE STRESS

1. Définitions et approches

Chaque domaine possède sa définition du stress, en physique par exemple il s'agit d'une contrainte excessive subie par un matériau, en biologie c'est plutôt l'agression s'exerçant sur l'organisme et la réaction de l'organisme à cette agression. En ce qui concerne le domaine des sciences humaines, sa définition est bien plus large et multifocale. Après avoir lu de nombreux ouvrages sur le sujet, nous avons fait le choix de l'aborder sous l'angle des théories physiologique, psychosociale et transactionnelle, étayées par les récents apports des neurosciences. Nous avons conscience de la non exhaustivité de cette recherche et de ses limites. Nous commencerons par décrire les différentes théories psychologiques du stress, puis l'utilisation des mécanismes d'adaptation face à ce stress ainsi que leurs bénéfices respectifs, nous clôturerons cette partie par l'étude du stress positif.

« Le mot «stress» est issu par aphérèse de distress, qui provient de l'ancien français destrece et estrece. Destrece signifiait étroitesse et oppression : il est issu du latin classique stringere qui signifiait serrer, resserrer. Aujourd'hui, utilisé dans de nombreux domaines, ce mot occupe une place de plus en plus centrale au sein de la psychologie et de la médecine comportementale. »⁴²

Il est important pour comprendre un terme de définir ce qu'il n'est pas : le stress a pour caractéristique d'être inscrit dans le présent, et « est différent de la dépression, de l'anxiété (trait ou état), il se situe dans le temps présent, au moment où la personne est confrontée à l'événement stressant. »⁴³

Approfondissons les différentes approches du stress qui nous intéressent : l'approche physiologique tout d'abord, psychosociale et transactionnelle ensuite, et enfin neuroscientifique. Nous les aborderons dans l'ordre chronologique de leur découverte.

a. L'approche physiologique

« Les modèles physiologiques décrivent les réactions de l'organisme au cours d'une expérience stressante, ainsi que les troubles provoqués par une réaction trop intense ou prolongée. Le stress est vu comme la mobilisation des différents systèmes physiologiques de défense qui permettent au corps de se protéger et de réagir face à une agression. »⁴⁴

En 1872, DARWIN décrit le mécanisme de la peur chez l'homme et l'animal, ce stress a pour but de mobiliser les énergies de l'organisme pour réagir face à un danger et assurer la survie de l'espèce, il est le plus souvent suivi d'un effort, qu'il soit de fuite ou d'affrontement. L'approche physiologique du stress est ensuite décrite par CANNON en ce qui concerne les causes des manifestations du stress : « la libération dans le sang d'une hormone, l'adrénaline, en provenance de la glande surrénale »⁴⁵, puis par SELYE pour la description du SGA (Syndrome Général d'Adaptation) en 3 phases, en réponse à ce stress :

⁴² GRAZIANI, P., SWENDSEN, J., *Le stress, émotions et stratégies d'adaptation*, 2005, Edition Armand Colin, p.10.

⁴³ FORMARIER, M., *Les concepts en sciences infirmières*, Editions Mallet Conseil, 2009, p.265.

⁴⁴GRAZIANI, P., SWENDSEN, J., (2005), *op-cit*, p.8.

⁴⁵ *Ibid*, p.19.

- « La phase d'alarme : l'organisme mobilise toutes ses ressources pour faire face à l'agression. Dans un premier temps (phase de choc) il y a la surprise de l'agression soudaine et la présence de symptômes d'altération passive de l'équilibre fonctionnel. Dans un deuxième temps (phase de contre-choc) il y a mise en place de moyens de défense active, le cortex surrénal augmente de volume et présente une activité élevée.
- La phase de résistance commence environ 48 heures après l'agression. Les signes d'alarmes disparaissent et sont souvent remplacés par des signes inverses. Cette phases de résistance prolonge et accentue la phase de contre-choc.
- La phase d'épuisement : en fonction du niveau de gravité et de sévérité de l'agression, l'organisme peut entrer dans cette dernière phase. Elle peut apparaître quelques semaines voire plusieurs mois après le début de l'agression. L'adaptation peut ainsi disparaître si l'agent agressif est suffisamment important et présent pendant assez longtemps. »⁴⁶

L'apport des neurosciences à l'approche physiologique est immense, en effet grâce à l'utilisation d'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique nucléaire), au niveau du système nerveux central, au moment de l'exposition au stress, chaque mécanisme physiologique a pu être décrit et explicité. Pour la réponse au stress par exemple : « elle constitue une réaction coordonnée à un stimulus menaçant. Elle est caractérisée par les éléments suivants :

- une réaction d'évitement ;
- une vigilance ou un éveil accru ;
- une activation de la composante sympathique du système nerveux autonome ;
- une sécrétion de cortisol à partir des glandes surrénales. »⁴⁷

Selon les neurosciences, le phénomène de stress est inévitablement, biologiquement, le même chez tous les individus, et à un but de survie, nous ne pouvons donc pas subsister sans stress. « En fait le stress est un bon stimulus de la sécrétion de cortisol, depuis le stress physiologique, comme par exemple une hémorragie importante, ou la stimulation d'une

⁴⁶ GRAZIANI, P., SWENDSEN, J., (2005), *op-cit*, p.20.

⁴⁷ BEAR, M., *Neurosciences, à la découverte du cerveau*, Edition Pradel, Juin 2016, p.771.

émotion positive, comme le fait d'être amoureux ou stress psychologique, comme avant un examen. »⁴⁸

L'être humain est doté de la capacité de ressentir des émotions, il peut avoir pleine conscience de ce stress et en analyser s'il le souhaite les mécanismes :

« La perception de cette agression est accompagnée de nombreuses émotions, les plus courantes devant être l'anxiété, la peur, la panique, l'appréhension, l'inquiétude. Les travaux de Selye et de Cannon ont permis de démontrer qu'une agression ne se limite pas à la seule expression émotionnelle. De façon plus générale, l'agression, interne ou externe, n'est pas confinée à la sphère psychique mais a des répercussions sur le corps et entraîne des modifications organiques. »⁴⁹

Le stress a des influences différentes sur notre corps et notre esprit. Cette approche ne peut donc se suffire à elle-même, elle doit d'être recoupée avec des approches qui attachent de l'importance à l'environnement du sujet.

b. L'approche psychosociale ou cognitive

Cette approche part du postulat que *« le même stresser ne produit pas les mêmes effets chez des sujets différents ou chez la même personne à des moments différents »⁵⁰.*

La réaction au stress est donc non stéréotypée, ces théories psychosociales font état de *« la complexité des réactions de l'individu face au stress, mais se centrent davantage sur le rôle des pensées ou des attributions spécifiques ou sur les processus cognitifs qui influencent ces dernières. Si les théories cognitives dans ce domaine sont aussi très nombreuses, elles ont toutes en commun l'appréciation du rôle des interprétations personnelles des événements comme déterminants principaux de leur caractère stressant »⁵¹.* Le phénomène d'attribution se doit d'être explicité par la description suivante, issue du même ouvrage : *« Suite à un événement négatif, l'individu détermine à quel point il peut le contrôler et si les causes de cet événement sont stables (récurrentes ou persistantes) ou instables (de passage), globales*

⁴⁸ *Ibid*, p.531.

⁴⁹ GRAZIANI, P., SWENDSEN, J., (2005), *op-cit*, p.23.

⁵⁰ *Ibid*, p.9.

⁵¹ *Ibid*, p.32.

(entraînant de nombreuses conséquences dans plusieurs domaines de la vie) ou spécifiques (n'entraînant que quelques conséquences spécifiques). »⁵²

Ce qui signifie que l'individu apprend de son stress, et gagne en expérience au fur et à mesure de son occurrence.

c. L'approche transactionnelle

La théorie transactionnelle du stress va au-delà de l'approche physiologique et de l'approche cognitive. En effet celle-ci prête à l'individu la possibilité d'interagir avec son stress, de l'apprivoiser : *« Chaque stimulus peut être vu comme intéressant, désirable, non menaçant, non nuisible et, s'il est ainsi évalué, il ne sera pas considéré comme un stresser. Pour ce modèle, les stressers physiques ou psychologiques produisent des réponses de stress seulement après avoir été évalués comme menaçants et dangereux par le sujet. Le stress dépend ainsi de la qualité de la transaction entre l'individu et l'environnement et ne peut pas être réduit à l'un ou l'autre de ces éléments. La clef du modèle transactionnel est l'accent mis sur la dimension cognitive, le travail d'évaluation du sujet à l'apparition du stresser. Selon l'approche transactionnelle, une situation devient stressante quand la «demande» faite par l'interaction individu/environnement est évaluée par le sujet comme excédant ses propres ressources et mettant en danger son bien-être. »⁵³*

Cette approche donne à l'individu le pouvoir d'analyser et de gérer son stress, d'interagir avec lui pour le réguler. C'est la première théorie qui donne à l'individu un contrôle sur son stress et la possibilité d'un apprentissage dans sa gestion.

d. L'apport des neurosciences : le stress utile

« Le stress est une réponse normale de défense à une agression. Le stressé est victime d'une agression externe (surmenage, maladie, insécurité, précarité, agressivité, voire perversion...). Le stresser est un «bourreau» (situation, personne, société...). Les causes sont objectives (incompréhension, situation sans issue, frustration, injustice, conséquences matérielles potentiellement préjudiciables, etc...). Le stress est donc une réaction bénéfique de défense, qui permet souvent de faire face à la situation. [...] Le calme en situation difficile

⁵² Ibid, p.33.

⁵³ GRAZIANI, P., SWENDSEN, J., (2005), *op-cit*, p.47.

(sang-froid) est agréable, donne un sentiment de maîtrise de soi, permet de se sentir acteur et observateur, intelligent, lucide, mature, adulte, capable de gérer au mieux une situation difficile, en nuanciant la gravité, hiérarchisant l'urgent et l'important, l'essentiel et l'accessoire, le nouveau et le dérangent. »⁵⁴

Cette approche novatrice ouvre de nouvelles perspectives concernant le stress qui aurait un aspect d'enrichissement de l'individu. Il peut donc être grisant de parvenir à la maîtrise de soi en situation de stress. Nous reviendrons plus tard sur l'intérêt en pratique.

Selon les neurosciences, nous possédons biologiquement deux cerveaux : un reptilien, héritage de nos milliards d'années d'évolution, irrationnel, méfiant, et aveugle, dont la fonction est le maintien en vie pour faire perdurer l'espèce. Notre second cerveau caractérise l'humain, il est adaptatif, lucide, aide à la prise de recul, il est créatif et rationnel, il s'agit du néocortex préfrontal, qui s'est développé au fur et à mesure que les menaces d'extinction ont cessé, faisant place à la vie interactive en communauté et à la sécurité affective. À ce jour, l'homme moderne n'est plus menacé de mort quotidiennement. Or on constate qu'il est « *moins intensément mais plus chroniquement stressé que l'animal en milieu sauvage.* »⁵⁵

Selon le docteur J. FRADIN, comportementaliste et cognitiviste, le stress apparaît lorsqu'on ignore les messages transmis par notre cerveau rationnel (pré-frontal), au profit de nos pensées dictées par notre cerveau reptilien (animal défensif) pourtant irrationnel. Nous subissons alors une perte de lucidité et peuvent apparaître les manifestations de stress nécessaires à la survie alors qu'il n'y a pas de réel danger : perte de moyens, déficit d'attention, conflits, incompréhension, perte de l'élan vital, agressivité, somatisation...

Or il a été scientifiquement démontré grâce à l'IRM fonctionnelle que l'exposition prolongée au stress peut provoquer des lésions irréversibles sur le cerveau : « *la dégénérescence des neurones hippocampique peut être à l'origine de la mise en jeu d'un cercle vicieux qui*

⁵⁴ FRADIN, J., *L'intelligence du stress*, 16^{ème} tirage, collection EYROLLES, 2017, p.9-10.

⁵⁵ FRADIN, J., LE MOULLEC F., *Manager selon les personnalités, les neurosciences au service de la motivation*. Édition Groupe EYROLLES, 2006, p.38.

accentue encore la réponse au stress, augmente les taux circulants de cortisol, et provoque de nouveaux dommages de l'hippocampe. »⁵⁶

Le stress peut être un cercle vicieux dont il est difficile de sortir, et chacune de ces approches (physiologique, psychosociale, transactionnelle et neuroscientifique) s'accordent à souligner l'intérêt pour chacun d'apprendre à développer des stratégies, qui permettront de s'adapter au stress afin d'en limiter les effets néfastes. Développons quelques-uns des mécanismes d'adaptation qui existent et leurs bénéfiques.

2. Adaptation au stress, les stratégies efficaces

Dans cette partie consacrée au moyen de se défendre face au stress, nous n'aborderons que l'approche psychanalytique de Freud d'une part, les évolutions de ses théories jusqu'à nos jours, et d'autre part l'approche neuroscientifique et ses applications pratiques. Il existe bien d'autres façons de s'adapter au stress mais toutes renvoient de près ou de loin à ces deux approches.

a. Les mécanismes de défense de la psychanalyse

En 2010, S. IONESCU, professeur de psychopathologie et directeur du centre de recherche en Traumatisme, Résilience et Psychothérapies de l'université de Paris-VIII, donne une définition des mécanismes de défense qui nous semble plus complète et synthétique que celles de ses prédécesseurs :

« Les mécanismes de défense sont des processus psychiques inconscients visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires, en remaniant les réalités interne et/ou externe et dont les manifestations - comportements, idées ou affects - peuvent être inconscients ou conscients. »⁵⁷ Le but de ces mécanismes est d'abaisser le niveau de tension afin de garder un certain équilibre et de protéger l'individu. Nous possédons tous des facultés d'adaptation qui ne dépendent pas uniquement du stress perçu mais de nos capacités à nous en défendre. Ces processus mentaux sont inconscients, nous n'avons que peu

⁵⁶ BEAR, M., *Neurosciences, à la découverte du cerveau*, 4^{ème} Edition, Edition Pradel, Juin 2016, p.773.

⁵⁷ IONESCU, S., *Psychopathologie de l'adulte, fondement et perspective*, Août 2010, Edition Belin sup, p.19.

d'emprise sur eux, à l'inverse du « coping », qui lui, représente une façon de réagir au stress dont le sujet a conscience et sur lequel il peut agir.

Selon l'échelle du DSM-IV, manuel diagnostique et statistique référençant les troubles mentaux, il existe 7 niveaux de fonctionnement défensif avec pour chacun des mécanismes de défense bien définis du plus efficace au moins efficace : le niveau adaptatif élevé, le niveau de la formation des compromis et l'idéalisation. Viennent alors les mécanismes jugés moins efficaces comme le niveau de distorsion mineure de l'image de soi, du corps ou des autres, le désaveu avec l'utilisation du déni, la distorsion majeure de l'image (la schizophrénie), le passage à l'acte, et la dysrégulation défensive, l'échec de la défense (se manifestant par le délire et la perte du contact avec la réalité).

Dans le cadre de ce travail de recherche nous ne nous intéresserons qu'au niveau adaptatif élevé dont les mécanismes de défense sont les plus matures et aboutis, efficaces alors qu'involontaires. La lecture de l'ouvrage de H. CHABROL et S. CALLAHAN appelé « Mécanismes de défense et coping » nous a été d'une aide précieuse pour les lister et les comprendre. Dans un souci de clarté, là encore, nous avons fait le choix de ne développer que les trois mécanismes de défense les plus efficaces :

- « *L'humour, qui s'applique à soi-même, s'oppose à la dérision, à la raillerie et au sarcasme qui s'exercent aux dépens de soi ou des autres et qui sont alors une forme de dévalorisation.* »⁵⁸. Dans ce même ouvrage nous retrouvons aussi la vision de G.-E. VAILLANT, psychiatre américain : « *L'humour, comme l'anticipation et la suppression, est un dispositif de faire face si judicieux qu'il devrait être conscient, mais presque par définition, l'humour nous surprend toujours .* »⁵⁹ Selon les théories freudiennes, l'humour représente le meilleur niveau de défense car il détourne la tension et peut la convertir en plaisir.
- « *La sublimation est une réponse aux conflits et aux stress en canalisant des sentiments ou des impulsions potentiellement inadaptés vers des comportements socialement acceptables (par exemple : les sports de contact pour canaliser des*

⁵⁸ CHABROL, H., CALLAHAN, S., *Mécanismes de défense et coping*, Edition DUNOD, Avril 2004, p.14.

⁵⁹ *Ibid*, p.15.

accès impulsifs de colère). [...] Elle permet de dériver les pulsions et de les transformer en énergie positive. [...]

- *L'anticipation est décrite dans le DSM-IV comme une réponse aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes en éprouvant les réactions émotionnelles par avance ou en anticipant les conséquences d'un possible évènement futur et en envisageant les réponses ou solutions alternatives réalistes. [...] L'anticipation émotionnelle est l'activation involontaire d'un affect qui permet au sujet de s'y habituer et qui le motive pour se préparer à faire face à la situation difficile prévue. »⁶⁰*

Les autres mécanismes de défense utilisés par l'individu sont la répression (l'évitement), l'altruisme (le dévouement aux autres), l'auto-observation (l'introspection), la capacité de recours à autrui, l'affirmation de soi.

Avant de passer à l'approche neuroscientifique, nous nous devons de citer les stratégies de coping, qui contrairement aux mécanismes de défense, sont portées par la conscience du sujet, il peut donc choisir lequel utiliser. Nous nous contenterons de les citer mais ne les développerons pas, le but étant simplement de les porter à la connaissance du lecteur : l'évitement, la minimisation, la substitution, la recherche de soutien social, le remplacement, la recherche d'informations, le rejet de la responsabilité sur les autres et le renversement.

Tous ces mécanismes de défense et stratégies de coping font écho en nous. En effet nous nous représentons aisément des personnalités les utilisant dans notre sphère professionnelle, personnelle et parfois même nous-mêmes.

b. Les neurosciences et l'adaptation au stress aigu

L'Homme n'étant plus uniquement un animal, il a à sa disposition des moyens de gérer le stress de façon plus efficace qu'en fuyant, luttant ou s'inhibant. C'est de la partie pré-frontale du cerveau que sont issues ces stratégies, qui utilisent des qualités aussi variées qu'accessibles à la conscience. Le docteur J. FRADIN décrit le MMP, le Mode Mental Préfrontal :

⁶⁰ CHABROL, H., CALLAHAN, S., (2004), *op-cit.*, p.17.

« Le Mode Mental Préfrontal (MMP) est le spécialiste et le passionné pour tout ce que le mode automatique ne sait pas faire. Il est multitâche, multidimensionnel, c'est un chef d'orchestre et un improvisateur. Il pense, il agit en temps réel, selon un état d'esprit en perpétuel mouvement, questionnement, en recherche permanente, par questions ouvertes : quoi ? qu'est-ce ? pourquoi ? quoi d'autre ? combien ? comment ? jusqu'où ? pourquoi pas ? mais encore ? et moi, et si ? mais alors... Il se caractérise par les six critères de contenants suivants :

- 1- *« **Curiosité sensorielle** (ouverture) : c'est la recherche active et exploratoire, sensorielle, de la nouveauté, l'esprit de la découverte, la quête active de l'autre, de la différence...*
- 2- ***Acceptation** (adaptabilité, fluidité) : c'est la capacité à s'ouvrir à l'imprévu, au dérangement, à accepter l'échec ou la souffrance comme source possible d'apprentissage, d'enrichissement, de renouveau, de rebond, sans soumission ni résignation...*
- 3- ***Nuanciation** (perception du détail et de la complexité) : c'est une vision concevant les intermédiaires, ce qu'il y a de positif à côté du négatif, les avantages cachés sous les inconvénients et vice-versa, une perception du caractère infiniment complexe et mouvant des relations entre les éléments...*
- 4- ***Relativité** (recul) : c'est la conscience que chacun a son propre regard sur les choses, que toutes les visions sont relatives, superficielles et limitées par rapport au réel infini : la perception spontanée que ce que l'on voit n'est pas la réalité pleine et entière, que la carte n'est pas le territoire...*
- 5- ***Réflexion logique** (esprit de rationalité) : c'est la recherche active de la compréhension des mécanismes cachés qui animent le monde, le sentiment que tout pourrait se comprendre, qu'il y a des causes sous les effets visibles... et trompeurs, c'est vivre la logique comme un « regard », un sixième sens qui sonde les mystères des sensations...*
- 6- ***Opinion personnelle** (individualisation) : c'est la conscience de l'autre comme d'un autre soi-même, d'un groupe comme un ensemble d'individus et non pas comme une*

masse informe, sans peur du regard de l'autre, sans esprit non plus de fierté : on cherche plus l'opinion ou les sentiments de l'autre qu'on ne craint son jugement. »⁶¹

L'avantage que présentent ces six critères est qu'ils sont compréhensibles par tous et que nous pouvons travailler à leur implication dans notre vie professionnelle puisqu'ils sont accessibles à notre conscience. Dans cette optique, une échelle d'évaluation des modes mentaux (EEMM) fut mise au point. Celle-ci permet à toute personne le souhaitant de coter, sur une échelle numérique de 1 à 9, sa façon de penser, et l'influence à un instant T de notre cerveau reptilien sur notre cerveau rationnel. Le but est de quantifier, pour une situation stressante aigüe ressentie, les pensées automatiques parvenues à la conscience du patient (nous laissons cette grille à la disposition du lecteur en Annexe III). Concrètement si l'on applique cette méthode au stress de l'urgence, en reprenant chaque critère : pour ce qui est de la curiosité, elle amène l'obtention de nouveaux savoirs, l'acceptation de l'imprévu, la relativisation des aspects négatifs d'une intervention et la prise de recul, la réflexion logique pour mettre en place des actions correctives et la bienveillance face à nos collègues. Se dessinent par ce biais les possibilités d'amélioration de notre condition de travailleur, et donc un intérêt professionnel non négligeable.

3. Stress positif et motivation

Dans les milieux artistiques, le stress aigu est recherché, attendu, voir provoqué, pour « booster » les performances. C'est le « trac » du comédien qui monte sur scène, ce stress peut être une motivation pour le comédien à travailler plus assidument. Nous pouvons donc dire que pour certains, la perception du stress peut-être motivante. Selon F. LEMOULLEC et J. FRADIN, « *Tout se passe comme si, en l'absence de stress, nous ressentions souvent comme un vide intérieur. Le stress serait alors rassurant puisqu'il nous permettrait de nous sentir vivant, de sentir qu'il se passe quelque chose en nous-même lorsque nous manquons de motivation «réelle». Et surtout, il permettrait de prouver aux autres que nous sommes concernés, pour obtenir de la reconnaissance ou les tranquilliser.* »⁶²

Ainsi certaines personnalités ont elles besoin de stress pour se mettre au travail, d'échéances

⁶¹ FRADIN, J., *L'intelligence du stress*, collection Mieux vivre avec les neurosciences, Edition EYROLLES, 2017, p.58.

⁶² FRADIN, J., LE MOULLENC, F., *Manager selon les personnalités, les neurosciences au service de la motivation*, Edition EYROLLES, 2006, p.37.

et d'objectifs pour se motiver à agir et obtenir de la reconnaissance. Nous sommes tous différents et nos fonctionnements dépendent d'un grand nombre de variables, que les théories psychanalytique, neuroscientifique ou transactionnelle ne suffiront pas à expliquer. Il semble évident que l'IBODE a un rôle à jouer quant à l'apprentissage et l'utilisation des stratégies d'adaptation au stress pour parvenir à gérer l'urgence. Concentrons-nous désormais sur le concept de motivation, du stress à l'apprentissage, jusqu'à l'épanouissement professionnel.

2. LA MOTIVATION AU TRAVAIL

1. Définitions et théories motivationnelles

a. *Étymologie et définitions*

Du latin « movere », le mot motivation porte l'idée du mouvement, de l'envie, de la volonté d'impulsion d'un mouvement. La motivation est un concept décrit durant la première moitié du XX^e siècle puis délaissé. Ce n'est que lors de la seconde moitié du XX^e siècle que le concept connaît son essor. L'avènement de l'industrie et des télécommunications, de la mondialisation et du marché de la concurrence a encouragé les entreprises à analyser leurs facteurs de réussite et d'échec. Contre toute attente, malgré une optimisation des méthodes de production, c'est le facteur humain qui ressort comme premier vecteur de performance. À partir de ce constat, les études sur le sujet fleurissent, de grandes théories psychologiques s'affrontent et se complètent. Nous n'avons pas vocation à toutes les décrire, nous n'aborderons que les 4 grandes théories toujours actuelles. Nous verrons ensuite les bénéfices que le sujet motivé peut tirer de sa motivation, et parlerons enfin de l'épanouissement au travail.

Mais définissons tout d'abord la motivation : pour VALLERAND et THILL « *le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement.* »⁶³

⁶³ VALLERAND, R., THILL, J., *Introduction à la psychologie de la motivation*. Laval, Éditions Études Vivantes, 1993, p.18.

Pour PIAGET, la motivation est « *l'énergétique des conduites.* »⁶⁴ Avant d'aborder les théories motivationnelles, définissons, les deux types de motivation qui existent et cohabitent :

« **La motivation est dite extrinsèque** lorsqu'elle est provoquée par une force extérieure à l'apprenant, c'est-à-dire lorsqu'elle est obtenue par la promesse de récompense, ou par la crainte de sanctions venant de l'extérieur. **La motivation est dite intrinsèque** lorsqu'elle dépend de l'individu lui-même. L'individu se fixe ses propres objectifs, construit des attentes, et le renforcement est obtenu par l'atteinte des objectifs qu'il s'est lui-même fixé[...]. Cependant, pour qu'un individu apprenne à se créer des systèmes de motivation et de renforcement personnel, pour qu'il apprenne à définir ses propres objectifs, à construire des stratégies pour les atteindre, à être satisfait lorsqu'il atteint ses objectifs et à ne pas renoncer en cas d'échecs, **il faut d'abord qu'il fasse - impérativement - de multiples expériences de succès soutenus par des motivations extrinsèques et des renforcements externes.** »⁶⁵

La motivation la plus efficace est donc intrinsèque, celle qui provient de l'individu lui-même, mais elle ne peut apparaître que si l'individu a fait à plusieurs reprises l'expérience de la motivation extrinsèque, induite par autrui (récompense). Ceci démontre à quel point l'environnement joue un rôle prépondérant dans la motivation, même intrinsèque.

Développons désormais quelques grandes théories de la motivation : la théorie de la satisfaction des besoins, la théorie du choix cognitif, la théorie de la réussite et de l'échec et pour finir les théories neuroscientifiques.

b. La théorie du contenu : la satisfaction des besoins

Des auteurs issus du courant behavioriste comme HULL (1943) estiment que, dans la mesure où « *tout comportement est appris et non inné* »,⁶⁶ alors seul le conditionnement peut expliquer la motivation. « *Ce sont les déficits physiologiques, ou besoins, qui poussent l'organisme à l'action. Ce sont donc les besoins qui vont créer les «drive» ou motivations*

⁶⁴ RAYNAL, F., RIEUNIER, A., *Pédagogie : dictionnaires des concepts clés, apprentissage fonction, psychologie cognitive*, ESF Éditeur, 5^{ème} édition, 2005, p.237.

⁶⁵ RAYNAL, F., RIEUNIER, A., (2005), *op-cit.*, p.239.

⁶⁶ FENOUILLET, F., *La motivation*, Edition Dunod, deuxième édition, 2012, p.12.

*de l'animal. »*⁶⁷ Toujours selon HULL, c'est le besoin d'accomplissement qui encourage le sujet à l'action : « *La motivation d'un individu dépend de l'attente de réussite ainsi que de la valeur qu'il accorde à cette réussite. »*⁶⁸

Cette même année, MASLOW et ROGERS, fondateurs de la psychologie humaniste hiérarchisent les besoins humains et les classent en 5 parties, formant une pyramide (annexe III) dont la base représente les besoins physiologiques, de sécurité et d'amour. Ces besoins poussent l'homme à agir sur son environnement dans un but de survie, de confort et de tranquillité. À l'étage intermédiaire, nous trouvons les besoins supérieurs, il s'agit des besoins d'appartenance, de fraternité, qui poussent le sujet à trouver sa place dans la société. Et enfin au sommet, apparaissent les méta-besoins que sont la réalisation de soi, la transcendance, la plénitude psychologique, l'épanouissement. MASLOW estime que ce niveau de la pyramide ne peut être atteint que si chacun des précédents besoins se trouvent satisfaits. Nous omettons ici volontairement les théories d'ALDERFER et Mc CLELLAND qui sont sensiblement comparables à la théorie de MASLOW, dans le souci d'être concis. Tous deux avaient comme préoccupation première de nuancer les propos de MASLOW en estimant que la hiérarchisation des besoins n'était pas forcément la même pour tous, mais au contraire propre à chacun.

En 1959, HERZBERG différenciera satisfaction au travail et non-insatisfaction. Il en déduira deux sortes de facteurs de motivation : les facteurs motivateurs qui encouragent à trouver la satisfaction au travail, et les facteurs d'ambiance ou d'hygiène qui eux encouragent au maintien de la situation. Il démontrera par ce biais la notion de rendre le travail intéressant pour augmenter la motivation.

En 1960, ADAMS développe la théorie de l'équité, de la justice perçue : « *Le travailleur va en permanence comparer les différentes conditions de son emploi avec celles d'autres individus. Cette comparaison peut aboutir au constat d'une différence de traitement. Cette conclusion va générer une source de tension que l'individu va chercher à réduire en fonction des possibilités que lui offre la situation. »*⁶⁹ Pour garder un bon degré de motivation il est

⁶⁷ *Ibid*, p.14

⁶⁸ *Ibid*, p.23.

⁶⁹ FENOUILLET, F., (2012), *op-cit.*, p.92.

donc primordial que le sujet se sente soit justement valorisé, soit valorisé dans la même proportion que ses pairs.

c. La théorie du choix cognitif : le rapport cout/bénéfice

La théorie VIE (valence, instrumentalité, expectation/attente) est décrite en 1964 par VROOM. Elle est caractérisée par la mise en lumière de la dichotomie entre performance et résultat, le tout pondéré par les contraintes ressenties par l'individu. Les trois paramètres observés sont les suivants :

- « *Expectation : il s'agit de la relation entre l'effort et la performance. Autrement dit, il s'agit de la probabilité qu'un niveau d'effort donné produise un certain niveau de performance. [...]*
- *Instrumentalité : [...] il s'agit de la relation entre un niveau de performance et les résultats qui en résultent. [...]*
- *Valence : tous les résultats ont une valence affective qui peut se traduire en attirance ou répulsion par le biais d'une émotion tierce. La valence représente cette valeur affective du résultat. [...]. Une bonne ambiance, une progression de carrière, une mise à jour du matériel de travail peuvent être d'autres résultats avec des valences positives. »⁷⁰ Selon cette théorie ce sont donc nos attentes et nos émotions qui conditionnent notre motivation.*

d. La théorie de la réussite et de l'échec

Ces théories combinent deux paradigmes (entre autre) : la motivation par la pose d'objectif et la motivation par le sentiment de se sentir compétent.

Concernant la pose d'objectif, c'est LOCKE le premier, en 1690, qui a démontré qu'avoir un objectif à poursuivre permettait de donner une volonté d'agir dans ce sens, une motivation à y parvenir. Cet objectif doit posséder certaines caractéristiques pour optimiser la motivation : tout d'abord une acceptation du challenge, puis la pose d'un but difficile mais spécifique, précis, et réalisable. Tout au long de la réalisation de cet objectif, celui-ci doit être accompagné d'un feed-back venant de la personne qui a posé l'objectif, personne qui doit le soutenir, l'encourager, et le récompenser. Pour LOCKE, la difficulté des objectifs

⁷⁰ FENOUILLET, F., (2012), *op-cit*, p.88.

posés majore l'effort fourni et la persistance de cet effort. Le sujet, guidé par le désir de parvenir à son objectif est ainsi plus performant que celui qui n'a pas d'objectif.

Pour ce qui est de la motivation par le sentiment de se sentir compétent, nous nous intéressons au regard que l'individu porte sur sa propre performance, son efficacité et donc la façon dont il régulera seul l'intensité de sa motivation. BERUBE décrit l'auto-régulation comme « *la capacité basée sur l'analyse d'une situation, l'auto-critique par rapport aux erreurs, la flexibilité cognitive et motrice, le maintien ou la persistance de l'action jusqu'à son terme, la résistance à la distraction et la capacité d'effectuer les changements nécessaires en cours de route.* »⁷¹

Toujours dans une optique d'auto-gestion de la motivation, BANDURA, quant à lui, décrit l'auto-efficacité comme telle en 2003 : « *l'efficacité personnelle perçue concerne la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités. [...] Elle concerne les évaluations par l'individu de ses aptitudes personnelles. [...] Cependant elle n'est pas une mesure des aptitudes d'une personne mais une croyance relative à ce qu'elle peut faire dans diverses situations, quelles que soient ses aptitudes....* »⁷²

Selon ces théories, l'individu auto-ajuste donc sa motivation tout au long de l'objectif qu'il s'est fixé (ou qui est celui fixé par l'autre) selon l'image qu'il a de lui-même et le sentiment qu'il a d'être compétent et légitime dans son action.

Nous disposons à ce stade de notre recherche de plusieurs pistes issues de la psychologie pour comprendre pourquoi certains professionnels sont plus motivés que d'autres. Voyons désormais ce que les neurosciences peuvent nous apporter comme éclairage complémentaire.

2. Les Neurosciences et la motivation

Là encore, nous nous intéressons aux écrits de FRADIN et LE MOULLEC, tous deux psycho-praticiens dans le domaine neuroscientifique. Selon eux la motivation est cyclique, nous ne pouvons pas être motivés en permanence, cela reviendrait à dire que nous ne le

⁷¹ BERUBE, L., *Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement*, Edition de la Chenelière, 1991, p.23.

⁷² BANDURA, A., *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle*, Editions Boeck, 2003, p.16.

sommes jamais : « Car la vie maintient ses constantes intérieures dans un univers mouvant. Et l'articulation entre les deux (de la pulsion, l'émotion, la motivation ou la réflexion jusqu'à l'action) est également fluctuante. Pourquoi ? Tout simplement parce que le principe de vie est fait de cycles ou de régulations oscillantes autour d'une valeur moyenne, le point de consigne, entre ordre et désordre, plaisir et douleur, satiété et manque... L'homéostasie stricte n'existe pas. »⁷³

Toujours selon ces auteurs, la motivation est plurielle, elle dépend des sujets auxquels nous portons spontanément de l'intérêt : « Nous n'avons pas une mais des motivations. Et, bien sûr, il n'est pas toujours facile ou possible de satisfaire toutes ces motivations en même temps ou de toujours accéder à un certain équilibre... [...]. En fait, nous pouvons comparer la motivation à la combustion. Pour qu'il y ait combustion (motivation), il faut qu'il y ait un comburant (ce que nous appelons un contenant, c'est-à-dire un mode de fonctionnement impliquant certaines structures cérébrales, ici la personnalité), un combustible (un contenu = l'activité) ainsi qu'une énergie d'activation nécessaire au démarrage de la combustion (que l'on pourrait nommer, dans le cas de la motivation, enthousiasme, ressort, confiance, encouragement...). La combustion (motivation) ne peut avoir lieu que si le comburant (la personnalité) se combine avec le combustible (l'activité) sous l'effet d'une énergie initiale (confiance ou encouragement par exemple). [...] Par la suite cette énergie se dégage d'elle-même au fur et à mesure du développement de la motivation, et plus particulièrement de l'adéquation contenant-contenu (personnalité- activité ou «comment je fais» «ce que je fais»). »⁷⁴

Les neurosciences centrent leurs hypothèses sur l'investissement de l'individu et ses capacités à se connaître pour gérer sa motivation ; elle définit donc 5 facteurs de motivations sur lesquels il est possible d'influer. Deux facteurs indirects et trois directs, nous ne ferons que citer les deux premiers, jugés par les auteurs comme peu persistants dans le temps, mais expliciterons davantage les trois suivants, qui conditionnent la satisfaction de l'individu de façon durable.

⁷³ FRADIN, J., LE MOULLENC, F., *Manager selon les personnalités, les neurosciences au service de la motivation*, Edition EYROLLES, 2006, p.24.

⁷⁴ FRADIN, J., LE MOULLENC, F., (2006), *op-cit.*, p.28.

Les facteurs indirects sont la rémunération et la reconnaissance : ceux-ci sont transitoires, de compensation et limitent l'autonomie des personnes qui en bénéficient car ils les rendent dépendants d'elles pour agir, et brident donc leurs initiatives. Par exemple une augmentation de salaire ou un changement de statut social.

« Trois sont des facteurs directs, car liés à l'activité elle-même et permettant à l'individu de se mobiliser par lui-même :

- *La motivation personnelle : plaisir intrinsèque à l'action considérée, recrutée au sein de la structure de personnalité ;*
- *L'implication individuelle : favorisée par le juste équilibre entre pouvoir et responsabilité, la diversité des tâches, la formation continue, et sollicitée à travers les ressources néocorticales préfrontales de la personne ;*
- *L'implication collective : favorisée par la promotion de l'esprit d'équipe, le partage de valeurs, et de buts communs, l'information et la communication, et sollicitée, là aussi, à travers les ressources néocorticales préfrontales de la personne. [...]*

Plus ces trois facteurs sont élevés, plus il y a épanouissement professionnel, motivation profonde et durable, gain d'efficacité, gain de fiabilité, amélioration du relationnel et de l'esprit d'équipe, réduction du risques de conflits [...].»⁷⁵

Les trois facteurs qui génèrent la motivation la plus efficace prennent donc leur origine dans l'individu lui-même, et ne sont pas sans rappeler les stratégies d'adaptation neuroscientifiques de gestion du stress, abordées dans le précédent concept. C'est là l'orientation que nous souhaitons donner à notre recherche. La lecture de ces ouvrages nous a permis de montrer les inégalités qui peuvent exister dans notre motivation, d'un jour à un autre, d'un sujet à un autre, d'une personnalité à une autre. L'IDE en bloc souhaitant se spécialiser est motivé à le faire, tout comme l'IBODE en poste a un rôle à jouer dans sa motivation et celles des autres. Partant de ce postulat, il semble donc primordial de bien se connaître pour pouvoir agir sur sa motivation et générer du plaisir au travail. Voyons désormais ce en quoi cela consiste.

⁷⁵ FRADIN, J., LE MOULLENC, F., (2006), *op-cit.*, p.186.

3.L'épanouissement professionnel

« *Choisis un métier que tu aimes et tu ne travailleras pas un seul jour de ta vie* » disait CONFUCIUS. Sur la base de 35 heures de travail hebdomadaire, nous estimons que nous passons le tiers de notre vie sur notre lieu de travail, nous sommes donc amenés à nous interroger sur l'épanouissement et le plaisir que suscite notre emploi, pourtant générateur de stress. D'après les statistiques de 2017 de BOYER F., conférencier dans le domaine du management d'entreprise, « *le principal motif de départ est l'absence de bien-être (35%), loin devant l'insatisfaction du salaire .*»⁷⁶ Il convient donc de définir ces sources de plaisir au travail, génératrices d'épanouissement :

« *Il importe de différencier les facteurs qui limitent la souffrance (conditions de travail, entreprise) de ceux qui augmentent le plaisir (contenu de l'activité, collaboration). [...] Les facteurs relatifs aux conditions de travail (salaire, cadre de travail...) augmentent la satisfaction (ou réduisent l'insatisfaction mais sont très rarement cités comme source de plaisir ; les facteurs relatifs à l'entreprise (stratégie, valeurs...) agissent sur la motivation mais ne semblent pas avoir d'impact direct sur le plaisir [...]. La principale source du plaisir au travail est liée aux ressentis provoqués par les missions confiées et la manière de les réaliser. Vient ensuite la relation professionnelle qui s'exprime généralement par la convivialité, l'ambiance, la saine et riche collaboration, [...], entre les collègues.* »⁷⁷

À la lecture de cet ouvrage sur le plaisir au travail, la notion essentielle qui se dégage est que l'épanouissement est fonction de la vision que nous avons de nous-même et des interactions que nous développons avec les autres. Chacun est maître de son épanouissement, les motivations intrinsèques le conditionnent, et notre réussite dépend, entre autre, du contrôle que nous voulons avoir sur elle. SCHUTZ, psychologue en développement de dynamiques de groupe au sein des entreprises, développe le concept de l'élément humain, qui part du postulat qu'un individu ne peut fonctionner en groupe que s'il est en accord avec lui-même, ainsi le sujet qui pense que « *Ce serait ridicule de m'apprécier si personne d'autre ne le fait* »⁷⁸, doit il impérativement retrouver une estime de lui satisfaisante afin de fonctionner

⁷⁶ BOYER, F., *Le plaisir au travail, du savoir-faire à l'aimer-faire*, Edition EYROLLES, Mai 2018, p.24.

⁷⁷ *Ibid*, p.35.

⁷⁸ SCHUTZ, W., *L'élément humain*, Collection accompagnement et coaching, Inter Edition, Avril 2018, p.120.

en entreprise : « *l'estime de soi est la foi consciente et inconsciente. Elle commence dans l'enfance et se développe lorsque je crée mon concept de soi en internalisant ou en rejetant des messages exprimés par mes parents et d'autres personnes à mon égard, et à partir de mes propres expériences de ce que je peux faire ou non et de ce que je suis ou non. Je me compare aux autres ou à un idéal du genre de personne que je souhaite être, ou encore aux définitions des autres d'un idéal. [...] Je manifeste une estime de soi élevée en étant flexible, capable de m'exprimer pleinement, et en étant responsable de moi. Mes perceptions sont exactes, et j'ai appris à rendre consciente toutes mes réactions.* »⁷⁹

Pour conclure ce cadre conceptuel, visualisons quelles en furent les charnières : tout d'abord nous avons abordé les théories psychologiques du stress et de la motivation. Au fil de l'évolution des concepts et des auteurs, nous avons poursuivi avec les théories neuroscientifiques dans ces deux domaines et avons terminé par décrire l'épanouissement professionnel. Nous nous sommes attachés à chaque fois à souligner les éléments sur lesquels nous pouvons agir par nous-même, en vue de parvenir à l'épanouissement professionnel.

Le bloc opératoire est préférentiellement organisé autour de la chirurgie programmée, mais les situations d'urgences, d'imprévis et de stress n'y sont pas rares. Les acteurs y évoluent, IDE et IBODE, avec des comportements motivationnels très variables à l'égard de ces stresseurs. Dans ce contexte, nous nous demandons si le fait que certains professionnels aient reçu une formation complémentaire au diplôme d'infirmier, en allant à l'école d'IBODE, (alors que rien ne les y oblige puisqu'il est possible d'exercer en bloc en tant qu'infirmier non spécialisé), peut influencer leur gestion du stress, leur degré de motivation, ou encore leur épanouissement. Malgré l'apport de nos lectures, seule la consultation des professionnels de terrains nous permettra d'avancer dans notre recherche. Nous émettons l'hypothèse suivante :

De par sa formation, l'IBODE développe des stratégies d'adaptation au contexte d'urgence, favorisant sa motivation et son épanouissement.

⁷⁹ SCHUTZ, W., (2018), *op-cit.*, p.118.

IV. L'ENQUÊTE : MÉTHODOLOGIE

1. LE CHOIX DE L'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Nous avons dans un premier temps analysé la direction que nous souhaitons prendre concernant notre outil d'enquête. Avec des thèmes aussi subjectifs que le stress aigu de l'urgence, les stratégies d'adaptation, la motivation, il nous a semblé plus judicieux de choisir l'entretien semi-directif. En effet nous ne nous attendons pas à obtenir des données quantitatives mais qualitatives. Notre grille d'entretien est composée de 5 thèmes, chacun contenant une à quatre questions, avec chaque fois une à deux questions de relance. Dans la mesure où nous attendons des données portant sur l'expérience et le ressenti, nos questions sont exclusivement ouvertes pour une liberté de parole. Nous démarrons par une question autour du cadre de travail afin de se mettre en confiance l'un et l'autre (interviewé et intervieweur) puis nous balayons les thèmes du plus large au plus précis. Notre outil a été testé auprès d'une IBODE et de deux étudiants IBODE, dans un souci d'en vérifier la clarté et la compréhension. Après quoi quelques réajustements ont été effectués.

2. LE CHOIX DE LA POPULATION ET DU TERRAIN

Notre objectif est de comparer les différences d'adaptation au stress, les différences dans la motivation face au stress, ce qui caractérise l'épanouissement professionnel pour chacun et en quoi leur formation IDE ou IBODE les a influencé. Dans cette optique, nous avons réalisé la moitié des entretiens auprès d'IDE, l'autre moitié auprès d'IBODE, venant d'équipes qui intercalent les urgences dans leur programme opératoire (6) et d'équipes dédiées (2). Afin de rendre cette recherche la plus impartiale possible nous avons fait le choix d'interroger des professionnels du secteur public universitaire (4), d'hôpital périphérique (2), et de clinique (2). Nous avons donc réalisé huit entretiens semi-directifs.

3. LE PROTOCOLE DE RECUEIL DES DONNEES

Après avoir obtenu l'accord des établissements de santé, nous avons pris rendez-vous avec les professionnels de terrain, puis sommes convenus du lieu adéquat. Notre souhait était que ces entretiens se déroulent autant que possible dans les blocs afin de déranger les professionnels à minima. Un écriteau « ne pas déranger » était installé sur la porte du bureau choisi et tous les entretiens ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone. Chacun d'eux s'est déroulé selon la même chronologie : d'abord nous nous présentions, puis nous présentions notre recherche, nos thèmes, le choix de notre outil d'enquête, et le cadre de

cette étude : respect du volontariat, de l’anonymat et de la confidentialité, respect des temps de silence, aucun jugement de valeur porté à l’égard de l’interviewé. Nous énumérons ensuite les thèmes abordés, expliquant que les premières questions seraient très générales et impersonnelles puis de plus en plus centrées sur le ressenti et les émotions. Nous avons ainsi pu établir une relation de confiance. Ces entretiens duraient en moyenne une demi-heure.

V. ANALYSE DU CONTENU

1. ÉTUDE DESCRIPTIVE

	NOMBRE DE MOTS	NOMBRE DE LIGNES	DURÉE ENTRETIENS	PROFESSIONNEL
ENTRETIEN 1	1225	76	8’48	IDE PUBLIC PÉRIPHERIE
ENTRETIEN 2	1328	80	9’03	IBODE PUBLIC PÉRIPHERIE
ENTRETIEN 3	678	45	6’53	IDE PRIVÉ
ENTRETIEN 4	583	41	9’04	IBODE PRIVÉ
ENTRETIEN 5	997	61	10’09	IDE PUBLIC CHU BLOC D’URGENCE
ENTRETIEN 6	1134	71	11’16	IBODE PUBLIC CHU BLOC D’URGENCE
ENTRETIEN 7	636	83	6’19	IDE PUBLIC CHU BLOC PROGRAMME
ENTRETIEN 8	631	43	7’31	IBODE PUBLIC CHU BLOC PROGRAMME

Figure 1 : Propriétés des entretiens

Ce tableau récapitule le contenu quantitatif de chacun de ces entretiens. Le temps moyen de parole était de près de 9 minutes, les réponses étaient brèves et sans hésitation, il y eu très peu de temps de silence, de réflexion, et le nombre moyens de mots prononcés est de 900.

Premier thème : le parcours professionnel

Commençons par l’analyse du premier thème, notre but ici était de cibler qualitativement la population interrogée, IBODE ou IDE, leur ancienneté et le nombre de spécialités rencontrées au cours de leur carrière :

	ANCIENNETÉ EN BLOC	SPECIALITÉS RENCONTRÉES
E ⁸⁰ . IDE 1	6	4
E. IDE 2	2	4
E. IDE 3	7	7
E. IDE 4	11	4
MOYENNE	6,5	4,75

Figure 2 : Ancienneté et polyvalence des IDE

	ANCIENNETÉ EN BLOC	SPECIALITÉS RENCONTRÉES
E. IBODE 1	8	7
E. IBODE 2	23	3
E. IBODE 3	24	10
E. IBODE 4	21	5
MOYENNE	19	6,25

Figure 3 : Ancienneté et polyvalence des IBODE

Nous constatons que les IBODE ont d'avantage d'années passées dans les blocs opératoires et de spécialités rencontrées que les IDE, en moyenne. Pour rappel, nous avons interrogé autant d'IBODE que d'IDE, observons leur répartition en fonction de leur lieu d'exercice :

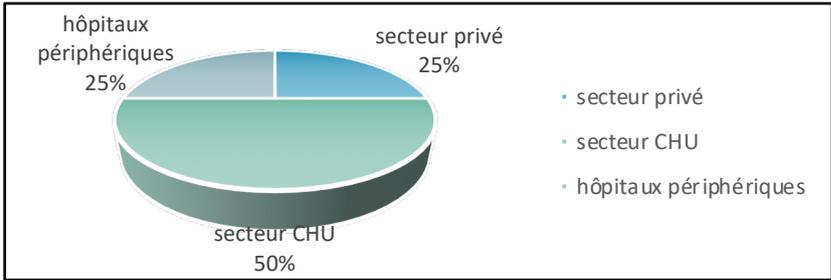


Figure 4 : Répartition des interrogés selon leurs lieux d'exercice

Ces choix nous serviront à établir ou non un lien entre ces données (diplôme, ancienneté, polyvalence) et la capacité de convertir le stress de l'urgence en motivation et en épanouissement professionnel.

2. ÉTUDE EXPLICATIVE

Deuxième thème : l'urgence et le stress

Nous avons cherché à connaître la fréquence et les conditions dans lesquelles les interrogés sont confrontés à l'urgence, ainsi que les modifications dans leur comportement que le stress de l'urgence suscite. Il nous semblait par ailleurs important de connaître la façon dont ils ont été formés à l'urgence et leur ressenti à ce sujet.

⁸⁰ E. : lire partout entretien.

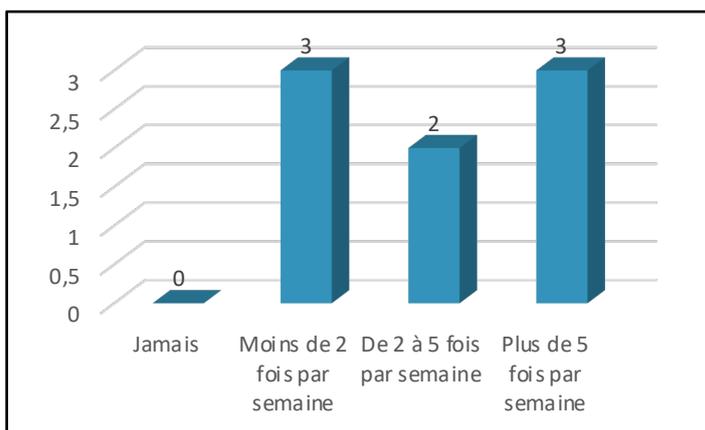


Figure 5 : Récurrence de confrontation à l'urgence

Sur l'effectif que représente notre échantillon nous constatons qu'il n'y a aucun bloc qui ne se trouve pas confronté à l'urgence. Tous à des récurrences différentes.

Après analyse des entretiens sur cette thématique nous distinguons deux types de situations :

- des blocs possédant des salles dédiées avec personnel en poste, jour et nuit ;
- des blocs lissant leurs urgences, en les intercalant dans le programme opératoire pour les urgences absolues, et en traitant les urgences relatives en fin de programme (en ayant éventuellement recours au personnel d'astreinte). C'est cette seconde modalité qui est dominante avec 6 personnes procédant ainsi sur les 8 interrogées.

Concernant les modifications de comportement à l'annonce de l'urgence nous parlerons tout d'abord des réponses qui ont fait l'unanimité : toutes les personnes interrogées ont différencié la prise en charge de l'urgence absolue de la relative, et concernant cette dernière, aucune modification de comportement n'a été signalé, elle ne crée pas plus de stress que la chirurgie programmée, seulement de la désorganisation et « *E.IDE 4. ça génère beaucoup de frustration* » pour deux d'entre elles. Par ailleurs toutes ont parlé de l'effort de concentration et d'organisation que cela leur demande, toute urgence confondue, efforts qu'elles jugent nécessaires. Les termes « hiérarchiser » et « prioriser » ont été utilisés 5 fois pour l'un et 4 fois pour l'autre, sur l'ensemble des entretiens. C'est très représentatif. Il n'y a pas eu sur ce thème de discours propre au groupe des IBODE ou au groupe des IDE. Les éléments qui diffèrent concernent l'urgence absolue. Voici un tableau des éléments mentionnés qui minorent ou majorent le stress et leur récurrence d'un discours à l'autre :

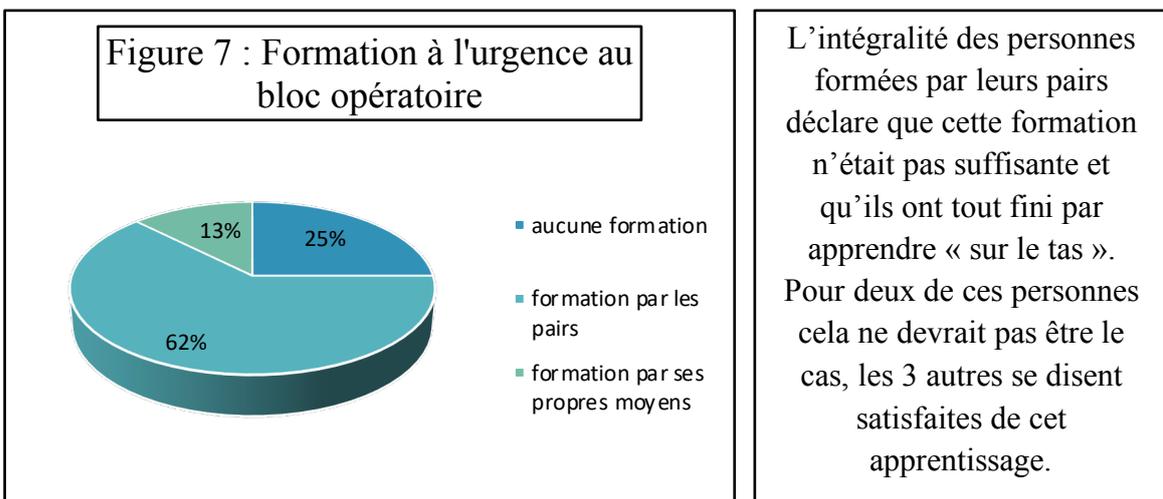
ÉLÉMENTS MINORANT LE STRESS	NOMBRE DE PERSONNE L'AYANT MENTIONNÉ
- Pouvoir compter sur les autres est essentiel	5
- Garder son calme	3
- Bien communiquer	2

ÉLÉMENTS MAJORANT LE STRESS	NOMBRE DE PERSONNE L'AYANT MENTIONNÉ
- Être seul (la nuit)	2
- Devoir changer de lieu (domicile ou programmé)	2
- Manquer de temps	2

Figure 6 : Facteurs favorisant ou diminuant le stress face à l'urgence.

Au niveau du vocabulaire employé, le mot « adrénaline » a été cité par 2 IBODE et 2 IDE durant les entretiens, et une autre IDE a utilisé l'expression « vidange des surrénales ». Ces tournures de phrases nous renvoient à notre concept de stress physiologique. Cela signifie qu'elles ont une certaine connaissance des mécanismes du stress physiologique.

Le dernier item de ce thème concernait la formation à l'urgence en bloc opératoire. Seules les IDE ont fait mention de l'AFGSU⁸¹ reçue au décours de leur formation en IFSI, et pour ce qui est d'une formation plus spécifique au bloc opératoire voici les résultats :

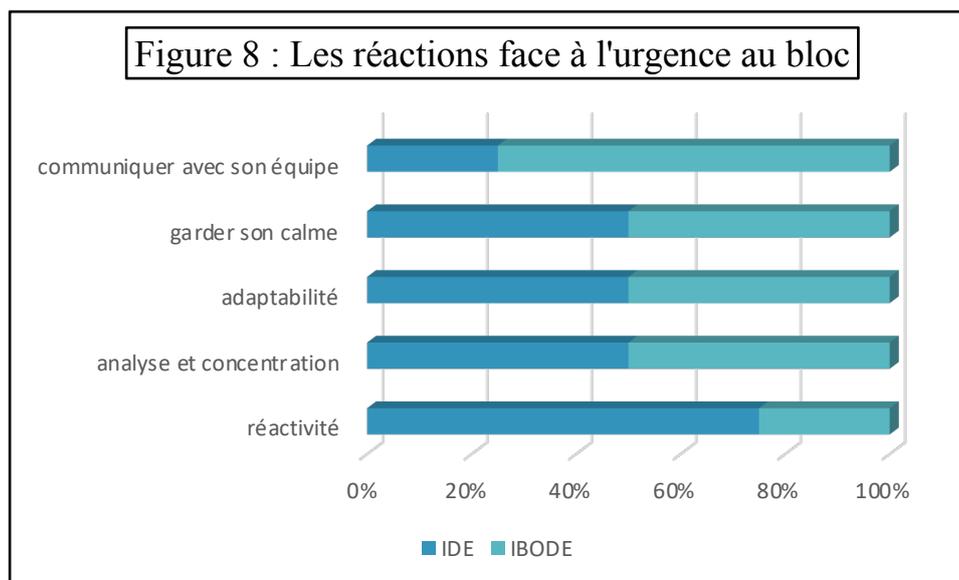


Troisième thème : l'adaptation à l'urgence

Notre but est d'établir des similitudes ou des divergences entre les réactions des IBODE et celles des IDE confrontées à des situations de stress similaires.

Voici le diagramme regroupant les réponses au moins citées par deux personnes de chaque corps de métier :

⁸¹ AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences.



Nous constatons que les deux groupes interrogés tombent tout à fait d'accord sur l'importance de l'adaptabilité : *« j'adapte ma préparation en fonction du patient, du matériel, il faut de l'adaptation pour tout changer si besoin »* E. IDE 1, *« je peux tout changer hyper facilement, j'ai aucun problème à tout chambouler »* E. IDE 3, *« faut s'adapter, si c'est toi l'instrumentiste tu te prépares pas mentalement pareil que si tu circules »* E. IBODE 1 et l'importance de l'analyse et de la concentration : *« Je fais le bilan dans ma tête, je mobilise ma mémoire et mes connaissances, j'analyse pour reprendre les bonnes pratiques dans la spécialité demandée »* E. IBODE 4, *« je déroule dans ma tête les priorités »* E. IDE 3 ainsi que le fait de garder son calme, mentionné par 3 IDE et 3 IBODE.

Deux comportements différencient les IBODE et les IDE : il est plus important pour les IDE d'être réactif et d'agir vite *« on bosse comme il faut si c'est pris à temps »* E. IDE 2, là où les IBODE privilégient d'avantage un comportement favorisant la communication avec leur équipe *« aller à la pêche aux informations, communiquer avec l'anesthésiste qui a peut-être d'autres infos pour compléter, et souvent au fur et à mesure on dédramatise les choses et donc on priorise »* E. IBODE 3 *« j'essaye d'être à l'écoute de tout ce qui se passe et j'essaye de communiquer car s'il y a quelque chose que je ne comprends pas, je me permets de demander pour être sûre qu'on soit tous d'accord sur la marche à suivre et pour pouvoir réagir »* E. IBODE 1.

Parlons maintenant des ressources que les soignantes identifient comme étant les leurs, quand celles-ci sont confrontées au stress de l'urgence.

Après recensement des diverses réponses, nous avons pu dégager 4 ressources récurrentes dans les discours des IDE et IBODE interrogées, face au stress de l'urgence :

- L'équipe,
- L'expérience,
- L'anticipation, l'organisation, le fait d'hierarchiser les priorités,
- La communication.

C'est **l'équipe** qui est la ressource la plus citée par nos interviewés, mentionnée par 3 IBODE et 3 IDE, certaines sur un versant très positif, comme facteur favorisant la gestion du stress : « *je pense que c'est mon équipe qui m'aide à gérer le stress.* » E. IDE 3 L.58, « *C'est grâce à l'équipe qu'on arrive à avancer* » E. IBODE 3 L.71, « *Faut avoir une bonne équipe, une avec laquelle tu peux communiquer, briefer et debriefer* » E. IBODE 4 L.37 ; d'autres sur un versant plus pondéré : « *quand c'est des chir que j'estime je fais en sorte que ça se passe le mieux possible* » E. IBODE 2 L.28, voire comme facteur diminuant la satisfaction d'avoir su gérer l'urgence : « *si tu as fait ton job, tu as beau gérer, si à coté ça suit pas...* » E. IDE 2 L. 29. Nous notons le lien à faire avec notre cadre conceptuel sur les mécanismes de défense. En effet nous reconnaissons bien là la capacité de recours à autrui, la recherche d'aide ou de soutien, ainsi que l'implication collective comme facteur direct de motivation selon les théories neuroscientifiques de FRADIN et LE MOULLEC. Ce sont ces mêmes personnes satisfaites de leur équipe qui se disent motivées et épanouies au travail, les théories neuroscientifiques de la motivation se vérifient donc même au bloc opératoire.

Dans l'ordre, **l'expérience** est la seconde ressource, citée par une IDE et par toutes les IBODE : « *c'est l'expérience qui fait qu'on est de plus en plus à l'aise quand on nous annonce une urgence* » E. IDE 1 L.51, « *mon expérience fait que tout ce que j'ai appris et toutes les erreurs que j'aurais pu commettre m'ont servi de leçon pour gérer l'urgence* » E. IBODE 1 L.52, « *je n'ai pas toujours su bien gérer, en début de carrière je stressais beaucoup, avec l'expérience ça va mieux* » E. IBODE 4 L.35. Ce qui nous renvoie à l'approche transactionnelle du stress de GRAZIANI. En effet chacune des IBODE et une IDE ont réussi à interagir avec leur stress, à l'appivoiser pour le maîtriser, et apprendre à le gérer. Nous constatons que les IBODE semblent plus nombreuses à effectuer cette gymnastique d'apprentissage de leur stress.

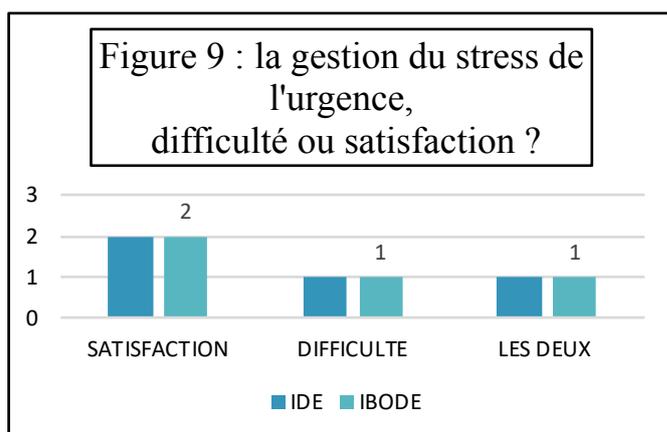
Par la suite, **l'anticipation, la hiérarchisation des priorités et l'organisation** sont des mots souvent revenus lors des entretiens, cités par deux IBODE et deux IDE « *j'anticipe sur mes manques* » E. IDE 3 L.36 « *Bien planifier les actions à entreprendre ... Faire les liens, investiguer, hiérarchiser, c'est ce que je préfère* » E. IBODE 3 L. 30. Cette fois encore cela n'est pas sans rappeler le Mode Mental Préfrontal de FRADIN avec son utilisation de la réflexion logique, en faisant appel à la rationalité de ses connaissances pour se défendre face au stress.

Enfin concernant **la communication**, elle semble jouer un rôle très important aux yeux des IBODE qui ont été 3 sur 4 à la mentionner, là où une seule IDE en a parlé : « *même si on me répond mal c'est pas grave c'est une situation d'urgence il faut être sûr que tout le monde se comprenne, quitte à être mal vue* » E. IBODE 1 L.47, « *j'écoute ce qu'on me dit, je pose des questions aux personnes directement concernées (anesth, chir) en évitant les intermédiaires. [...] je partage les infos avec les gens tout autour [...] faut se parler et s'écouter. [...] je deviens hyper silencieuse, à l'écoute, et je dis à haute voix tout ce que je fais, en regardant si les autres personnes en salle m'ont entendu les dire. [...] Je communique bien avec mon équipe donc j'anticipe sur mes manques et je demande direct à mes collègues comment ils feraient eux.* » E. IDE 3 L. 10-20 puis L.35. « *il faut une équipe avec laquelle tu peux communiquer, briefer et debriefer* » E. IBODE 4 L.37. Nous n'avons parlé à aucun moment dans nos concepts de communication, cela représente une satisfaction pour nous qu'elle ait pu être citée et nous donne matière à ouvrir notre recherche sur d'autres concepts.

Par ailleurs nous nous devons de mentionner les ressources alternatives citées, même si celles-ci ont été plus singulières : une IBODE nous a décrit le travail qu'elle a réalisé sur elle-même, voyant que malgré son diplôme d'IBODE elle continuait à être parasitée par son stress face à l'urgence. « *J'ai fait un travail sur moi avec de l'hypnose, de la sophrologie, j'ai renforcé ma confiance en moi, pour que le stress ne soit pas un barrage qui me bloque. À mes débuts, je ne prenais pas forcément les bonnes décisions, je n'osais pas, alors qu'en fait j'aurais dû avoir confiance en moi... aujourd'hui j'arrive à le faire mieux qu'au début, grâce à ce travail que j'ai fait sur moi-même.* » E. IBODE 1 L.53-58. Ce mot « *confiance en soi* » a été répété à plusieurs reprises par les IBODE, nous y reviendrons lorsque nous aborderons le dernier thème, la formation. Mais il est intéressant de souligner cette volonté, issue d'un des professionnels, de parvenir à gérer son stress par lui-même, face à une

difficulté lui semblant insurmontable. Cette IBODE a mobilisé des stratégies telles que l’auto-observation, l’introspection, la recherche de solution issues de la psychanalyse ainsi que la curiosité sensorielle des neurosciences pour se tourner vers d’autres horizons.

Nous terminerons l’étude de ce thème consacré aux stratégies d’adaptation à l’urgence par un diagramme illustrant les réponses des professionnels à la question concernant leur ressenti vis-à-vis de leur gestion du stress.



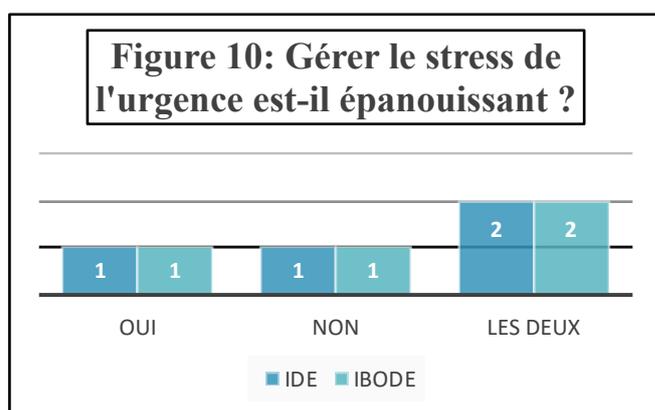
Nous constatons une parfaite égalité entre les IBODE et les IDE qui ressentent de la satisfaction, de la difficulté, ou les deux, lorsqu’elles doivent gérer leur stress face à l’urgence.

Avec parfois des témoignages d’un réel désir de basculer dans la satisfaction : « *j’aimerais pouvoir prendre les choses plus cool mais je m’agite, j’y arrive pas, ça m’agace.* » E. IBODE 2 L.25. Ou, plus étonnant, une meilleure gestion de l’urgence professionnelle que celle en dehors du travail : « *dans ma vie privée je le gère moins bien donc d’y parvenir dans ma vie professionnelle c’est clairement une satisfaction* » E. IDE 4 L.29. Et enfin une volonté de « conjurer le sort » : « *quelques fois ça peut être soit l’un, soit l’autre, quelques fois d’avoir réussi à vaincre certaines choses et à (silence) ... à être passée au-delà... quand c’est bien pour les patients... c’est super, et puis quelques fois c’est le contraire, et ça nous plombe le moral, on est des humains et on s’occupe d’humain faut pas l’oublier* ». E. IBODE 4 L.37.

Nous sommes donc tous différents dans nos approches du stress, dans sa gestion dans l’urgence, dans nos réactions, dans nos attitudes. Notre pyramide de satisfaction des besoins ressemble donc davantage à celle de d’ALDERFER qu’à celle de MASLOW, dans la mesure où nos attentes diffèrent aussi. Voyons ce qu’il en est pour le prochain thème, avant-dernier de cette analyse.

Quatrième thème : la motivation et l'épanouissement professionnel

Nous nous questionnons quant au degré de motivation que génère la gestion de l'urgence et la possibilité d'épanouissement suscité. Toutes les IBODE et IDE du secteur public (soit 6 professionnelles sur les 8 interrogées) ont répondu la même chose : prendre en charge l'urgence est vecteur de motivation, « *en général ça me booste, ça me change... je me trouve plus de ressource que ce que je croyais, ça me motive* » E. IDE 4 L.21. « *ça me donne envie d'avancer* » E. IBODE 1 L.63. « *Grâce à l'urgence, tous les jours je me mets des challenges, je me pose plein de questions et ça m'encourage à m'en poser plein d'autres.* » E. IDE 3 L.45. Nous repérons ici plusieurs types de motivation, toutes intrinsèques à l'individu, donc des plus efficaces : la motivation par le sentiment de se sentir compétent selon BANDURA, lorsque nous croyons en nous ; la motivation par pose d'objectifs selon LOCKE, lorsque nous nous mettons des challenges ; et la notion neuroscientifique de combustion, cet élan décrit par FRADIN qui par le biais de l'enthousiasme donne du ressort à la motivation. Notons que les deux professionnelles du secteur privé IDE et IBODE, ont le même discours l'une et l'autre « *l'urgence ne me dérange pas, mais je ne suis pas plus motivée quand c'est une urgence que quand c'est de la chirurgie programmée* » E. IDE 2 L.34 ; et à la question cela vous motive-t-il ?, l'IBODE a répondu « *pas vraiment* » E. IBODE 2 L.27. Cette non-satisfaction est décrite par HERZBERG comme n'étant pas suffisante pour générer de la motivation.

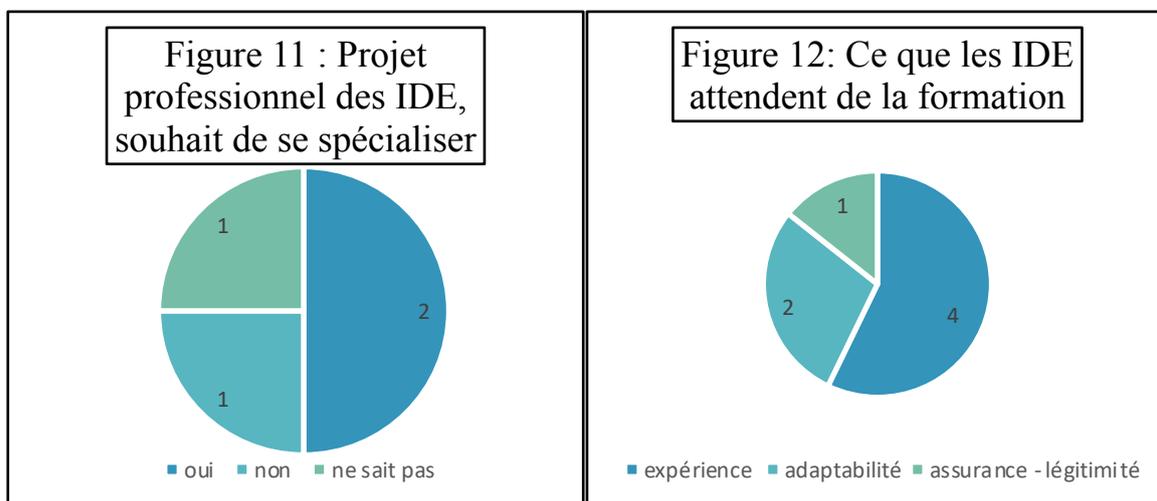


Concernant l'épanouissement, les discours sont plus pondérés, avec là encore une égalité parfaite entre IBODE et IDE :

Les IDE témoignant de leur épanouissement mentionnent la victoire que constitue la gestion de l'imprévu, comme une étape les faisant basculer de novice à autonome : « *on se sent gratifié, on a vraiment le sentiment d'être là pour nos malades, on leur parle, on les rassure, on les touche, on est au cœur de notre métier de soignant, et ça on peut y arriver que si on gère, et on est respecté pour ça* » E. IDE 3 L.49. « *Eh bien oui parce qu'on arrive à faire des choses qu'on ne pensait pas savoir faire, et on*

apprend tous les jours et quand on n'a pas de limite d'apprentissage au travail, qu'on ne s'ennuie pas alors on est plus épanoui » E. IBODE 3 L.51. La moitié de l'effectif total pondère son opinion en soulignant la reconnaissance, l'autonomie, la confiance en soi, la légitimité, mais sous conditions : « si ça désorganise toute une journée de travail on a l'impression de pas faire notre travail correctement et ça pour le coup ça crée beaucoup de frustration » E. IDE 4 L.37, « ça ne génère de l'épanouissement que si tu as des compétences au départ, si tu es sûr de toi alors ça va, si tu connais ton travail, oui ça peut être épanouissant par contre pour quelqu'un qui n'est pas formé ça doit susciter un stress monstrueux. » E. IBODE 4 L.32. Et ce sont ces compétences (dont parle l'IBODE 4) qui nous intéressent désormais, par le biais de notre dernier thème.

Cinquième thème : la formation et le projet professionnel :



Confrontons ces attentes aux ressentis des IBODE diplômées, rappelons que toutes ont plus de 3 ans de diplôme IBODE. Les 4 IBODE se sont accordées sur le gain en terme de confiance en soi, d'assurance et d'auto-estime, que leur ont apporté leur cursus de spécialisation. Par contre toutes l'attribuent à l'expérience des terrains de stage plus qu'aux temps passés à l'école. « j'en attendais beaucoup mais c'est plutôt l'expérience en stage qui m'a appris » E. IBODE 1 L.76, « en passant en stage à des endroits qui m'étaient inconnus... ça m'a appris surtout à sortir de mes sentiers battus, ça fait de l'expérience » E. IBODE 4 L.42, ainsi qu'au gain de reconnaissance grâce au diplôme « j'avais de la reconnaissance, on m'avait reconnue en tant que professionnelle donc les médicaux j'étais une référence pour eux. » E. IBODE 3 L.74 « comme on touche à toutes les spécialités en stage, ça donne de l'aplomb, de l'assurance » E. IBODE 2 L.37. En revanche, à la question « L'école vous

a-t-elle apporté des éléments d'adaptation face au stress de l'urgence ? » toutes ont eu le même discours, la même réaction et le même temps de silence. Toutes ont d'abord répondu NON, puis sont restées silencieuse, puis se sont reprises, « *non (silence) si, quand même ça a été très bien pour pouvoir m'ouvrir* » E. IBODE 3 L.58 ; « *non (silence) si, quand même j'ai vu beaucoup de choses* » E. IBODE 1 L.77. Nous avons trouvé ça très déstabilisant.

3. VALIDATION / INVALIDATION DE L'HYPOTHESE

Au regard de nos questionnements, certains éléments concrets émergent de cette analyse. Les infirmiers travaillant en bloc, spécialisés ou non, sont confrontés à l'urgence et la gèrent du mieux possible. Tous témoignent d'une réelle implication avec pour objectif principal l'intérêt du patient. IDE et IBODE ont en commun leurs réactions face à l'urgence, les facteurs majorant et minorant le stress sont les mêmes chez ces deux groupes, tout comme certaines de leurs réactions : garder son calme, être adaptable et concentré. Une réaction diffère cependant : pour les IDE, la stratégie la plus commune est d'aller vite et de se dépêcher, là où les IBODE privilégient la communication, la compréhension et la prise de recul. Concernant leurs ressources, « l'équipe » et « l'anticipation/organisation », sont primordiales pour les deux groupes, seules diffèrent « l'expérience » et « la communication », citées uniquement par les IBODE et une seule IDE. Par ailleurs, seules les IBODE de notre échantillon ont témoigné un intérêt porté vers des ressources alternatives, propres à elles-mêmes : la méditation, l'hypnose, la sophrologie, le recours au sport, au yoga et aux formations de développement personnel. Concernant la satisfaction et l'épanouissement, là encore nous parvenons à une égalité parfaite entre IDE et IBODE dont la moitié est convaincue et l'autre non. En revanche concernant la motivation toutes les IDE et IBODE du secteur public assurent trouver l'urgence motivante et enrichissante pour la curiosité intellectuelle suscitée et la fierté qu'elles en retirent. L'IBODE et l'IDE du secteur privé disent quant à elles obtenir autant de satisfaction dans la gestion de l'urgence que dans celle de la chirurgie programmée. Nous parvenons à valider notre hypothèse grâce au dernier thème concernant la formation et le projet professionnel de nos interviewés. Les attentes des IDE souhaitant partir à l'école concernent le gain en terme d'assurance, d'expérience et de légitimité, l'une d'entre elle dit beaucoup s'appuyer sur ses collègues IBODE lorsqu'elle est dans le doute, et manifeste son souhait de devenir à son tour, après avoir fait l'école d'IBODE, « *être une de ces personnes sur lesquelles on s'appuie quand on doute* » E. IDE 2 L.68.

Quand nous confrontons ces attentes avec le ressenti des IBODE, toutes ont d'abord parlé de l'expérience comme seul facteur les ayant aidé à mieux appréhender leur stress et à générer ainsi de la motivation et de l'épanouissement face à l'urgence. Puis après un temps de silence toutes ont admis que c'est le passage à l'école et en stage qui a eu ce rôle-là, de générateur d'expérience. Nous pouvons donc dire que nous validons notre hypothèse.

4. LES LIMITES DE LA RECHERCHE

Les limites dans notre recherche sont nombreuses dans la mesure où nous nous sommes interrogé sur des données qualitatives parfois abstraites, des ressentis, des comportements, des auto-analyses, et nous savons combien les biais auraient été plus faibles avec une étude quantitatives utilisant des données plus chiffrées. Nous en avons conscience dès le début de cette recherche mais nos thématiques ne se prêtaient pas à une étude quantitative.

Par ailleurs certaines données neuroscientifiques que nous avons abordé dans notre cadre conceptuel sont très récentes et nous avons de ce fait, pris le risque qu'elles ne soient pas encore connues et reconnues par nos lecteurs.

Le biais le plus important que nous constatons est la faible représentativité de notre échantillon d'enquête. En effet, pour avoir les résultats les plus fiables possibles, il nous aurait fallu nous entretenir avec un panel d'IDE exerçant en bloc opératoire ayant une ancienneté supérieure à 10, 15, ou 20 ans, pour pouvoir faire la différence entre un IDE expert dans son service et un IBODE récemment affecté à ce service par exemple, ou encore entre un IBODE n'ayant exercé que dans une seule spécialité toute sa carrière durant et un IDE polyvalent. Notre hypothèse ne s'avère validée que dans la mesure où les IBODE considèrent leur passage à l'école comme vecteur d'expérience, mais alors est-ce réellement la formation ou l'expérience qui les a aidé à gérer le stress de l'urgence ? Il y avait trop de paramètres à prendre en compte dans cette étude et nous avons le sentiment que nos résultats auraient été différents si l'échantillon choisi avait été plus conséquent. Il nous semble avoir interrogé des thématiques très individuelles, et pas forcément imputables à une population de soignants plutôt qu'une autre.

Enfin, le dernier biais que nous soulignerons est celui propre à l'intervieweur, qui, par sa présence, suscite une réaction à son arrivée pour réaliser l'entretien et qui, par sa posture et la façon dont il introduit sa recherche, influence l'entretien avant même de l'avoir réalisé.

5. PROPOSITIONS

Au vu des résultats de ma recherche, il me semble primordial de souligner l'utilité de certains outils à mettre à la disposition des soignants qui veulent apprendre (ou poursuivre un apprentissage) la gestion de leur stress face à l'urgence. Puisque ma recherche nous révèle que c'est par l'expérience et le recours à l'équipe que le stress diminue, j'ai axé mes pistes d'améliorations sur le partage de cette expérience.

- La gestion du stress de l'urgence et les stratégies d'adaptation à ce stress pourraient être enseignées dans le cadre du droit individuel à la formation, que ce soit pour les IDE ou dans la cadre de la formation IBODE. Avec des notions théoriques comme décrites dans mon cadre conceptuel ou avec des outils plus concrets et utilisables partout et par tous, comme l'échelle d'évaluation des modes mentaux EEMM du docteur FRADIN, qui permet une auto-évaluation des axes à améliorer pour mieux s'adapter à son stress. Ces outils, indépendamment de toute formation, pourraient se voir rester au bloc opératoire, dans la bibliothèque dédiée aux documents de chirurgie.
- Certains soignants dans les blocs pourraient être désignés comme « référent/expert urgence » et auraient la mission de préparer les autres IDE et IBODE en anticipant à priori, les différents types d'urgences, telle une check-list d'étapes à réaliser dans l'ordre. Cet expert pourrait avoir du temps dédié à cet enseignement dans les blocs sous la forme de formation par les pairs.
- Des simulations pourraient venir étayer les conseils théoriques reçu précédemment par la mise en place d'atelier type « table blanche » ou « préparation de matériel, d'appuis, de DM ».
- Il est important à mon sens de promouvoir le passage par l'école d'IBODE, la spécialisation, pour gagner en expérience par la théorie et la confrontation aux situations d'urgences dans d'autres services.
- Faire preuve de bienveillance et d'empathie reste selon moi le pivot pour encourager les professionnels qui se disent en difficulté face à l'urgence, à réaliser un travail sur eux-mêmes, à avoir recours à l'hypnose, la méditation, le sport. Il faut cependant être vigilant à ne pas laisser un professionnel en difficulté seul face à son stress et ne pas lui proposer cette alternative sans avoir débriefé avec lui auparavant des circonstances de ses difficultés. Pédagogie et diplomatie doivent toujours cohabiter.

CONCLUSION

Là où le professionnel de secteur exerce souvent seul auprès d'une quinzaine de patients, le professionnel de bloc opératoire collabore avec plus de six corps de métiers différents simultanément, pour prendre soin d'un seul patient. Nous pourrions être tenté de penser que cela divise par ce nombre le stress ressenti lors des prises en charge de l'urgence, mais il n'en est rien. L'urgence a cela de particulier qu'elle ne prévient pas, elle laisse donc le professionnel seul face à son stress, avec lequel il doit cohabiter, sans délai, pour pouvoir exercer. La rigueur requise par l'exercice en bloc opératoire majore ce stress et force à mobiliser, même en dehors de tout contexte d'urgence, des stratégies de gestion du stress importantes.

Par le biais de notre étude, nous avons tenté de savoir si de par sa formation, l'IBODE est capable de mieux gérer le stress de l'urgence, de se motiver et de générer de l'épanouissement.

Nos cadres contextuels, conceptuels et l'analyses de terrain concernant ces thématiques, nous ont permis de détecter des variables au sein des deux corps de métier que sont les IDE et les IBODE, essentiellement au regard de leur façon d'agir, de leur approche de l'équipe et fort de leur expérience.

Si ce travail ne nous a appris qu'une chose, c'est qu'il est urgent de se connaître, d'identifier ses propres fonctionnements pour envisager d'étendre l'éventail de nos ressources dans la gestion du stress face à l'urgence. Pour nos patients mais surtout pour nous-même. Prendre du recul est un effort coûteux en énergie mais nécessaire à fournir par l'individu afin d'améliorer sa motivation et son épanouissement, dans tous les domaines de sa vie. Le professionnel non IBODE se spécialisant pour acquérir des enseignements théoriques et pratiques, ne serait-il pas déjà, peut-être sans se l'avouer, dans une démarche de prise de recul, de remise en question, et de quête d'identité professionnelle ? Et ce avant-même d'avoir passé les concours d'entrée ?

AEEIBO : Association des Enseignants des Écoles d’Infirmiers de Bloc Opérateur.

AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d’Urgences.

ANAP : Agence Nationale d’Appui à la Performance.

ARSI : Association de Recherche en Soins Infirmiers.

AVP : Accident de la Voie Publique.

BU : Bloc des Urgences.

CCRV : Commission de Coordination Régionale des Vigilances.

CMF : Chirurgie Maxillo-Faciale.

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique.

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire.

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d’État.

IBODE : Infirmier de Bloc Opérateur Diplômé d’État.

IDE : Infirmier Diplômé d’État.

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers.

MeaH : Mission nationale d’expertise et d’audit Hospitaliers.

ONI : Ordre National Infirmier.

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie.

PREFMS : Pole Régional d’Enseignement et de Formation aux Métiers de la Santé.

SAMU : Service d’Aide Médicale Urgente.

SGA : Syndrome Général d’Adaptation

SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle.

T2A : Tarification A l’Activité.

TROS : Temps Réel d’Occupation des Salles

TVO : Temps de Vacation Offert.

Les ouvrages littéraires

- ◇ BANDURA, A., *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle*, 2^e Edition, Boeck, 2007, 859 pages.
- ◇ BEAR, M., *Neurosciences, à la découverte du cerveau*, 4^e édition, Édition Pradel, juin 2016, 987 pages.
- ◇ BOYER, F., *Le plaisir au travail, du savoir-faire à l'aimer-faire*, Édition Eyrolles, mai 2018, 186 pages.
- ◇ CARRE, P., FENOUILLET, F., *Traité de psychologie de la motivation*, Édition Dunod, 2009, 404 pages.
- ◇ CHABROL, H. et CALLAHAN, S., *Mécanismes de défense et coping*, Édition Dunod, avril 2004, 204 pages.
- ◇ DULEY, P., *La vraie histoire des infirmières*, Chronique éditions, juin 2012, 144 pages.
- ◇ FENOUILLET, F., *La motivation*, Édition Dunod, 2003, 120 pages.
- ◇ FORMARIER, M., *Les concepts en sciences infirmières*, Editions Mallet Conseil, 2009, 291 pages.
- ◇ FRADIN, J., *L'intelligence du stress*, Édition Eyrolles, collection Mieux vivre avec les neurosciences, 2017, 266 pages.
- ◇ FRADIN, J., LE MOULLENC F., *Manager selon les personnalités, les neurosciences au service de la motivation*, Édition Eyrolles, 2006, 325 pages.
- ◇ GRAZIANI, P., SWENDSEN, J., *Le stress, émotions et stratégies d'adaptation*, Edition Armand Colin, Mai 2005, 127 pages.
- ◇ HENDERSON, V., *La nature des soins infirmiers*, InterÉditions, 1994, 235 pages.

- ◇ IONESCU, S., *Psychopathologie de l'adulte, fondement et perspective*, Édition Belin, 2010, 351 pages.
- ◇ JORIS, A., *De la vocation à la reconnaissance, les infirmières hospitalières 1789-1970*, Édition Socrate, 2009, 247 pages.
- ◇ MINO, J.-C., *Soins intensifs, la technique et l'humain*, Presse Universitaires de France, 2012, 64 pages.
- ◇ MUCCHIELLI, R., *Le travail en équipe. Clés pour une meilleure efficacité collective*, Éditions ESF, Paris, 2007, 208 pages.
- ◇ MAGNON, R., *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers, le bilan d'un siècle*, Édition Masson, 2001, 208 pages.
- ◇ PRUDHOMME, C., *L'infirmière et les urgences*, 8^e édition, Édition Maloine, 2016, 546 pages.
- ◇ SAMAMA, G., *L'Infirmière de bloc opératoire*, 5^e Édition, Maloine, 2013, 621 pages.
- ◇ SCHUTZ, W., *L'élément humain, comprendre le lien entre estime de soi, confiance et performance*, Interéditions, 2018, 280 pages.
- ◇ SINOUE, G., *La dame à la lampe, une vie de Florence Nightingale*, 2009, Éditions Gallimard, Collection Folio, 320 pages.

Les revues

- ◇ COLLIÈRES, M.-F., *Identité infirmière...mythe...rêve ou réalité*, in SOINS, n°645, mai 2000.
- ◇ DEBROUSSE, D., *La nouvelle gouvernance hospitalière*, in ADSP, n°72, septembre 2010.
- ◇ JODELET, D., *Représentations sociales et identité*, in SOINS n°645, mai 2000.
- ◇ KOEHLER, M., *Chirurgiens hyperspécialisés et Ibode hyperpolyvalentes*, in Interbloc tome XXXIV, n°3, juillet-septembre 2015.

- ◇ POUCHELLE, M.-C., *Regard d'une ethnologue sur le métier d'Ibode*, in Interbloc, Tome XXVII, n°3, septembre 2008.
- ◇ ROUSSEAU, F., *Réapprendre à conter ! Genèse d'un entrepreneur social*, in Gérer et Comprendre, n° 87, mars 2007.
- ◇ SHARSHAR, S., *Le bloc opératoire, laboratoire de la nouvelle gouvernance hospitalière*, in Interbloc, Tome XXVI, n°4, Décembre 2007.
- ◇ VENTRE-GUEDER, F., *A la recherche de l'identité professionnelle des Ibode*, Interbloc, tome XXI, n°3, septembre 2002 .

Les thèses et mémoires

- ◇ ARNAUD, C., *L'IBODE : sa pratique réflexive*, promotion 2012-2014, École d'IBODE de Toulouse.
- ◇ GUILHAMELOU, M.-P., *L'intelligence émotionnelle*, IFCS, promotion 2013

Les documents électroniques, leur date de consultation

- ◇ DREYER, F., « *Histoire de l'hôpital. L'éclairage des salles d'opérations aux XIXème et XXème siècles : l'apparition du scialytique* », consulté le 14 décembre 2017
http://www4.culture.fr/patrimoines/patrimoine_monumental_et_archeologique/insitu/pdf/dreyer-1198.pdf,
- ◇ DRASS Midi-Pyrénées., *Risques au bloc opératoire : cartographie et gestion*, CCRV, Janvier 2007, consulté le 20 décembre 2017,
<http://www.aeeibo.com/DRASSmidipyreneesRisquesaublocoperatoirejanvier2007.html>

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE I : DECRET DU 29 JUILLET 2004

ANNEXE II : DECRET DU 27 JANVIER 2015

ANNEXE III : LA PYRAMIDE DE MASLOW

ANNEXE IV : ECHELLE D'EVALUATION DES MODES MENTAUX DE FRADIN

ANNEXE V : DEMANDE D'AUTORISATION DE DIFFUSION DE NOTRE OUTIL

ANNEXE VI : GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

ANNEXE VII : RETRANSCRIPTION ECRITE ENTRETIEN IBODE N°2

ANNEXE VIII : RETRANSCRIPTION ECRITE ENTRETIEN IDE N°3

ANNEXE IX : OUTIL D'ANALYSE DE LA QUESTION 2



Chemin : Code de la santé publique

Partie réglementaire

Quatrième partie : Professions de santé

Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires

Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière

Chapitre Ier : Règles liées à l'exercice de la profession

Section 1 : Actes professionnels.

Article R4311-11

L'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité les activités suivantes :

- 1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
- 2° Elaboration et mise en oeuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
- 3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
- 4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
- 5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.

En per-opératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.

Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

**Chemin : Code de la santé publique**

Partie réglementaire

Quatrième partie : Professions de santé

Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires

Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière

Chapitre Ier : Règles liées à l'exercice de la profession

Section 1 : Actes professionnels.

Article R4311-11-1

L'infirmier ou l'infirmière de bloc opératoire, titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire, est seul habilité à accomplir les actes et activités figurant aux 1° et 2° :

1° Dans les conditions fixées par un protocole préétabli, écrit, daté et signé par le ou les chirurgiens : a) Sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment :

- l'installation chirurgicale du patient ;
- la mise en place et la fixation des drains susaponévrotiques ;
- la fermeture sous-cutanée et cutanée ;

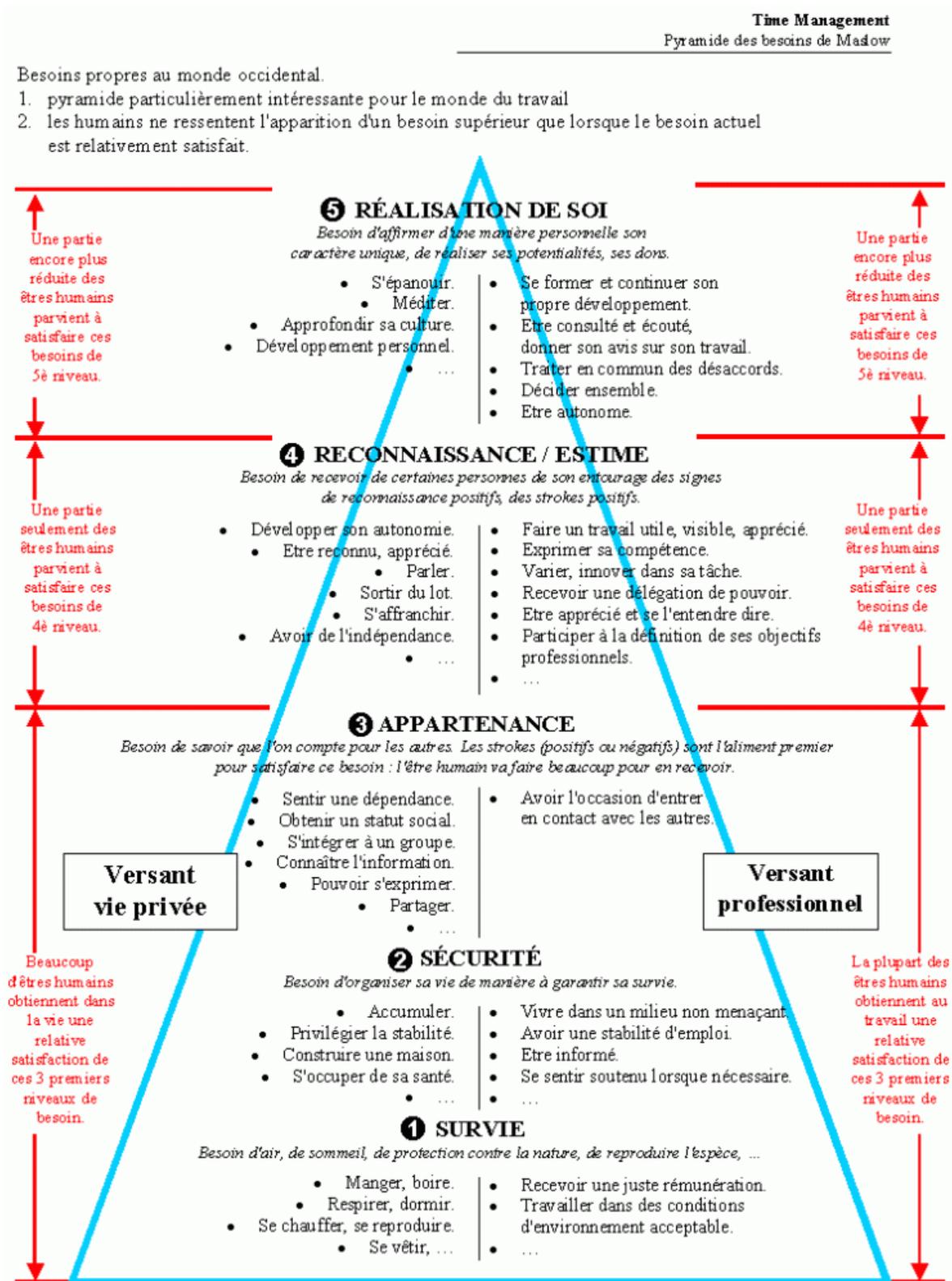
b) Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence du chirurgien, apporter une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration ;

2° Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence et sur demande expresse du chirurgien, une fonction d'assistance pour des actes d'une particulière technicité déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé.

NOTA : Conseil d'Etat, décision n^{os} 389036, 389589, 390121 du 7 décembre 2016 (ECLI:FR:CECHR:2016:389036.20161207), Art. 1 : Le décret du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire est annulé en tant seulement que, en l'état du dispositif applicable, il ne diffère pas au 31 décembre 2017 l'entrée en vigueur des dispositions du b) du 1° de l'article R. 4311- 11-1 du code de la santé publique.

Conformément à l'article 7 du décret n° 2018-79 du 9 février 2018, les dispositions du b du 1° de l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique sont applicables à compter du 1er juillet 2019.

LA PYRAMIDE DE MASLOW



Consulté en ligne le 20 Aout 2018 sur www.psychologuedutravail.com

ECHELLE D'EVALUATION DES MODES MENTAUX DE FRADIN

Paramètres du mode automatique	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Paramètres du mode préfrontal
Stressabilité										Sérénité
Routine										Curiosité sensorielle
Refus										Acceptation
Dichotomie										Nuance
Certitudes										Relativité
Empirisme										Réflexion logique
Image sociale										Opinion personnelle

Les données à gauche du tableau représentent les fonctionnements dus au cerveau reptilien et à droite celles du cerveau préfrontal. L'objectif de cet outil est de voir l'évolution chez le patient qui prend conscience des mécanismes d'adaptation au stress qu'il possède. Plus les croix s'approcheront des données du cerveau préfrontal et meilleure sa gestion du stress sera.

ROQUES Marine
Pôle Régional d'enseignement et de
Formation aux métiers de la santé (PREFMS)
Ecole d'Infirmiers de Bloc Opérateur
74 voie du TOEC
TSA 40031
31059 Toulouse Cedex

à Toulouse,

le 27 août 2018.

Madame, Monsieur,

Je suis infirmière diplômée d'Etat et actuellement étudiante à l'école d'infirmiers de bloc opératoire de Toulouse, au sein de la promotion 2017-2019. Dans le cadre de la validation de mon diplôme d'Etat d'Infirmier de Bloc Opérateur (IBODE), je suis amenée à rédiger un Travail d'Intérêt Professionnel Individuel (TIPI) dont le thème concerne :

L'ADAPTATION AU STRESS DE L'URGENCE PAR LES INFIRMIERS DE BLOC

Je souhaite réaliser une enquête sur le terrain par des questionnaires auprès des infirmiers travaillant au bloc opératoire : IBODE et IDE. Ces questionnaires dont vous trouverez un exemplaire ci-joint, seront réalisés auprès de personnes volontaires, de manière individuelle tout en respectant leur anonymat. Par la suite, l'analyse des données récoltées servira uniquement pour mon TIPI et permettra d'approfondir ma réflexion.

Je vous remercie par avance pour le temps et l'attention portés à ma demande.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Dans le cadre de la réalisation de mon Travail d'Intérêt Professionnel en vue de l'obtention du diplôme d'État d'IBODE, voici ma grille d'entretien semi-directif.

THEME PARCOURS PROFESSIONNEL : ancienneté, niveau de formation

- Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?
 - o Quelle est votre ancienneté dans ce bloc ?
 - o Quelles sont vos précédentes affectations ?

THEME DE L'URGENCE : fréquence, formation à l'urgence, comportement

- A quelle fréquence êtes-vous confronté à l'urgence dans votre pratique professionnelle et quel comportement adoptez-vous face à elle ?
 - o Quelles sont vos réactions quand vous devez faire face à une urgence ?
 - o Dans quelle mesure cela modifie votre comportement ?
- Avez-vous reçu une formation à la gestion de l'urgence ?
 - o Était-elle dispensée par vos pairs ou était-ce une formation professionnelle ?
 - o Vous a-t-elle paru suffisante ?

THEME DE L'ADAPTATION A L'URGENCE : stratégie, ressource, ressenti

- Quelles sont vos stratégies d'adaptation face à l'urgence ?
 - o Qu'est-ce que l'urgence génère chez vous comme réactions ?
- Quelles sont les ressources que vous possédez face au stress de l'urgence ?
 - o Où puisez-vous l'énergie pour réagir face au stress aigu ?
- Gérer son stress représente-t-il une satisfaction/difficulté dans votre pratique ?
 - o Pourquoi ?
- Cela vous motive-t-il ?
 - o Qu'est-ce qui vous a amené à le vivre comme tel ?

THEME DE LA MOTIVATION ET L'ÉPANOUISSEMENT

- Pensez-vous que l'activité d'urgence puisse générer de la motivation ? Pourquoi ?
- De l'épanouissement ? Pourquoi ?

THEME DE LA FORMATION ET DU PROJET PROFESSIONNEL:

- **(Pour les IDE)** Avez-vous des projets de partir à l'école d'IBODE ?
- Pensez-vous que partir à l'école d'IBODE puisse vous aider à gérer le stress de l'urgence ?
- **(Pour les IBODE)** Au bout de combien d'années en tant qu'IDE avez-vous choisi de faire la formation à l'école d'IBODE ?
- L'école vous a-t-elle apporté des éléments d'adaptation face au stress de l'urgence ?

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35

- **Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?**

Euh j'ai 47 ans, je suis IBODE, ça va faire 23 ans que je travaille au bloc CCV de la clinique, j'avais démarré en sortant du DE en 93. Pas d'autres spécialité à part thoracique, cardio et vasculaire.

- **A quelle fréquence êtes-vous confronté à l'urgence dans votre pratique professionnelle**

On a en moyenne deux astreintes de nuit par mois, on est déplacée parfois, mais pas toujours, les urgences sont le plus souvent intégrées au programme de la journée mais c'est une ou deux fois par semaine, pas plus, et c'est pas régulier.

o **Quelles sont vos réactions quand vous devez faire face à une urgence ?**

Euh si c'est la nuit ou le jour on demande ce que c'est, ce qu'est la chirurgie, le chirurgien, la salle, recherche d'informations, s'ils veulent du matériel en particulier donc c'est préparer le matériel pour qu'il y ait tout quand le patient arrive.

- **Avez-vous reçu une formation à la gestion de l'urgence ?**

Non non nous on a fait un cahier de prépa d'intervention d'urgence, de tout ce qui ne rentrait pas dans le cadre du programmé pour éviter aux filles d'avoir à se poser trop de questions et aller plus vite on a aussi toujours des prépas de déjà prêtes. Sinon formation rien du tout.

- **Quelles sont vos stratégies d'adaptation face à l'urgence ?**

Recherche d'information et organisation en amont, quand l'urgence n'est même pas encore arrivée.

- **Quelles sont les ressources que vous possédez face au stress de l'urgence?**

Je gère moins bien car je vois toutes les choses à faire et je voudrais tout faire et ça me frustre énormément de me dire que matériellement je n'aurai pas le temps de tout faire comme je voudrais le faire, je déteste être pressée par le temps et là il n'y a pas le choix il faut y aller et comme je n'aime pas l'à-peu-près ça me dérange, ça m'agace. Donc niveau ressource je dirai juste que je connais beaucoup de...euh la spécialité.

- **Gérer son stress représente-t-il une satisfaction/difficulté dans votre pratique ?**

Moi j'ai du mal, j'aimerais bien y arriver mieux que ça, j'aimerais pouvoir prendre les choses plus cool, mais je m'agite et j'y arrive pas ça m'agace.

- **Cela vous motive-t-il ?**

Pas vraiment, j'aime pas trop ça, surtout la nuit. Non pas trop, par contre c'est vrai que quand c'est avec des chirurgiens que j'estime je fais en sorte que ça se passe le mieux possible, mais ça me demande beaucoup d'efforts.

- **Pensez-vous que l'activité d'urgence puisse générer de l'épanouissement ?**

En ce qui me concerne non mais les filles qui travaillent dans les services d'urgences y trouvent leur compte donc c'est qu'il doit bien y en avoir un.

36 - **Au bout de combien d'années en tant qu'IDE avez-vous choisi de faire la formation à l'école**
37 **d'IBODE ?**

38 Plus de 10 ans. 11 années

39 - **L'école vous a-t-elle apporté des éléments d'adaptation face au stress de l'urgence ?**

40 Non, euh en fait l'école comme on touche à toutes les spécialités ça donne de l'aplomb dans la pratique,
41 on acquiert un peu plus d'assurance, pas forcément au moment du stage mais après quand on en sort on
42 se dit qu'on a réussi à faire ses preuves même dans des services qu'on ne connaissait pas, en bossant la
43 technique on finit par en être capable alors qu'on ne pensait pas. On peut y arriver, on se dit qu'on doit
44 moins douter de nous après .

1
2

3 - **Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?**

4 Oui, j'ai commencé à travailler en 2003, j'ai fait deux années en médecine interne hémato à l'hôpital, puis
5 j'ai fait 6 ans de réanimation en cardio adulte et pédiatrique dans le privé, je suis ensuite passée 2 ans au
6 bloc CCV de cette même clinique que j'ai quitté pour revenir dans le secteur public en bloc d'orthopédie
7 pendant 8 mois puis je suis arrivée au bloc des urgences où je travaille depuis 4 ans.

8

9 **A quelle fréquence êtes-vous confronté à l'urgence dans votre pratique professionnelle et quel**
10 **comportement adoptez-vous face à elle ?**

11 Tous les jours, tout le temps, urgence vraie ou différable

12 Et niveau comportement je pense que je change pas beaucoup entre absolu et relatif, j'écoute ce qu'on
13 me dit, je pose des questions aux personnes directement concernées (anesth, chir) en évitant les
14 intermédiaires, je déroule dans ma tête les priorités et je partage avec les agents autour (AS, infirmiers
15 dispo, infirmier dans ma salle) pour qu'on répartisse le travail pour être efficace, par exemple l'AS va
16 changer la table d'opération pendant que l'autre infirmière de la salle elle le rentre le chariot de la
17 spécialité et moi je vais préparer le matériel, on fait les fourmis pour être le plus prêt possible, pour
18 pouvoir accueillir le patient parce que même si c'est vital faut pas banaliser le rôle relationnel, faut leur
19 parler au patient, faut leur dire qui on est, où ils sont, faut les rassurer tout en se dirigeant vers la salle
20 d'opération, faut garder un regard assez périphérique, voir ce qui se passe autour, ouvrir ses oreilles pour
21 chopper une info au passage, une allergie. Et puis faut se parler et s'écouter, moi qui suis une vraie
22 pipelette, quand vient une urgence vitale je deviens hyper silencieuse, à l'écoute, et je dis à voix haute
23 tout ce que je fais, en regardant si les autres personnes en salle m'ont entendu le dire.

24 - **Avez-vous reçu une formation à la gestion de l'urgence ?**

25 Depuis mon AFGSU à l'IFSI non, j'ai tout appris sur le terrain par compagnonnage par les IBODE et
26 IDE de mon service et puis sur le tas aussi, parfois on se lance et l'apprentissage se fait, pas toujours dans
27 la joie mais faut pas dénigrer, on fait comme on peut aussi des fois

28 - **Quelles sont vos stratégies d'adaptation face à l'urgence ?**

29 Alors, euh, je pense que je suis quelqu'un d'hyper souple, je peux tout entendre, je peux tout changer
30 assez facilement, j'ai aucun problème à tout chambouler en 10 minutes, quand on me dit allez on sort tout
31 on change tout finalement c'est pas un clou gamma c'est une rate, elle est là dans 10 minutes, je ne lutte
32 pas, je fais pas de raisonnement, j'agis directement, je m'adapte hyper facilement, c'est dans mon
33 tempérament je crois.

34 - **Quelles sont les ressources que vous possédez face au stress de l'urgence?**

35 Euh...Je suis très curieuse et souvent à l'affût de l'info qui traîne, quand j'entends dire qu'il y a quelque
36 chose qui chauffe je m'y prépare même s'il y a de grandes chances que ça n'arrive pas ou pas tout de
37 suite, je suis aux aguets en permanence, et ah oui une autre ressource c'est que je communique bien avec
38 mon équipe donc j'anticipe sur mes manques et je demande direct à mes collègues comment ils feraient
39 eux et comme eux ils ont déjà une idée de ce qu'il faut faire ils m'aident à hiérarchiser. On a une bonne
40 équipe

41 - **Gérer son stress représente-t-il une satisfaction/difficulté dans votre pratique ?**

42 C'est une super satisfaction, je suis plutôt anxieuse comme personne, je suis tout le temps en train de
43 m'inquiéter pour tout le temps et je sais pas ... ya comme une magie, en cas d'urgence je me laisse
44 aller, je réfléchis fort mais je suis hyper carrée, je suis zen, je suis en pleine possession de mes moyens,
45 je mobilise toutes mes connaissances. Je sais pas si c'est l'adrénaline ou quoi mais ça marche bien je suis
46 direct à 100% dans ce que je fais. Je deviens une boule d'efficacité.

47 - **Cela vous motive-t-il ?**

48 Oui, chaque jour je me mets des challenges, chaque jour je me force à approfondir un truc plutôt qu'un
49 autre, il y a tellement de choses à apprendre ici et comme je pose plein de questions ça m'encourage à en
50 poser encore d'autres, c'est sans fin.

51 - **Pensez-vous que l'activité d'urgence puisse générer de l'épanouissement ?**

52 Alors, j'ai conscience que c'est dans de bonnes conditions que tout ça se passe, une bonne équipe et plein
53 de communication, une bonne organisation, de l'entraide, donc oui dans ces conditions c'est épanouissant,
54 on se sent gratifié, on a vraiment le sentiment d'être là pour nos malades, on leur parle, on les rassure, on
55 les touche, on est au cœur de notre métier de soignant. Après je sais qu'ailleurs c'est bien moins bien vécu
56 et je vois tous les jours des gens qui n'ont pas envie de venir donc oui forcément ça peut être mal vécu
57 aussi. Je mesure ma chance

58

59 - **Vous êtes IDE, avez-vous des projets de partir à l'école d'IBODE ?**

Au début je voulais pas, je trouvais pas ça hyper nécessaire, parce que comme ici il n'y que des ibode ou
des ide chevronnées j'ai appris vraiment avec les meilleurs et les bonnes pratiques comme elles elles les
ont apprises à l'école. Et puis avec la loi qui change cela devient nécessaire, je suis donc rentrée dans un
parcours de VAE.

60 - **Pensez-vous que partir à l'école d'IBODE puisse aider à gérer le stress de l'urgence ?**

61 Je pense que c'est mon équipe qui m'aide à gérer le stress donc si la promo est bien oui ça aide, et puis
62 d'aller partout en stage oui ça aide, après c'est vrai que j'ai déjà une bonne gestion du stress, je pense que
63 c'est propre à chacun.

QUESTION 2 - L'URGENCE

ENTRETIEN n°1	
Thèmes ciblés :	Éléments de réponse
Fréquence	L.7 Tous les jours
Comportement	<p>L.16 En journée comme c'est inclus dans le programme opératoire, la réaction c'est euh quand c'est pas de l'urgence absolue, la réaction <u>c'est typique comme une autre intervention</u> : on prépare l'intervention, on prépare la salle, que l'intervention précédente a été finie et euh voilà il n'y a pas de stress particulier.</p> <p>L.19 A contrario quand c'est une urgence absolue, qu'on interrompt le programme, genre c'est un anévrysme, là c'est vraiment une phase de stress où <u>on met toutes nos capacités cognitives en place pour vraiment se dire on n'oublie rien</u>, on prépare ci on prépare ça euh</p> <p>L.21 on essaie de <u>faire à plusieurs</u> c'est pas une personne qui fait seule on essaye de s'entraider.</p> <p>L.23 là je suis <u>toute seule donc là le stress est beaucoup plus important surtout la nuit</u> parce qu'on nous réveille qu'on a beau s'y préparer savoir qu'on est appelé, quand on est appelé c'est ... oui il y a une phase de vidange des surrénales qui est assez forte.</p> <p>L.26 Moi qui suis <u>d'ordinaire très calme</u>, je suis davantage énervée... mais dans le sens de s'agiter.</p>
Formation à l'urgence	<p>L.28 j'ai reçu une formation aux gestes d'urgences comme tout le monde dans <u>ma profession infirmière</u></p> <p>L.29 une formation à l'urgence spécifique au bloc... euh pas vraiment, <u>c'est un problème je pense</u></p>
ELEMENTS IMPORTANTS	<ul style="list-style-type: none"> - Notion d'entraide, plus difficile quand on est seul, malgré les préparations anticipées - Comportement modifié même chez les plus calmes - Pas de formation et c'est un problème
ENTRETIEN n°2	
Thèmes ciblés :	Éléments de réponse
Fréquence	L.9 souvent... dans le cadre de l'astreinte
Comportement	<p>L.11 les sages-femmes sont formées et on sait que si c'est une urgence extrême, quand on va arriver le bébé sera né les sages-femmes auront géré le temps qu'on arrive donc pas de stress particulier</p> <p>L.14 quand j'étais dans le privé on attendait après nous et en effet on était seul à tout rallumer, aller chercher les clés ouvrir le bloc, relancer tout, et ensuite commencer l'intervention donc là oui on ressentait du stress, je me dépêchais en voiture, et j'arrivais stressée car je savais pas comment ça allait tourner.</p>

	<p>L.20 je sais ce que j'ai à faire il n'y a rien de particulier parce qu'il y a un cadre autour et que chacun sait ce qu'il a à faire. C'est parce que tout est organisé en avance, qu'on est nous-même organisé dans notre tête. C'est parce qu'on anticipe qu'on est moins stressé</p> <p>L.26 en général à deux et on se divise les tâches, c'est toujours pareil</p>
Formation à l'urgence	L.31 Alors à la gestion de l'urgence en tant que tel non par contre on est formé sur tout ce qui est programmé on doit acquérir de l'expérience pour pouvoir prendre des astreintes et gérer les urgences, on ne gère pas les urgences tant qu'on ne gère pas le programmé parfaitement.
ELEMENTS IMPORTANTS	<ul style="list-style-type: none"> - Calme quand cadré, anticipé, quand message clair - Calme quand à plusieurs (SF ou ide) - Stressant quand tout repose sur une seule personne - Formation dispensée par les pairs dans le cadre du programmé sans quoi pas de prise de garde possible
ENTRETIEN n°3	
Thèmes ciblés :	Éléments de réponse
Fréquence	L.9 une à deux fois par semaine
Comportement	<p>L.11 Ca dépend du type d'urgence, pour moi il y a deux types d'urgences il y a celles comme la dissection aortique qui me donnent pas mal d'appréhension, après si c'est moins inconnu je maîtrise mieux et je suis plutôt calme,</p> <p>L.13 je suis un peu stressée mais ça va parce qu'on est plusieurs, le bloc est mieux organisé, tout le monde garde son calme chacun tient son rôle et c'est hyper rassurant</p>
Formation à l'urgence	<p>L.17 oui j'ai fait l'AFGSU</p> <p>L.18 au bloc par contre rien du tout</p>
ELEMENTS IMPORTANTS	<ul style="list-style-type: none"> - Urgence relative cadrée et calme - Urgence absolue plus stressante - Rassurer par le fait d'être à plusieurs
ENTRETIEN n°4	
Thèmes ciblés :	Éléments de réponse
Fréquence	L.6 une ou deux fois par semaine
Comportement	L.9 on demande ce que c'est, ce qu'est la chirurgie, le chirurgien, la salle, recherche d'information, s'ils veulent du matériel en particulier donc c'est préparer le matériel pour qu'il y ait tout quand le patient arrive

Formation à l'urgence	L.13 Non, nous on a fait un cahier de prépa d'intervention d'urgence, on a aussi toujours des prépas de déjà prêtes. Sinon formation rien du tout
ELEMENTS IMPORTANTS	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité de prendre l'information - Gain de l'anticipation, préparation faite en amont de l'urgence très utiles, utilisation de cahier de prépa - Aucune formation à part en IFSI
ENTRETIEN n°5	
Thèmes ciblés :	Éléments de réponse
Fréquence	L.9 tous les jours, tous le temps, urgence vraie ou différable
Comportement	L.10 Et niveau comportement je pense que je change pas beaucoup entre absolu et relatif, j'écoute ce qu'on me dit, je pose des questions aux personnes directement concernées (anesth, chir) en évitant les intermédiaires, je déroule dans ma tête les priorités et je partage avec les agents autour pour qu'on répartisse le travail pour être efficace, L.16 faut pas banaliser le rôle relationnel, faut leur parler au patient, faut leur dire qui on est, où ils sont, faut les rassurer tout en se dirigeant vers la salle d'opération, faut garder un regard assez périphérique, voir ce qui se passe autour, ouvrir ses oreilles pour chopper une info au passage, une allergie. Et puis faut se parler et s'écouter je deviens hyper silencieuse, à l'écoute, et je dis à voix haute tout ce que je fais, en regardant si les autres personnes en salle m'ont entendu le dire.
Formation à l'urgence	L.23 Depuis mon AFGSU à l'IFSI non, j'ai tout appris sur le terrain par compagnonnage par les IBODE et IDE de mon service et puis sur le tas aussi. L.24 parfois on se lance et l'apprentissage se fait
ELEMENTS IMPORTANTS	<ul style="list-style-type: none"> - Calme dans tous les cas - Prise d'information en écoutant et posant des questions communication, Appel à l'équipe - Préparation à plusieurs de façon concentrée - Anticiper le plus possible pour libérer du temps au relationnel patient - Formation par compagnonnage par les anciennes et les Ibodes et sur le tas.
ENTRETIEN n°6	
Thèmes ciblés :	Éléments de réponse
Fréquence	L.14 tous les jours
Comportement	L.16 il faut bien voir ce qu'on nous demande, parce que souvent c'est très flou L.17 en fait on ne sait rien sur le patient, sauf que c'est ...un « polycassé »

	<p>L.18 commencer à déjà trier dans ma tête ce que je vais devoir prioriser. Je commence à préparer et en général les précisions arrivent pendant ce temps de préparation</p> <p>L.21 Il faut surtout prendre du recul, pas de panique, voir ce qu'on peut faire et aller à la pêche aux informations, communiquer avec l'anesthésiste qui a peut-être d'autres infos pour compléter, et souvent au fur et à mesure on dédramatise les choses et donc on priorise, on voit mieux quelle équipe commence...</p> <p>L.24 dans notre équipe ce qui est très bien c'est qu'on arrive sans parler à voir les choses qu'on doit faire, chacune dans notre bulle, et on fait jamais les choses deux fois, on se répartit les tâches, car on est une très bonne équipe.</p>
Formation à l'urgence	L.28 non pas du tout
ELEMENTS IMPORTANTS	<ul style="list-style-type: none"> - Communiquer pour avoir le plus d'infos et adapter au mieux les préparations - Prendre du recul pour prioriser, une chose après l'autre dans le calme, dédramatiser - Avoir une bonne équipe, faire tous en allant dans la même direction - Aucune formation
ENTRETIEN n°7	
Thèmes ciblés :	Éléments de réponse
Fréquence	L.7 presque quotidiennement
Comportement	<p>L.10 En général on est prévenu à l'avance</p> <p>L.12 au niveau du comportement ce ne sont pas forcément des urgences vitales donc on a toujours le temps de se préparer ça se fait dans le calme</p>
Formation à l'urgence	L.18 non aucune
ELEMENTS IMPORTANTS	<ul style="list-style-type: none"> - Être prévenu en avance limite le stress - Avoir du temps est confortable pour gérer l'urgence, même quand il n'y a pas d'équipe dédiée
ENTRETIEN n°8	
Thèmes ciblés :	Éléments de réponse
Fréquence	L.8 une fois par mois
Comportement	L.9 niveau comportement je fais un bilan dans ma tête, je mobilise ma mémoire et mes connaissances pour reprendre les bonnes pratiques dans les spécialités demandées.
Formation à l'urgence	L.12 j'ai toujours été avec des infirmières qui m'ont appris sur le tas, j'ai toujours été à ce moment-là de ma carrière avec des anciennes qui savaient quoi faire.
ELEMENTS IMPORTANTS	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan, mobilisation de la mémoire et des connaissances dans la spécialité + formation par les anciennes

ECOLE D'INFIRMIERS DE BLOC OPÉRATOIRE
DE TOULOUSE – OCCITANIE

L'infirmier de bloc opératoire face à l'urgence :
du stress à l'épanouissement

Travail d'Intérêt Professionnel préparé en vue de l'obtention du Diplôme
d'État d'Infirmier de Bloc Opératoire

Résumé :

Partant du constat des inégalités de comportement dans la prise en charge d'une urgence, nous nous sommes penchés sur les ressources et stratégies d'adaptation au stress aigu et leurs aspects positifs. Nous nous sommes rapprochés des récentes mais non moins pertinentes découvertes neuroscientifiques pour étayer notre recherche. Après avoir étudié le cadre contextuel et exploré les concepts de stress et de motivation, nous avons formulé l'hypothèse suivante :

De par sa formation, l'IBODE développe des stratégies d'adaptation au contexte d'urgence, favorisant sa motivation et son épanouissement.

C'est auprès des professionnels de terrain que nous avons recueilli les éléments de réponses nécessaires à notre analyse, par le biais d'entretiens semi-directifs. Au-delà de la validation de notre hypothèse, c'est du rapport que le professionnel entretient avec lui-même et avec son équipe dont il s'agit en réalité.

Mots-clés :

IBODE, urgence, adaptation, stress, motivation, épanouissement