

Note interdisciplinaire

Tour de Babel au bloc opératoire : le choc des cultures et des identités professionnelles

Par Souhayl DAHMANI

I. Résumé

L'organisation, la coordination et l'optimisation des activités de soins au bloc opératoire sont depuis des années au centre des préoccupations des soignants et des managers hospitaliers. En effet, outre les coûts de fonctionnements de cette structure qui sont des plus élevés dans les centres médico-chirurgicaux, les tensions en capital humain soignant, imposent que les activités soient les plus coordonnées et donc les plus optimisées afin de garantir la continuité de l'offre de soins. C'est en prenant appui sur cette problématique que nous avons mené cette étude.

Cette étude a consisté en une étude qualitative basée sur la méthodologie ethnographique intéressant 4 structures (2 CHU, 1 CHG et 1 structure privée). Quatre techniques étaient utilisées aux fins de l'analyse : une immersion habituelle de l'investigateur dans le champ d'étude, des entretiens semi-directifs, des observations participantes et non participantes et des entretiens informels. Le cadre théorique choisi était celui d'Okhuysen et Bachky (tableau 1). Ce cadre permettait une analyse de tous les niveaux d'organisations et de coordination définis à-priori : la salle d'intervention, le bloc opératoire, la cellule de régulation (CR) et le conseil de bloc opératoire (CBO). L'analyse a pris appui sur divers autres cadres conceptuels comme les théories du Leadership, le système multi-équipe ou la coordination relationnelle. Les données étaient triangulées entre les différentes techniques afin d'en assurer la validité.

Au total nous avons mené 48 entretiens de divers intervenants soignants et management hospitaliers et 191 heures d'observations non participantes. Les items de la coordination, telle que définies dans le cadre théorique choisi, diminuaient avec les niveaux les plus élevés (CR, CBO) de l'analyse. De plus, les structures apparaissaient comme hétérogènes en termes de présence de ces items. Cela nous a permis, par recoupement avec les résultats des entretiens concernant l'efficacité des organisations des structures étudiées, les items critiques de la coordination. A l'étage de la salle d'intervention la coordination était optimale. Au niveau du bloc opératoire la coordination était assurée par la compétence du cadre de bloc opératoire, cette compétence dépendait des items de la proximité et la compréhension commune. Au niveau de la cellule de régulation et du conseil de bloc opératoire, la coordination était essentiellement déterminée par les items de la compréhension commune (voir tableau 1).

Les résultats de cette étude montrent l'importance des interactions interhumaines (compréhension commune) dans la coordination au bloc opératoire renvoi et la possibilité des divers intervenants à élaborer une perspective commune entre eux. En se basant sur les divers travaux théoriques dans ce domaine des systèmes multi-équipes (tel que présent au bloc opératoire) certains points majeurs permettant d'aller dans le sens d'une meilleure coordination ont été déterminés. Le premier consiste dans la dédifférenciation des équipes : instauration d'un sentiment d'appartenance à une équipe multidisciplinaire avec définition d'objectifs communs de cette équipe et compréhension des contingences des autres équipes. Le second est en rapport avec le leadership des responsables des services tendant à instaurer cette dédifférenciation et le climat de communication entre équipes. Enfin, notre analyse insiste sur l'action complémentaire des membres du conseil du bloc opératoire comme ressources frontière (personnes d'une équipe ayant des relations privilégiées avec les autres équipes) favorisant la communication, la diffusion d'information et l'instauration d'une culture de multidisciplinarité.

II. Positionnement du problème

Les plateaux techniques hospitaliers tels que le bloc opératoire sont des structures couteuses en ressources financières et humaines (Dakhlaoui, Gatecel and Sfez 2012). Dans le contexte actuel de tensions dans le monde hospitalier, dominé par un manque de ces ressources humaines et matérielles, aucun effort ne doit être consenti afin d'optimiser au mieux l'utilisation de ces ressources (Dakhlaoui, Gatecel and Sfez 2012).

La problématique majeure dans l'organisation d'un bloc opératoire est la coordination des diverses corporations afin de d'assurer la simultanéité de présences de toutes les ressources humaines et matérielles spécialisées assurant aux patients un accès aux soins et la qualité de ces derniers (Cendán and Good 2006; Pandit and Dexter 2009; Stepaniak et al. 2009; van Eijk et al. 2016). C'est dans cette optique que nous avons entrepris ce travail de recherche.

III. Description de l'étude

1. Méthodologie

La méthode utilisée dans ce travail repose sur des observations participantes et entretiens semi-directifs avec les différents acteurs de terrain et de management de quatre blocs opératoires (2 CHU, 1 hôpital public non universitaire et un hôpital privé). Le cadre théorique utilisé est celui d'Okhuysen et Bechky (Okhuysen and Bechky 2009) basé sur trois concepts majeurs : la responsabilité/imputabilité, la prédictibilité et la compréhension commune (tableau 1).

L'analyse a utilisé une méthode abductive allant des phénomènes du terrain au cadre théorique en déterminant tous les éléments présents ou manquant du cadre théorique. Ce cadre théorique a été appliqué aux trois étages de l'organisation du bloc opératoire : un étage « micro » constitué par les acteurs du terrain dans une salle d'intervention; un étage « méso » : pendant la réalisation du programme opératoire d'un bloc opératoire et en amont de la réalisation de ce programme pendant la régulation de ce dernier et l'anticipation des besoins humains et matériels (cellule de régulation) et enfin un étage « macro » constitué par le conseil du bloc opératoire, structure dont la mission est de nature stratégique proposant et mettant en place des mesures structurelles de nature à optimiser le fonctionnement du bloc opératoire.

	« Imputabilité / responsabilité »	Prédictibilité	Compréhension commune
Planifications et règles	➤ Définition des responsabilités	➤ Définition des responsabilités ➤ Allocation de ressources	➤ Elaboration d'accords
Objets et représentations	➤ Elaboration de structures de référence ➤ Reconnaissance et alignement des tâches	➤ Elaboration de structures de référence	➤ Partage d'informations ➤ Création de perspectives communes
Rôles	➤ Monitoring et mise à jour		➤ Substitution ➤ Création de perspectives communes
Routines	➤ Passage entre les différents intervenants et étapes	➤ Stabilité et réalisation de la production	➤ Attractivité des différents groupes ➤ Développement d'accord entre intervenants
Proximité	➤ Visibilité ➤ Familiarité : confiance	➤ Familiarité : anticipation des demandes et réponses adaptées	➤ Familiarité : mémoire de connaissance dans le groupe

Tableau 1 : Cadre théorique de la coordination d'Okhuysen et Bechky

2. Résultats

Au total 48 entretiens et 191 heures d'observations non-participantes ont été réalisés. Nos résultats ont montré pour chaque niveau les résultats suivants.

Au niveau micro (sur une seule salle d'intervention) : on constate une forte tendance à la coordination à travers les éléments compris dans tous les concepts de coordination. Dans l'ensemble, Cet aspect étant essentiellement lié au caractère « professionnel » de ce niveau de soin, intervenant à la marge dans les problèmes d'organisations du bloc opératoire.

Au niveau méso (le bloc opératoire : plusieurs salles d'intervention), la coordination reposait avant tout sur le cadre du bloc opératoire. Elle dépendait de la confiance et de l'autorité qui lui sont conférées afin d'assurer les missions de coordination (via les items du cadre théorique d'Okhuysen et Bechky). Au niveau méso, la cellule de régulation intervenait essentiellement comme élément régulateur des temps d'utilisation des vacations. Elle ignore dans la majorité des cas la composante médico-chirurgicale liée au patient. La compréhension commune entre les participants apparaissait comme l'élément de différence majeur dans la maturité des Cellules de régulation des différentes structures hospitalières étudiées.

Le niveau macro (conseil de bloc opératoire) : Les items de la coordination en rapport avec une efficacité de la coordination et la résolution des problèmes soulevés par le bloc opératoire étaient : la compréhension commune, et à un moindre degré à l'imputabilité/responsabilité et la prédictibilité.

3. Discussion de nos résultats

Nos résultats renvoient avant toute chose aux conflits de pouvoir au bloc opératoire (Bercot, Horellou-Lafarge and Mathieu-Fritz 2011). Ces conflits étaient le reflet des récentes évolutions de la gouvernance des hôpitaux et à leurs modes de financement ayant conduit à plus grande attention sur l'optimisation des ressources mais également leur raréfaction dans une certaine mesure (Dakhlaoui, Gatecel and Sfez 2012). Ces conflits avaient surtout une traduction en termes d'enjeux locaux. Ces enjeux se situaient dans l'offre de soins que les praticiens souhaitent offrir aux patients, les impératifs et objectifs propres de chaque corporation qui pouvaient être en opposition avec ceux d'autres corporations, et de qualité de vie au travail.

Nos résultats mis sous le prisme de la coordination dans un système multi-équipe (SME) (Davison et al. 2012; DeChurch and Marks 2006; Luciano, DeChurch and Mathieu 2015; Zaccaro et al. 2020) mettaient en exergue l'importance de la compréhension commune entre les différents intervenants dans l'organisation du bloc opératoire et par extenso du concept de différenciation des équipes. En effets, les récentes études dans le domaine des SME mettent en exergue l'effet entravant de la culture, des normes et des objectifs propres de chaque équipe sur la constitution d'un sentiment d'appartenance à un système multi-équipe et sur l'appréhension de l'objectif final du SME (Davison et al. 2012; Luciano, DeChurch and Mathieu 2015). Cette différenciation résultait dans le cadre d'un bloc opératoire par l'intense spécialisation des différentes corporations intervenant dans un bloc opératoire (Hall 2005). L'ensemble de ces éléments aboutissant à une différenciation des équipes qui expliquait, au moins partiellement, les conflits sur les enjeux des différents protagonistes (Luciano, DeChurch and Mathieu 2015).

Enfin le troisième point mis en évidence dans notre étude est l'importance du leadership (Casanova 2017; DeChurch and Marks 2006; Larson, Foster-Fishman and Franz 1998; Osborn, Hunt and Jauch 2002) et des membres frontières (Edmondson 2012; Nawaz et al. 2014) à tous les niveaux de l'analyse du bloc opératoire mais également dans les services participants à l'activité des blocs opératoires. Leadership (cadre du bloc opératoire, responsables des services, responsables des cellules de régulation et des conseils de bloc, management hospitalier) et membres frontières (issus des corporations intervenant dans les soins) permettant une

dédifférenciation des équipes avec : émergence d'un sentiment d'appartenance au SME, compréhension commune entre les différentes corporations et coordination efficace entre les différents membres. La dédifférenciation dans le cadre de notre analyse reposant sur une meilleure compréhension, par chaque corporation, des enjeux et objectifs des autres corporations permettant une action propre en respect de enjeux et objectifs des autres tout en assurant l'objectif général du système.

IV. Préconisations managériales

Au travers l'analyse théorique que nous avons faites des résultats, nous avons proposé des mesures correctrices assortis d'une grille d'implémentation (le COM-B) (Cane, O'Connor and Michie 2012). Ces mesures consistaient essentiellement à une dédifférenciation portée essentiellement par la communication et le leadership des responsables des différentes corporations participantes à l'activité des bloc opératoires ainsi qu'aux responsables des cellules de régulations et conseils du bloc opératoire, mais également des membres du management hospitalier :

1. La formation des leaders des services, de la cellule de régulation et du conseil du bloc opératoire, et du management hospitalier au management axés sur la communication et la connaissance des impératifs des autres corporations permet de développer les items de la capacité : connaissances des autres corporations, de la communication inter-groupes (compétences et savoir-faire), choix de la communication et du compromis (la mémoire-attention-décisions) ainsi qu'une orientation des comportements sur un consensus plutôt que sur un conflit dans le cadre d'une organisation (régulation des comportements). L'extension de cette logique à l'ensemble des parties-prenantes, soit directement ou par l'intermédiaire des membres frontières (membres du conseil de bloc opératoire), permet de diffuser ces items à l'ensemble du personnel.

2. Les formations spécifiques (type TeamSTEPPS) ou les réunions non-spécifiques (staffs, conseil de bloc opératoires...etc.) sont autant de moments d'interactions permettant l'émergence de d'échanges d'informations, création de perspectives commune ou de mémoire dans le groupe (influence sociale et les interactions entre les individus). L'importance de sanctuariser ces éléments et de donner les moyens de les réaliser est un élément tout aussi important dans la création des opportunités (physiques).

3. Le développement d'une dédifférenciation et l'émergence d'une compréhension commune entre les différents membres du système multi-équipe permet d'instaurer une confiance entre ces membres : la régulation et la coordination se font de manière honnête car on connaît les contingences des autres groupes et on adapte son action en fonction de ces contingences en vertu du principe de la gestion de l'incertitude (capacité par régulation du comportement). Ces éléments une fois mis en place permettent d'induire des éléments de la motivation : prise de responsabilité sur son activité et sur les incertitudes l'entourant, information des autres parties prenantes sur les contingences et les contraintes de son activité (rôle et identité sociale et professionnelle), confiance envers les autres membres des autres groupes permettant d'énoncer clairement les difficultés ou les déviations par rapport à un standard de soins sans pour autant avoir peur d'une conséquence (optimisme et croyance dans les conséquences, intention. L'ensemble de ces éléments jouant au fil du temps un rôle de renforcement des comportements étant donné le fait qu'ils vont induire une meilleure coordination. Enfin, le volet émotionnel peut être décliné par la diminution des conflits (et les phénomènes d'anxiétés s'y associant) et une meilleure ambiance de travail peut jouer également un rôle de renforcement de la communication et des échanges.

4. La mise en exergue des objectifs du système produit les mêmes résultats dans la mesure où tout le monde est en accord sur ces objectifs : la qualité des soins tout en préservant au mieux la qualité de vie au travail. L'influence sociale qui en découle augmente la motivation des participants vers un plus grand respect des autres corporations en facilitant la communication et la dédifférenciation (on me respecte et on respecte mon travail).

5. Les mêmes arguments peuvent enfin être déclinés pour le leadership du cadre du bloc opératoire par un effet de motivation et particulièrement par le renforcement qu'il induit : compétences-confiance-autorité.

V. Au-delà du bloc opératoire

Cette étude nous a également permis d'entrevoir la possibilité d'une extension de nos résultats à l'ensemble du parcours opératoire du patient. En effet, nous avons limité notre analyse à la période opératoire qui elle-même n'est qu'une partie du parcours dit « périopératoire » du patient. Toutefois, le bloc opératoire comme entité de soins présente des similitudes fonctionnelles et structurelles avec d'autres unités de soins permettant d'extrapoler nos résultats

à l'ensemble des structures ayant comme caractéristiques un parcours de soins spécifique faisant intervenir plusieurs corporations soignantes ayant des interactions directes entre elles permettant l'instauration des concepts de la coordination et particulièrement ceux de la compréhension commune qui nécessitent une certaine proximité afin de se développer (Yatim. F and Minvielle. E 2016).

VI. Quels impacts en termes de santé publique

1. Sur l'offre de soins et le financement de la santé

La première retombée en termes de santé publique est la meilleure coordination au bloc opératoire et les structures de soins assimilées à ce dernier permettant d'espérer une plus grande performance des blocs opératoires en termes d'accès aux soins. La problématique de l'offre de soins est prégnante dans notre pays, les projets régionaux de santé des 13 régions de France ont en commun d'essayer de traiter cet enjeu de l'accès aux soins et des déserts médicaux. La présente étude ébauche des solutions permettant une meilleure coordination des soins et donc une meilleure utilisation des ressources des blocs opératoires.

De plus, l'optimisation des structures de soins résultant de l'amélioration potentielle de la coordination et les performances peuvent se traduire par une meilleure efficacité du système de santé avec une meilleure utilisation des

2. Sur l'attractivité des ressources humaines

Le second impact plus indirect concerne le déficit des ressources humaines. En effet la période post-COVID a été révélatrice d'une profonde crise des valeurs dans notre système de santé ayant comme conséquence une profonde détérioration de la disponibilité de ressources médicales et paramédicales entrée dans un cercle vicieux (Ahmed et al. 2022). Une organisation optimale permettant à l'ensemble des professionnels d'exercer leur profession de manière à répondre aux contingences propres de leur métier a largement été montrée comme facteur d'attractivité pour les soignants (Gafsou et al. 2021). D'autres part, la différenciation dans les SME, permettant la reconnaissance de l'effort et des contraintes de chacun mais également de définir des objectifs communs est à la base de l'émergence d'un sens du travail à chaque protagoniste. Ce sens du travail a largement été mis en avant dans l'attractivité pour les équipes mais également comme facteur de performance dans les organisations (Luciano, DeChurch and Mathieu 2015).

3. Sur l'efficience du système de santé

L'optimisation des structures de soins résultant de l'amélioration potentielle de la coordination et les performances peuvent se traduire par une meilleure efficience du système de santé avec une meilleure utilisation des ressources financière. L'amélioration de l'attractivité du système de santé pour les soignants permettrait également d'éviter le recours à l'intérim aussi bien médical que paramédical et de détourner les sommes ainsi utilisées à cet effet pour des missions de soins mais également de santé publique comme la promotion de la santé.

4. Sur des actions de promotion de la santé

Le troisième impact concerne la possibilité, au travers l'attractivité et l'organisation des structures de soins, la possibilité de libérer du temps aux divers protagonistes afin de mettre en œuvre des actions en rapport avec la promotion de la santé dans les structures de soins (Alla and Cambon 2018). En effet, l'hôpital et plus généralement les structures de soins sont les lieux idéaux pour mettre en place des actions de promotion de la santé : espaces verts, campagnes de préventions...etc. Toutefois, les contraintes actuelles en termes de ressources humaines ne permettent pas l'implémentation de ces solutions de préventions (Alla and Cambon 2018). Une meilleure organisation de l'activité de soins pourrait permettre de libérer des soignants afin de réaliser ces activités de promotion de la santé au travers de diverses actions aussi modeste soit-elle.

VII. Conclusion

La présente étude, partie d'une problématique de terrain, a tenté de comprendre et de proposer des solutions aux problématiques de la coordination dans les organisations de santé. Au-delà des réponses et des améliorations qu'elle propose, elle ouvre la porte à des compléments d'investigations dans le domaine des relations interprofessionnelles dans le domaine de l'organisation des blocs opératoire, domaine largement dominé par des études sur les métriques de performances.

VIII. Références bibliographiques

- Ahmed, F. R., W. Bani-Issa, F. Timmins, J. M. Dias, N. Al Yateem, M. A. Subu, S. M. Alzahmi, R. Saqa, H. A. Rahman, and M. AbuRuz. 2022. "Managing during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study of healthcare workers' perceived organizational support and its consequences on their compassion, resilience, and turnover intention." *J Nurs Manag.*
- Alla, François, and Linda Cambon. 2018. "L'Hôpital, acteur de la promotion de la santé et de la prévention ?" *Santé Publique* 30(1):5-6.
- Bercot, Régine, Chantal Horellou-Lafarge, and Alexandre Mathieu-Fritz. 2011. "Les transformations récentes de la chirurgie française. Spécialisation, féminisation, segmentation." *Revue française des affaires sociales* (2-3):104-22.
- Cane, J., D. O'Connor, and S. Michie. 2012. "Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research." *Implement Sci* 7:37.
- Casanova, Philippe. 2017. "Chapitre 21 - Leadership et santé." Pp. 245-51 in *Réinventer le leadership*. Caen: EMS Editions.
- Cendán, J. C., and M. Good. 2006. "Interdisciplinary work flow assessment and redesign decreases operating room turnover time and allows for additional caseload." *Arch Surg* 141(1):65-9; discussion 70.
- Dakhlaoui, Amira, Claire Gatecel, and Michel Sfez. 2012. "Comment allier productivité et sécurité des soins au bloc opératoire ?" *Gestion 2000* 29(4):49-60.
- Davison, R. B., J. R. Hollenbeck, C. M. Barnes, D. J. Slesman, and D. R. Ilgen. 2012. "Coordinated action in multiteam systems." *J Appl Psychol* 97(4):808-24.
- DeChurch, L. A., and M. A. Marks. 2006. "Leadership in multiteam systems." *J Appl Psychol* 91(2):311-29.
- Edmondson, A. C. 2012. "Teaming." Wiley.
- Gafsou, B., M. C. Becq, D. Michelet, F. Julien-Marsollier, C. Brasher, and S. Dahmani. 2021. "Determinants of Work-Related Quality of Life in French Anesthesiologists." *Anesth Analg* 133(4):863-72.
- Hall, P. 2005. "Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers." *J Interprof Care* 19 Suppl 1:188-96.
- Larson, James R., Pennie G. Foster-Fishman, and Timothy M. Franz. 1998. "Leadership Style and the Discussion of Shared and Unshared Information in Decision-Making Groups." *Personality and Social Psychology Bulletin* 24(5):482-95.
- Luciano, Margaret M., Leslie A. DeChurch, and John E. Mathieu. 2015. "Multiteam Systems: A Structural Framework and Meso-Theory of System Functioning." *Journal of Management* 44(3):1065-96.
- Nawaz, H., A. C. Edmondson, T. H. Tzeng, J. K. Saleh, K. J. Bozic, and K. J. Saleh. 2014. "Teaming: an approach to the growing complexities in health care: AOA critical issues." *J Bone Joint Surg Am* 96(21):e184.
- Okhuysen, Gerardo A., and Beth A. Bechky. 2009. "Coordination in Organizations: An Integrative Perspective." *Academy of Management Annals* 3(1):463-502.
- Osborn, Richard N., James G. Hunt, and Lawrence R. Jauch. 2002. "Toward a contextual theory of leadership." *The Leadership Quarterly* 13(6):797-837.
- Pandit, J. J., and F. Dexter. 2009. "Lack of sensitivity of staffing for 8-hour sessions to standard deviation in daily actual hours of operating room time used for surgeons with long queues." *Anesth Analg* 108(6):1910-5.
- Stepaniak, P. S., C. Heij, G. H. Mannaerts, M. de Quelerij, and G. de Vries. 2009. "Modeling procedure and surgical times for current procedural terminology-anesthesia-surgeon combinations and evaluation in terms of case-duration prediction and operating room efficiency: a multicenter study." *Anesth Analg* 109(4):1232-45.

- van Eijk, R. P., E. van Veen-Berkx, G. Kazemier, and M. J. Eijkemans. 2016. "Effect of Individual Surgeons and Anesthesiologists on Operating Room Time." *Anesth Analg* 123(2):445-51.
- Yatim, F, and Minvielle. E. 2016. "Politiques et management public."
- Zaccaro, Stephen J., Samantha Dubrow, Elisa M. Torres, and Lauren N. P. Campbell. 2020. "Multiteam Systems: An Integrated Review and Comparison of Different Forms." *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior* 7(1):479-503.