



HAL
open science

Des cas de dissonance cognitive chez les infirmiers de bloc opératoire : de l'éveil à la tolérance d'un inconfort psychologique

Elisabeth Boulliere

► **To cite this version:**

Elisabeth Boulliere. Des cas de dissonance cognitive chez les infirmiers de bloc opératoire : de l'éveil à la tolérance d'un inconfort psychologique. Santé. Université de Bordeaux, 2017. Français. NNT : 2017BORD0800 . tel-02420529

HAL Id: tel-02420529

<https://theses.hal.science/tel-02420529>

Submitted on 20 Dec 2019

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

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

Année 2017

THÈSE

pour le

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Ecole Doctorale Sociétés, Politique, Santé publique

Laboratoire LACES (Laboratoire - Cultures - Éducation - Société)

Mention : Sciences de l'Éducation

Présentée et soutenue publiquement

Le 4 décembre 2017 à 14h

Par Elisabeth BOULLIÈRE

**DES CAS DE DISSONANCE COGNITIVE
CHEZ LES INFIRMIERS DE BLOC OPÉRATOIRE :
DE L'ÉVEIL À LA TOLÉRANCE
D'UN INCONFORT PSYCHOLOGIQUE**

Membres du Jury :

Mme Claire MAJOUFRE, Professeure des Universités, Université Bordeaux (Président du jury)

M Christophe NIEWIADOMSKI, Professeur des Universités, Université Charles-de-Gaulle - Lille 3 (Rapporteur)

Mme Maria PAGONI, Professeure des Universités, Université Charles-de-Gaulle - Lille 3 (Rapporteur)

M Alain BAUBRIT, Professeur des Universités, Université Bordeaux (Directeur de thèse)

« Primum non nocere:

Philological Commentaries on a Medical Aphorism »

Acta Antiqua Hungarica 13 (1965), p. 359-308.

REMERCIEMENTS

La réalisation d'une thèse de doctorat est remplie de défis. Elle réclame souvent certains sacrifices personnels et professionnels. Je tiens ici à remercier plusieurs personnes qui m'ont encouragée et soutenue tout au long de mon parcours doctoral.

Tout d'abord, je remercie fortement Monsieur le Professeur Alain Baudrit, mon directeur de thèse. Monsieur, merci d'avoir partagé avec moi vos savoirs et savoir-faire. Merci pour votre grande disponibilité, votre confiance à mon égard, votre encadrement. Merci pour tous les encouragements que vous m'avez témoignés du début à la fin de mon parcours doctoral. Votre grande ouverture, votre polyvalence et votre rigueur sont des exemples. De même, votre passion pour la recherche s'est avérée contagieuse. Je suis extrêmement honorée d'avoir eu la chance de travailler à vos côtés.

J'aimerais aussi adresser toute ma reconnaissance à Monsieur le Directeur Général du CHU de Bordeaux ainsi que toute ma gratitude à Madame Catherine Brossais, Directrice des Écoles d'Infirmiers Spécialisés du CHU de Bordeaux qui m'a incitée et guidée dans ma reprise d'études. Elle l'a fortement rendue possible et a su m'apporter tout son appui au long de mon parcours universitaire.

Je tiens à remercier l'équipe pédagogique et administrative de l'École d'Infirmiers de Bloc Opératoire du CHU de Bordeaux qui a favorisé ce travail.

Merci aussi, à tous les infirmiers qui ont accepté de participer à cette recherche. Ils ont témoigné avec sincérité de leurs pratiques professionnelles.

Enfin, je tiens à remercier tous mes proches, en particulier mes amis qui m'ont apporté bien plus que soutien et encouragements.

Liste des sigles utilisés

ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANAP Agence Nationale d'Appui à la Performance

ARH Agences Régionales de l'Hospitalisation

ARS Agence Régionale de Santé

AS Aide-Soignant

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRAM Caisse Régionale d'Assurance Maladie

DDASS Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales

DHOS Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DRASS Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

HAS Haute Autorité de Santé

IADÉ Infirmière Anesthésiste Diplômée d'État

IBODE Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'État

IDE Infirmière Diplômée d'État

IFSI Institut de Formation en Soins Infirmiers

MACSF Mutuelle Assurances Corps Santé Français

URCAM Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

INTRODUCTION

Dans nos univers professionnels respectifs, un sentiment commun aux travailleurs est peut-être celui de ne pas exercer leur métier d'une manière satisfaisante. Notre temps voit la performance à tout prix comme une valeur qui semble de plus en plus prégnante. Ainsi, nous pouvons nous questionner face à différents malaises exprimés par de nombreux professionnels pour répondre aux contraintes gestionnaires croissantes. Peut-on supporter vouloir négliger une partie de son métier pour continuer à l'exercer ? Les professions de la recherche, du social et de la santé sont fortement impactées depuis quelques années par le nouveau management public. Mais quelles limites ne pas franchir pour ne pas mettre à mal ce qui n'a pas de prix ? Ce qui participe à l'essentiel et à la raison d'être de certains de ces métiers ?

Révéler la force de l'esprit de gestion comptable dans le champ de la santé n'est pas notre propos. Elle est incontournable afin de répondre aux évolutions et contraintes économiques. Entreprendre diverses réformes pour lutter contre certaines dépenses moins pertinentes, améliorer une qualité des services rendus, être transparent dans certaines organisations envers les usagers paraissent utiles. Mais jusqu'où cette logique gestionnaire peut-elle conduire les professionnels du service public ? Peut-on dissocier la logique d'un esprit gestionnaire de certaines valeurs de soignants ? N'y a-t-il pas une certaine dépendance entre ces deux logiques aussi essentielles soient-elles ? Au contraire, la nouvelle gestion publique peut-elle engendrer certains paradoxes ? Certes, différentes injonctions peuvent s'entrevoir comme contradictoires. Elles génèreraient alors malaise et incompréhension. Cependant, ces conséquences ne sont le fruit d'aucune stratégie se voulant résoudre certains dysfonctionnements. Néanmoins, la nouvelle gestion publique engendre différents changements dans la pratique de divers métiers, dans le vécu des professionnels et sur les prestations offertes. Que pouvons-nous en penser ? Conduit-elle à une réduction de coûts, à l'amélioration de la gestion, à une plus-value des services rendus aux usagers, aux « clients » ? Ainsi, en voulant apporter de l'ordre dans certaines organisations, cet esprit gestionnaire n'a-t-il pas amené certains désordres ? De plus, pour y répondre l'hôpital deviendrait-il une entreprise ?

Nous situerons notre recherche dans le champ de la santé et plus particulièrement dans l'univers clos des blocs opératoires d'hôpitaux publics où certains enjeux s'entrevoient au quotidien. Univers où les pressions temporelles et gestionnaires paraissent de plus en plus fortes face à une gestion des risques encourus par le patient de tous les instants. La qualité prônée par les soignants et par les pratiques de gestion est-elle restée la même dans ce système en pleine évolution ?

La profession d'Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat (IBODE) et ses perspectives engendrent aussi nombre d'interrogations : législation réorganisant le système de santé et impactant fortement les blocs opératoires, nouveaux référentiels d'activités et de compétences, actes exclusifs. Nous, chercheur, nous sommes nous-même infirmière spécialisée en bloc opératoire. Nous avons été formée à la gestion des risques. Depuis quelques années, après avoir été cadre de santé d'un bloc opératoire pluridisciplinaire, nous sommes à présent cadre supérieur de santé et formatrice dans une école d'infirmiers de bloc opératoire. Au cours de ces expériences, nous avons constaté plusieurs écarts entre les bonnes pratiques découlant de principes sécuritaires et les actions de soins de ces infirmiers ayant suivi une formation d'infirmier de bloc opératoire conduisant à un Diplôme d'Etat. Ces écarts de pratiques dans l'univers de la santé en pleine mutation ne sont pas des erreurs dues à un manque de connaissances. En effet, leurs savoirs ont été validés durant leurs études.

Notre propos est de nous questionner quant à certains non-respects exercés de façon volontaire de la part de ces infirmiers formés à la gestion des risques en bloc opératoire. De la sorte, en ne respectant pas certains fondements sécuritaires, les risques encourus par le patient sont majorés. Ainsi, en paraissant aller à l'encontre de leurs missions professionnelles que ressentent ces professionnels ? Comment expliquent-ils leurs choix ? Que comprendre lorsque ces infirmiers ne respectent pas les bonnes pratiques ? Cette recherche qui s'inscrit dans l'univers des blocs opératoires en pleine évolution, devrait aider à comprendre ce que ressentent les IBODE dans l'exercice de leur travail.

Certes, pour répondre à notre question de départ, il nous faut nous détacher de nos préconçus, prendre de la distance avec nos propres pratiques, avec nos préjugés. Pour se faire, nous débutons notre recherche dans un souci d'objectivité en appuyant nos propos sur une revue bibliographique. Nous présentons d'abord de ce fait les documents et ouvrages de

nature à étayer notre réflexion. Nous aborderons par la suite les évolutions du système de santé mais surtout de l'hôpital fortement impacté par le « new management public ». De la sorte, l'hôpital adopterait-il une logique entrepreneuriale ? Comment les professionnels paramédicaux vivent-ils cette évolution ? Comment répondent-ils à certaines injonctions et paradoxes ?

Dans le système complexe et à risques du bloc opératoire, la chirurgie est une science où la maîtrise et la sécurité côtoient la technologie qui évolue sans cesse. Se mettent ainsi en place des mesures majeures conduisant à une chirurgie plus sûre. Mais, malheureusement, l'actualité par exemple relate trop fréquemment de faits dommageables pour les personnes opérées. La chirurgie se voit de ce fait tiraillée entre un idéal où la sécurité domine et le réel où les non-respects des pratiques sécuritaires feraient partie d'un quotidien. De la sorte, nous dégagerons différentes violations.

Mais, face à ces pratiques, quels sont les enjeux pour les infirmiers dans l'univers complexes des blocs opératoires au regard d'une gestion ? Quels impacts pour ces professionnels ? Notre problématique se présente ainsi : comment peuvent travailler des professionnels devant garantir la sécurité alors que les pratiques sécuritaires ne sont pas totalement respectées de leur part ? Que ressentent-ils quand ils disent commettre certaines violations ? Le regard ternaire de la psychologie sociale devrait pouvoir nous éclairer. Nous choisirons par la suite la théorie de la dissonance cognitive (Festinger, 1957) comme modèle explicatif. Pour poursuivre, nous formulerons nos hypothèses qui seront mises à l'épreuve du terrain.

Notre enquête mobilise deux méthodologies complémentaires : enquête par questionnaires et enquête par entretiens semi-directifs. Pour ce faire nous avons questionné et consulté des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état issus de centres hospitaliers universitaires et de centres hospitaliers périphériques. Mais il nous aura fallu répondre à de nombreuses questions au préalable concernant la méthode, la préparation en vue de l'enquête. Certes, il existe des biais que nous exposerons et qui révéleront les limites de notre travail.

Dans notre recherche d'objectivité, l'analyse des données nous a permis de confronter nos hypothèses à la réalité des professionnels IBODE. Exploiter les résultats, les mettre en regard du cadre théorique révèlent toute la force de la théorie de la dissonance cognitive mais

pas seulement. Ainsi, en nous appuyant sur nos résultats, nous mettrons en évidence que le système complexe du bloc opératoire voit évoluer certaines formes de déviance effectuées par des infirmiers au vécu professionnel délicat. De plus, cet état leur est difficilement tolérable.

Cette thèse se propose d'étudier les non-respects des pratiques sécuritaires commises par les infirmiers spécialisés en bloc opératoire où l'exigence de la sécurité est primordiale. Elle étudie les inconforts psychologiques qui apparaissent éventuellement lorsque les IBODE ne respectent pas consciemment les bonnes pratiques en commettant des violations (Reason, 2003). Notre étude questionne la théorie de la dissonance cognitive (Festinger, 1957) et la théorie radicale de la dissonance cognitive (Beauvois et Joule, 1981). Ces professionnels évoluant dans un contexte de soumission librement consentie, mobilisent des cognitions incompatibles. Ces soignants aux valeurs de « prendre soin » (Heesbeen, 1997), de rigueur, de sécurité et de qualité des soins peuvent ressentir un inconfort psychologique au regard des violations puisque celles-ci majorent *a priori* les risques opératoires encourus par les opérés.

Pour ce faire, dans une première partie, nous présenterons l'évolution de l'hôpital et les logiques plurielles qui s'y côtoient. Puis nous exposerons l'évolution de la profession d'infirmier de bloc opératoire dans une perspective socio-historique. La deuxième partie décrit le milieu complexe et à risques d'un bloc opératoire où les IBODE évoluent entre différents mondes aux logiques qui paraissent divergentes mais complémentaires. Après avoir présenté les erreurs et les violations en fonction d'approches diverses, nous adopterons un regard psychosocial au cours de la troisième partie. Nous présenterons alors notre modèle explicatif : la théorie de la dissonance cognitive. Nous poserons alors nos hypothèses de recherche. Notre quatrième partie expose le cadre méthodologique de la recherche. Nous présenterons les résultats de l'enquête quantitative au cours de la cinquième partie. Les résultats de l'enquête qualitative seront ensuite exposés avant une dernière partie où tous les résultats seront discutés. Ainsi, le contexte professionnel dans lequel évoluent les IBODE serait susceptible de normaliser les violations en générant de ce fait l'accroissement d'une zone accidentogène (Amalberti et al, 2006) aux dépens de la garantie de soins sécuritaires au service du patient.

I- DE L'HOSPITALITÉ À L'HÔPITAL ENTREPRISE : LA PUISSANCE DE LA LOGIQUE GESTIONNAIRE

En introduction de son ouvrage, « la société est-elle malade de la gestion », Vincent de Gaulejac écrit : « entre la rigueur du chercheur qui doit présenter une analyse argumentée, fondée sur des hypothèses vérifiables, et l'engagement du citoyen qui met en avant ses opinions, ses idéaux, ses sentiments, ses indignations et ses inquiétudes, il y a parfois un grand écart » (De Gaulejac, 2010, p.17). Ne voulant pas tenir toutefois un discours de dénonciation certainement non conciliable à celui d'un chercheur, notre quête de neutralité et d'objectivité dans notre travail de recherche ne paraît pas tout à fait conciliable à certains de nos ressentis de soignant.

Se détacher de notre connaissance du réel, telle est l'étape incontournable du début de notre travail. Comment se questionner ? Vouloir se délier de l'opinion, de nos opinions, de cette construction est fortement souhaité car « L'opinion pense mal ; elle ne pense pas : elle traduit des besoins en connaissances. En désignant les objets par leur utilité, elle s'interdit de les connaître » (Bachelard, 1938, p. 14). Chose n'est pas si aisée même voire très délicate et nécessite maints efforts. La rupture épistémologique sera incontestablement quelque peu complexe mais par là-même nécessaire dans cette démarche de recherche. Se libérer de ces opinions que Durkheim appelait les *prénotions*, de ses prêt-à-penser nous le devons. Pour répondre à notre démarche dynamique de questionnement dans une recherche de précision, de rectification et de différenciation, ces efforts nous serons essentiels.

Détachons-nous donc d'un raisonnement trop simpliste partant de la constatation que les transformations contemporaines du monde du travail seraient induites par une rationalisation excessive touchant aussi de plein fouet le champ de la santé. Les dégradations des situations de travail inférées par un contrôle accru seraient de ce fait une mise en cause sans doute trop réductrice. Les faits semblent bien plus complexes.

Nos attentions nous permettront de réunir des informations exploitables concernant l'évolution du système de santé dans un contexte économique et politique en pleine mutation et des recommandations en rapport. Depuis quelques années apparaît une littérature étudiant

l'impact de l'esprit gestionnaire sur la réalité quotidienne des institutions de soins. En effet, devant l'augmentation constante des coûts de la santé, les établissements hospitaliers ont intégré des systèmes qualité, dotés d'outils de gestion permettant de mesurer la répartition des coûts par tâches effectuées. Mais, force est de constater « qu'il s'agisse des organisations publiques, ou plus spécifiquement du domaine médical, la littérature traite majoritairement cette problématique sous un angle théorique, voire dogmatique. Seules quelques exceptions adoptent une perspective empirique » (Wyser, 2008, p.2).

Présenter le contexte de notre étude nous semble indispensable. Celle-ci prend place dans le champ de la santé en pleine évolution. Nous débiterons par exposer le contexte économique et politique en regard de la culture de sécurité les soins au sein des hôpitaux. Certes, il nous faudra aussi prendre en considération des évolutions hospitalières depuis les trente dernières années. Les maillons primordiaux de ces organisations sont constitués de nombreux soignants aux identités professionnelles et aux groupes professionnels semblent eux aussi en pleines évolutions. De même, appréhender cette organisation, semble-t-elle bureaucratique, nous paraît aussi fondamental pour une meilleure appréhension des agents, des acteurs et des personnes.

Nous débiterons par resituer le contexte économique et politique d'aujourd'hui qui guide les établissements de soins et leurs nombreuses évolutions en tentant d'apporter quelques éclaircissements incontournables notamment au sein de blocs opératoires. Puis, nous repositionnerons la profession d'infirmière et la spécialité d'infirmière de bloc opératoire. Par la suite, nous considérerons cette soignante dans le contexte présenté en première intention.

Mais, notre étude ne peut contourner le fait qu'elle s'attachera à approcher des professionnels paramédicaux spécialisés en bloc opératoire. Ils ne sont pas que des travailleurs qualifiés, experts en leur domaine, menés certainement par des valeurs du « prendre soin », responsables de leurs actes, ils sont des soignants devant répondre à un certain nombre d'impératifs imposés par des instances et devant rendre compte face à des exigences externes d'efficacité. Leur professionnalisme « n'est plus seulement la traduction d'une éthique professionnelle défendue par les travailleurs maîtrisant une expertise, il est aussi l'expression de normes organisationnelles applicables, potentiellement, à tout travailleur » (Boussard, Demazière, Milburn, 2010, p. 13). Pour ces professionnels comme tant d'autres, il existe « une montée d'exigence de professionnalisme portée de l'extérieur aux

groupes et non pas introduites par les travailleurs concernés ». (*Ibid.* p.17). Ces derniers peuvent essayer de faire reconnaître leur activité au mieux, de revaloriser leurs savoirs notamment, dans le contexte de réingénierie de formations des professions paramédicales dans un système Licence-Master-Doctorat, pour ne citer que lui. Il est à noter que la formation des infirmiers anesthésistes diplômés d'état est reconnue au grade Master 2 depuis quelques mois. Celle des Infirmiers de Bloc Opérateur Diplômés d'État (IBODE) est en étude aux ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur. Donc, nous voyons que le caractère de professionnel revêt un aspect de lutte pour une reconnaissance différente au regard de différents segments dans un même groupe professionnel. Ce besoin de reconnaissance à conquérir résulte d'autres acteurs qui interfèrent dans l'accomplissement de leurs tâches. De plus, la recherche d'efficacité, de performance, au regard d'une responsabilité de chacun grandissante et revendiquée est ainsi vécue au quotidien. Cette obligation de compter, du rendre compte fait de la sorte partie intégrante de l'exercice de leur mandat. Elle pourrait être considérée comme des « vecteurs de déstabilisations potentielles des professionnalités établies, héritées ou conquises » (*Ibid.* p.18). Héritées puisque la profession d'infirmier a un poids historique considérable et conquises puisque cette profession lutte depuis plusieurs années pour une reconnaissance. Un certain segment de ce groupe professionnel, celui des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat a su faire alliance et revendiquer pour la reconnaissance de l'exclusivité de leurs gestes en anesthésie dans le secteur du bloc opératoire par exemple.

1- DE L'HOSPITALITÉ A LA LOGIQUE GESTIONNAIRE

Un rapide retour sur les origines des hôpitaux et leurs fonctions révèle un profond enracinement pour une assistance aux malades et aux plus démunis. De même, cette assistance aux personnes très affaiblies s'enracine au centre des religions monothéistes telles que le judaïsme, le christianisme et l'islam. Ce sont-elles qui impulseront l'essor de lieux d'accueil (Carriburu, Ménoret, 2004, p.13). Au début du III^{ème} siècle, ce sont les grands monastères bouddhistes de l'Inde qui accueillent et soignent avec des plantes médicinales les personnes malades. Mais, l'hôpital va vraiment apparaître en Iran au sein d'un complexe regroupant la mosquée, l'école théologique, la bibliothèque, le caravansérail et le hammam. De ce fait, le biramistan est un endroit où sont prodigués des soins, des enseignements. Les

médecins y sont alors rétribués pour ces deux services. Mais, n'oublions pas qu'à travers le biramistan s'expose la dévotion religieuse du calife et donc par là-même sa puissance afin de maintenir un certain équilibre social.

Avec la croissance du christianisme, des villas d'accueil consacrées aux personnes pauvres et malades sont offertes par de riches croyants. La plus célèbre d'entre eux fut une romaine chrétienne se nommant Fabiola (Guillermant, 1988, p.15). Ainsi, il nous faut savoir que les maisons d'hospitalité voient le jour et prennent de l'essor aux IV^e et V^e siècles. Elles accueillent les malades, les pauvres, les sujets âgés et les pèlerins du chemin de Compostelle. Ces établissements de « charité », ces « Maisons-Dieu » sont proches de la cathédrale et sont sous couvert de l'évêque (Guillermant, 1988, p.66). Au contraire, dans ces fondations, il n'y a pas de médecins et les soins consistent à offrir gîtes et couverts dans des conditions d'hygiène déplorable où certaines maladies peuvent se disséminer ... L'hôpital développe plus de missions spirituelles pour le salut des âmes que de soins aux corps malades en cette période.

Au siècle suivant, les léproseries s'élèvent aux périphéries des villes. C'est sous François 1^{er} qu'est créé le Grand Bureau des pauvres devant coordonner l'activité des hôpitaux du royaume. De plus, les officiers royaux assurent l'administration hospitalière.

Dès 1551, sous Henri II, une taxe communale est créée pour renflouer les comptes hospitaliers.

Sous le règne de Louis XIV, un hôtel-Dieu doit être construit dans chaque grande ville pour l'accueil des pauvres, des vieillards, vagabonds, enfants orphelins et prostituées. Ainsi, au XIII^e siècle, il existe trente-trois villes françaises ayant un hôpital général destiné aux indigents.

C'est en 1790 que les hôpitaux sont ôtés aux congrégations religieuses. En 1794, le décret du 23 messidor de l'an II nationalise les hôpitaux, pour, par la suite, voir leur gestion remise aux communes car leur situation était devenue délicate.

Il est à noter qu'à partir de 1838 les aliénés se voient attribuer les asiles. C'est en 1851 que les hospices et hôpitaux deviennent établissements autonomes disposant d'une

personnalité morale, dès lors, ils peuvent avoir un budget, un patrimoine. Ils sont donc indépendants de la commune. La commission administrative devient un organe de surveillance et de direction.

Environ cent ans plus tard, avec la loi du 21 décembre 1941 qui tient compte de la naissance des assurances sociales, l'hôpital s'ouvre à toutes les classes sociales et aux indigents. C'est alors que l'Etat prend à nouveau la direction en confiant la fonction de direction au préfet. A cette époque aussi, l'organisation médicale actuelle voit le jour grâce à un agencement en services avec leurs chefs de service.

En 1958, trois ordonnances engendrent une véritable réforme hospitalière. L'hôpital universitaire est créé et le secteur hospitalier public prend son essor l'emportant sur une évolution tangible vers le semi-privé. Le directeur organise les dépenses.

En 1970, la carte sanitaire est instaurée pour contrôler les demandes de création, de transformation ou d'extension des hôpitaux. Le pays est alors divisé en secteurs sanitaires qui offriront aux circonscriptions de 80 000 habitants un plateau technique, des blocs opératoires et des laboratoires d'analyse. Les SMUR et SAMU sont conçus.

En 1983, pour leur fonctionnement, les hôpitaux se voient attribuer une dotation globale de financement. Il est aussi instauré le forfait journalier à la charge de l'assuré.

En 1991, une nouvelle loi a pour objectif de réduire le nombre de lits car les coûts hospitaliers augmentent. Elle s'appuie sur la carte sanitaire mais la renforce d'un schéma d'organisation sanitaire pour chaque région, le SROS. D'une durée de cinq ans, il s'avère redoutable au profit de restructurations hospitalières. Cette loi donne naissance à la commission des services de soins infirmiers pour représenter les personnels infirmiers suite aux grèves de 1988.

Les ordonnances d'avril 1996 donnent le jour à la charte du patient hospitalisé et traitent donc du droit des malades. Le deuxième titre de ces ordonnances consolide le principe de l'évaluation et de l'analyse de l'activité des hôpitaux. Pour ce faire, une agence indépendante est créée. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) pose ainsi les normes de bonnes pratiques. De même, les Agences Régionales de

l'Hospitalisation (ARH) voient le jour et regroupent pour une unicité de décision les services de l'Etat tels que les DDASS, DRASS, CPAM, CRAM, URCAM. Elles planifient les structures et les équipements tout en concédant des ressources aux établissements. Par le titre 5, le financement des établissements fera dorénavant l'objet d'une dotation limitative déterminée en fonction de l'objectif national des dépenses. L'ARH met fin au SROS et veut rationaliser l'offre de soins en concevant des communautés d'établissements. De plus, des groupements de coopération sanitaire commandent de mettre en commun des moyens entre établissements. Les pouvoirs publics annoncent sans ambiguïté leur objectif de réduire de près d'un tiers le parc des lits hospitaliers. De ce fait, maints établissements privés et publics de petite taille vont se voir regroupés. Les responsables affirment aussi leur volonté d'améliorer la qualité des soins. Mais, qu'en est-il de la proximité de ces mêmes soins ?

Après cette période de régionalisation étatique et de reconfiguration des établissements de santé naît le plan Hôpital 2007, annoncé dès 2002 pour une modernisation de l'hôpital. Mais il est à noter qu'auparavant, la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système hospitalier affiche le désir de composer une démocratie sanitaire. De ce fait, les patients peuvent se constituer en associations pour une meilleure défense de leurs intérêts. Cette loi conçoit un droit à l'indemnisation amiable des personnes victimes d'accidents médicaux, d'infections associées aux soins. Le dédommagement est alors distinct de la faute médicale. Quant à elle, la réforme de 2003, pour une simplification du droit hospitalier, renforce le rôle du schéma d'organisation régional et supprime la carte sanitaire. Elle établit aussi un nouveau mode de financement, de fonctionnement des hôpitaux en autorisant le recours au bail emphytéotique qui permettra aux grands hôpitaux un partenariat privé public dans le cadre des immeubles, biens meublés et ouverture des marchés.

Pour poursuivre, la nouvelle gouvernance de 2005 instaure une nouvelle tarification à l'activité (T2A) qui positionne les recettes sur les dépenses et les résultats sur les moyens.

Le dernier plan, plan hôpital 2012 reprend les axes majeurs de la réforme globale débutée en 2003, à savoir, la nouvelle tarification et la gestion financière, la gouvernance interne des établissements et la planification régionale. Il aura pour objectif d'améliorer l'efficience de l'offre hospitalière et de poursuivre la modernisation technique des établissements de santé engagé avec le plan Hôpital 2007.

Enfin, la loi Hôpital Patient Santé Territoire se donne comme objectif de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Elle crée les Agences Régionales de Santé (ARS) ayant pour missions de coordonner l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecins de ville, santé publique et prévention). De plus, l'organisation interne des hôpitaux est définie en pôles d'activités. Le Directeur de l'hôpital signe avec le chef de pôle (médecin) un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. Cette loi est aussi à l'origine de la création de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). Elle a pour mission d'aider les établissements de santé à améliorer le service rendu aux patients en apportant des recommandations. Lors de la mise en œuvre de ces recommandations, elle se doit de permettre aux établissements la modernisation de leur gestion pour une meilleure optimisation des moyens mis à leur disposition.

Après cette courte rétrospective ne se voulant pas exhaustive, nous pouvons noter qu'à partir des années 80, l'orientation des politiques tend à s'inverser. Nous assistons à une construction aux fondements économiques dans le secteur hospitalier. Il existe à partir de cette période un objectif affiché de rationalisation. Le monde hospitalier n'est pas le premier secteur touché au nom du « new public management ». Apparue dans les années 80, le nouveau management public a été une pierre d'angle pour la réforme de la loi organique relative aux finances (LOLF). En effet, les gestions des institutions publiques et donc leurs organisations ont été ébranlées par le courant de la nouvelle gestion économique (NGP) (Boukaert, 2003). De même, les techniques et méthodes du secteur privé entrent, pour un souci d'efficacité, d'efficience, dans le secteur public. La notion de performance, la culture du résultat viendrait alors côtoyer la culture de sécurité des soins dans l'institution hospitalière. De la sorte, des objectifs sont fixés auxquels seront adossés des moyens, des outils de pilotage, des contrats de performance et des outils de mesure. La primauté est mise sur les résultats à atteindre. De plus, il est à noter l'existence de certains paradoxes, la juxtaposition de valeurs dont certaines en plein changement et ne trouvant pas grand intérêt pour certains acteurs. Ces derniers seraient confrontés à l'utilisation d'outils de gestion grandissant, générant ainsi des situations aboutissant à des conflits d'intérêts, des abus de pouvoir et de la corruption au sein des organisations (Emery et Wyser, 2008).

Quels sont ces outils introduits pour une meilleure maîtrise des coûts ? Face à l'augmentation des coûts de la santé, les établissements de soins ont introduit des systèmes qualité enrichis d'outils de gestion pour une meilleure performance. Ainsi l'évolution

impulsée par le new public management serait indivisible de ces instruments. La contractualisation est indissociable de ce fait. Les pôles d'activités cliniques ou médicaux techniques des établissements de soins sont liés par un contrat au niveau central de l'hôpital. La loi HPST a donné à l'hôpital un Directoire et un Conseil de Surveillance amenant peut-être à un renforcement de pouvoir du directeur. Chacun doit alors faire preuve de performance, de qualité et bien sur d'efficacité voire d'efficience pour répondre aux objectifs. N'oublions pas qu'un nouveau mode de financement des établissements de santé repose sur un codage à l'activité : la T2A. De même, n'omettons pas que les ordonnances d'avril 1996 portant réforme hospitalière amorcent la certification dans le système de santé français.

Questionnons-nous à présent sur les impacts au quotidien dans la structure hospitalière.

2- NEW MANAGEMENT PUBLIC-CERTIFICATION : DE LA CULTURE DE GESTION A LA CULTURE DE SECURITE DES SOINS ?

Les outils et méthodes entrant dans le système de santé gagnent de plus en plus de place. Ils font partie intégrante de cette quête de performance. Ils sont indissociables du quotidien pour les soignants. Les médecins doivent appliquer une cotation à chaque acte effectué. Ils doivent coter, tracer. Les soignants paramédicaux doivent appliquer des procédures de mieux en mieux formalisées. Les documents d'enregistrement jalonnent leurs activités. Le bloc opératoire n'est pas exclu de cette dynamique. Le système qualité ne peut se défaire d'une gestion documentaire détaillée demandant rigueur et méthodologie pour la renseigner. Mais, nous voyons poindre dans les systèmes d'évaluation certaines dimensions encore inconnues il y a quelques années, notamment la dimension de culture.

Mais intéressons-nous tout d'abord aux répercussions des dernières lois au regard de la nouvelle gouvernance à l'hôpital : la contractualisation des pôles et la certification. Nous terminerons cette partie en évoquant les missions de l'Agence Nationale d'Aide à la Performance.

Contractualisation

C'est en mai 2005 avec l'ordonnance n° 2005-406 simplifiant le régime juridique des établissements de santé que la réforme dite de la nouvelle gouvernance hospitalière a vu le jour. Ses deux axes principaux étaient tout d'abord la création d'un Conseil Exécutif associant le corps médical à la gestion et le regroupement des fédérations et départements en pôles d'activité. Ces pôles sont pourvus de responsables médicaux de pôles et de conseils de pôles.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, mieux connue sous le nom de loi HPST, consacre à l'ordonnance précédente de nombreuses évolutions institutionnelles : le Conseil d'Administration devient Conseil de Surveillance, les attributions du Directeur se voient renforcées puisque en outre il dispose d'un pouvoir de nomination du personnel, les Responsables de Pôles deviennent des Chefs de Pôles, les attributions de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) deviennent plus techniques et moins généralistes, les syndicats inter hospitaliers deviennent des communautés hospitalières de territoires (CHT). Certes, nous retraçons là les modifications majeures non pas l'exhaustivité touchant l'hôpital en son sein. Ce qu'il nous faut retenir, c'est le Conseil de Surveillance étant composé de 15 membres de trois collèges d'égale importance (collectivités territoriales, personnel médical et non médical, usagers et personnes qualifiées) devient un organe de contrôle de gestion. Il est une instance délibérante. Le Directoire est composé de sept membres mais il perd son caractère paritaire et le corps médical devient majoritaire. Il est présidé par le Directeur. Le Président de la Commission des Soins (infirmiers) est membre de droit. Le Directoire conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Les Chefs de Pôles sont nommés par le Directeur sur une liste présentée par le président de la CME. La durée de leur mandat est de quatre ans. Ils signent un contrat de pôle qui définit les objectifs et les moyens du pôle avec le Directeur. Ils organisent avec les équipes médicales, soignantes administratives et d'encadrement du pôle sur lesquelles ils ont une autorité fonctionnelle, le fonctionnement et les affectations des ressources humaines. Deux mois après la nomination des Chefs de Pôles, le Directeur leur propose une formation adaptée à l'exercice de leur mission. Ainsi, nous voyons que le corps médical est fortement associé à la gestion. La loi HPST a renforcé les pouvoirs exécutifs (Directeur, Chefs de pôles). Nous pouvons aussi remarquer que le Conseil de Surveillance remplace le Conseil d'Administration. Ce changement de nom emprunté au vocabulaire de l'entreprise répond-il à une volonté symbolique du législateur ? Pour les Chefs de Pôles, la terminologie a aussi changé puisque

ils sont nommés Responsables de Pôles. Elle le conforte dans une symbolique où le pouvoir hiérarchique est plus affiché.

Mais, cette contractualisation doit répondre aux recommandations de la certification des établissements de santé.

Certification

La certification des établissements de santé, introduite dans le système de santé français en 1996, se définit « comme au cœur de l'amélioration et de la qualité des soins ». Elle est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé et de ses organismes de tutelles. Elle a lieu tous les quatre ans. Ce sont des professionnels externes à la HAS mais mandatés par cette dernière qui grâce à un manuel d'évaluation effectuent une visite de certification. L'objectif est « de porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations des établissements de santé ».

Depuis sa création trois démarches de certification se sont déroulées. La première date de juin 1999. Sa finalité était de promouvoir la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. La deuxième procédure de certification (V2 2007) a commencé en 2005. Elle a cherché à évaluer la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et le niveau de qualité atteint. Elle se voulait de mesurer différentes thématiques telles que : la politique et la qualité du management, les ressources humaines, l'organisation de la qualité et de la gestion des risques, la prise en charge du patient. La troisième version de la certification (V2010) a été conçue pour permettre « *une certification plus continue et efficiente* » de même « son objectif est d'apporter une réponse pertinente et équilibrée aux attentes des usagers, des professionnels de santé et des pouvoirs publics ». La HAS approfondit cet objectif en argumentant que la certification « doit délivrer une information accessible et claire à destination des usagers ; renforcer sa place en tant qu'outil de management interne aux établissements ; créer des intérêts à agir pour les professionnels de santé et assurer son rôle dans la régulation des établissements de santé par la qualité ». La HAS, institution publique indépendante à caractère scientifique se veut « d'accompagner les professionnels dans l'amélioration de leurs pratiques auprès des patients et par ses avis à éclairer la décision publique afin d'optimiser la gestion du panier des biens et des services remboursables » déclare François Romaneix, Directeur de l'HAS. (HAS, 2008, p. 5)

Nous voyons apparaître quelques nuances dans les finalités présentées par la HAS au fil des différentes versions de certifications. Les notions de qualité et de démarche qualité sont toujours primordiales. Mais, il est clairement énoncé qu'elle peut aider « la décision publique » pour une meilleure optimisation des dépenses. Il est à noter aussi que le terme qualité est quelque peu polysémique. Comment définir la qualité ? Les patients sont mentionnés sous le terme d'usagers. Ce glissement sémantique semblerait-il anodin ? Rappelons-nous, la loi du 4 mars 2002 introduit la commission de droit des usagers. Les patients et leurs familles peuvent se rassembler en association. Les manuels de certification mentionnent des « usagers » par endroit.

Mais, comment sont retranscrites pour les soignants au quotidien ces fortes recommandations ? La démarche qualité demande une forte ressource documentaire très réglementée. Elle porte en fer de lance l'amélioration tendant à obtenir et garantir qualité et sécurité. Le manuel de la dernière certification V 2010 a été élaboré en considérant les établissements de santé qu'il situe dans un contexte se caractérisant par « l'expression des revendications légitimes des usagers, la surexposition des professionnels à des procédures externes marqués par un excès de formalisme, des difficultés démographiques déjà grandissantes et rencontrées par un grand nombre de professionnels et des tensions budgétaires qui pèsent sur le système de santé » (Manuel de certification avril 2011, p.4). Apparaît aussi dans les manuels de certification un axe priorisé sur la gestion des risques.

Lors de leurs passages les experts visiteurs vont porter aussi leur attention au niveau des blocs opératoires et leur organisation. La HAS recentre son attention sur « le développement d'une culture partagée de sécurité (qui) s'articule autour de la mise en œuvre de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » des revues de morbidité-mortalité et de la gestion des événements indésirables » (HAS, Manuel de certification, avril 2011, p.73). Elle cherche à connaître si une démarche documentée et actualisée pour la sécurité de la prise en charge patient existe. La charte de fonctionnement du bloc opératoire doit préciser les modes de fonctionnements des circuits de prise en charge d'un patient accueilli en urgence. Elle décrit aussi les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires. La HAS vérifie que la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est effectuée pour toute intervention. Elle contrôle la traçabilité des dispositifs médicaux implantables. Elle observe aussi s'il existe des procédures prenant indication sur

des « documents de référence actualisés et validés ». Elle examine ensuite s'il est mis en place un « suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (évènements indésirables, délais) » et si des actions d'amélioration sont effectuées. La HAS insiste sur la spécificité de chirurgie effectuée en ambulatoire qui permet un retour à domicile le jour même de l'intervention chirurgicale.

Le critère 26.a du manuel de certification se situant au niveau du chapitre de la prise en charge du patient concerne l'organisation du secteur du bloc opératoire. Les pratiques professionnelles ne sont évaluées qu'au travers des procédures, des signalements des évènements graves et des actions correctives mises en œuvre. Il fait partie des critères exigibles prioritaires.

De même, la notion incontournable, lorsqu'est abordé le bloc opératoire, est la gestion du risque infectieux. Comment est-elle évaluée par l'HAS ? La « maîtrise du risque infectieux » est considérée par le critère 8.g. Il fait partie du chapitre management de l'établissement puis de la partie management de la qualité et de la sous partie de la sécurité des soins. La HAS est sensibilisée au risque infectieux puisqu'elle déclare que les infections associées aux soins touchent un patient hospitalisé sur vingt. Ces infections auraient un « caractère évitable de près de 30% des infections nosocomiales » (HAS, manuel de certification, 2011, p. 41). La HAS s'appuie sur le suivi du score agrégé du tableau de bord mis en place par le ministère de la santé. Elle vérifie que l'établissement met en œuvre des actions de surveillance et de prévention. Il doit participer à des échanges et des comparaisons entre établissements notamment par les biais des programmes des Centres de Coordination de Lutte Contre les Infections Nosocomiales. Les mêmes établissements doivent former leurs professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux. Ce même risque infectieux doit être évalué grâce à des indicateurs.

Les critères suscités concernent la définition d'une politique, l'organisation d'une activité, d'un service, comme un bloc opératoire. Il regarde aussi l'évaluation par rapport à des indicateurs. En aucun cas, ils n'observent les professionnels en action sauf concernant la manière de procéder de renseigner la check-list sécurité du patient.

L'Agence Nationale d'Aide à la Performance

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a institué l'ANAP qui « a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses » (Extrait de la LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 18 (V). L'Agence se veut être un appui des établissements de santé en vue du renforcement de leur performance.

Ses missions sont notamment :

- La conception et la diffusion d'outils et de services permettant aux établissements de santé et médico-sociaux d'améliorer leur performance et, en particulier, la qualité de leur service aux patients et aux personnes ;
- L'appui et l'accompagnement des établissements, notamment dans le cadre de missions de réorganisation interne, de redressement, de gestion immobilière ou de projets de recompositions hospitalières ou médico-sociales;
- Le pilotage et la conduite d'audits sur la performance des établissements de santé et médico-sociaux ;
- L'appui aux agences régionales de santé dans leur mission de pilotage opérationnel et d'amélioration de la performance des établissements ;
- L'appui de l'administration centrale dans sa mission de pilotage stratégique de l'offre de soins et médico-sociale. (Extrait du Code de la Santé Publique - Article L6113-10).

Ainsi, un de ces domaines de compétences est l'organisation et la gestion. Alors, l'ANAP« a pour objectif de diffuser aux établissements de santé et médico-sociaux une culture de la performance et de fournir les services et les outils pour réussir la mise en place de cette performance. ». De plus, le bloc opératoire est « un élément essentiel du plateau technique interventionnel d'un hôpital, en raison de son niveau d'environnement, de l'investissement financier qu'il représente, de l'importance de la ressource humaine qu'il mobilise, des enjeux en termes de qualité et de sécurité des patients et des enjeux de productivité et d'attractivité des établissements ». (site ANAP). Cette agence propose alors différents moyens de gestion pour évaluer et analyser l'organisation d'un bloc opératoire pour

une amélioration de l'efficacité d'un bloc opératoire. Le premier outil est fondé sur un indicateur quantitatif mesurant le taux d'occupation des salles d'intervention d'un bloc opératoire dans le but de « maximiser l'efficacité de l'organisation des salles du bloc opératoire ». Le deuxième permet d'évaluer les pratiques organisationnelles du bloc opératoire et de les rapporter au regard d'un référentiel ANAP pour « analyser l'efficacité du bloc opératoire ». (Source :<http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/evaluer-et-analyser-la-performance-dun-bloc-operatoire-auto-diag-bloc/> le 30/07/13).

De la culture de sûreté à la culture de la sécurité des soins

Mais, parallèlement à l'évolution du système de santé et plus précisément au regard des réformes hospitalières en France ces dernières décennies, que pouvons-nous mettre en exergue par rapport au déploiement de la notion de sûreté et de culture de sécurité. ?

Parler de culture de sécurité commence dans les années 80. En définitive, ce fut surtout l'absence de culture de sûreté qui fut montrée du doigt. Elle a été fortement mise en évidence lors de l'explosion de la tranche quatre de la centrale nucléaire Tchernobyl le 26 avril 1986. Durant cette journée, au décours d'un essai de sûreté, au minimum, six consignes de sécurité se sont vues transgressées. Force est de constater que malgré une conception technique considérée comme certaine, l'accident n'a pu être prévenu. Les dimensions humaines, celles organisationnelles auraient dû être considérées elles-aussi (Nicolet, Camino, et al. 1990). Cependant, il nous faut bien reconnaître que l'analyse d'autres grandes catastrophes témoigne de l'impact de ces dimensions (Lagadec 1981, Perow 1984, Turner 1978). Il se trouve qu'une nouvelle fois, ce ne sont pas ces facteurs qui ont convaincu l'esprit rationnel des gestionnaires de risque, mais l'émotion qu'a engendrée la catastrophe de Tchernobyl. Aussi, la notion de culture de sûreté émane de la culture d'entreprise déferlant dans les années 80. Cette dernière devait favoriser l'adhésion des salariés par des comportements loyaux et efficaces générés par un discours humaniste de la direction pour légitimer l'organisation du travail (Cuhe, 2004). En 1991, l'Agence Internationale de l'Energie Nucléaire (AIEA) donne la définition de la culture de la sûreté suivante : « ensemble des caractéristiques et des attitudes qui, dans les organismes et chez les individus, font que les questions relatives à la sûreté bénéficient, en priorité, de l'attention qu'elles

méritent en raison de leur importance » (INSAG, 1991). Par la suite, cette notion de culture de sureté a fait partie du quotidien de secteurs industriels à risques tels que le transport, la chimie en se transformant pour le peu en culture de sécurité. Depuis, cette notion fait partie intégrante de l'entreprise tous secteurs confondus. Suite à l'explosion de l'usine AZF le 21 septembre 2001, le terme de culture de sécurité est cité plus de vingt fois dans le rapport de cinquante-trois pages de Monsieur Essig, coordonateur du débat national sur les risques industriels. De même, l'Institut Industriel pour une Culture de Sécurité Industrielle (ICSI) regroupant nombre d'industriels comme Aréva, Airbus, Air Liquide, des chercheurs et des institutionnels a pour projet de « favoriser le développement de la culture de sécurité à travers des rencontres et des échanges entre l'ensemble de ces acteurs ».

Mais, comment la sécurité s'associe-t-elle à la culture ? Cette association n'est pas si nouvelle. Quelques années auparavant, dès 1978, Turner avait relié les comportements de populations, les dangers potentiels et des traits culturels face à la perception des risques jusqu'à leur acceptabilité, en analysant la catastrophe d'Aberfan en 1966 en Ecosse. Lors de l'effondrement d'un terril de déchets miniers une centaine d'enfants avait trouvé la mort. La population ne se focalisait pas sur les risques émanant de l'extraction du charbon. Il définissait ainsi la culture de sécurité dans un article en 1991 comme un « ensemble particulier de normes, de croyances, de rôles, d'attitudes et de pratiques, à l'intérieur d'une organisation, qui a pour but de réduire le plus possible l'exposition des employés, des gestionnaires, des clients, des fournisseurs et des membres du public en général aux conditions considérées comme dangereuses ou nuisibles » (Turner, 1991). Ne retrouvons-nous pas quelques ressemblances avec la notion de culture définie par Tylor ? Dès le 18^{ème} siècle, il analysait la culture comme « tout complexe qui comprend la connaissance, les croyances, l'art, la morale, le droit, les coutumes et les autres capacités ou habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société » (Tylor, 1871). Faudrait-il alors que tous les protagonistes d'une même organisation aient, les mêmes croyances, les mêmes capacités, les mêmes habitudes pour concourir à la sécurité ? Que penser de l'utilisation idéologique de ce concept ethnologique de culture dans les sociétés ?

Il existe deux modèles de culture de sécurité : le modèle gestionnaire prônant une variable organisationnelle et le modèle anthropologique qui la fonde sur des pratiques, des croyances des manières de faire et de penser.

De plus, qu'en est-il aussi de la sécurité ? Comment se définirait-elle ? Pourrait-on l'analyser comme une absence de danger ? Pourrait-on la considérer comme une absence de risque ?

Nous pouvons de la même façon poursuivre notre questionnement. La culture de sécurité des soins, comment la comprendre ? La Société Européenne pour la Qualité des Soins (European Society for Quality in Health Care) définit la culture de sécurité comme « un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins » (HAS, 2010, p. 3). Mais que comprendre par « ensemble cohérent et intégré de comportements » ? La HAS décrit cet ensemble comme « des façons d'agir, des pratiques communes mais aussi à des façons de ressentir et de penser partagées en matière de sécurité des soins » (HAS, 2010, p. 5). Mais que comprendre alors ? Nous voyons donc poindre à nouveau plusieurs dimensions. La version française du questionnaire Hospital Survey on Patient Culture (HSOPSC) renseigne sur plusieurs de ces nuances. Elles seraient les suivantes : attentes et actions des responsables concernant la sécurité des soins, fréquence de signalement des événements indésirables, le travail d'équipe, perception globale de la sécurité... (HAS 2010, p. 6). Remarquons que la culture de sécurité s'évalue sur la fréquence de signalements, élément quantitatif. Une autre question : comment considérer et apprécier le travail en équipe ? La culture de sécurité des soins peut être aussi évaluée. Les méthodes sont diverses. Elles tendent à mesurer les aspects psychologiques par le biais de questionnaires auto-administrés, par des entretiens. Ce versant concernant « ce que les personnes ressentent » s'apparenterait au climat de sécurité. Mais, sont aussi évalués les aspects comportementaux « ce que les gens font » grâce à des audits cliniques, à des études de signalements et pour terminer les aspects organisationnels « ce que l'organisation a » par l'étude des politiques, des structures... L'approche quantitative avec l'utilisation de questionnaires individuels et auto-administrés est priorisée actuellement en France. Il existe plusieurs sortes de questionnaires qui sont différents par le « nombre de dimensions de la culture de sécurité exposée » (HAS, 2010, p. 8). Plusieurs études conduites par la HAS mettent en évidence des liens faibles de causes à effets entre plusieurs types d'actions destinées à l'augmentation de la culture de sécurité des soins et son développement du moins dans un critère temps ressenti comme trop restreint. N'y aurait-il pas des passerelles entre la culture d'entreprise décrite par Cuche et la culture de sécurité ?

De plus, convaincue que cette culture et la survenue d'événements indésirables sont indissociables, la HAS pour la certification des établissements de santé V2010 a élaboré un critère (critère 1g) sur le développement de la culture de sécurité des soins. Cette certification serait-elle perçue comme un étai pour l'évolution de la culture de sécurité des soins ?

Lors des journées de Rencontres annuelles le 17 et 18 novembre 2011 à Lyon, l'HAS annonce « favoriser l'émergence d'une véritable culture de sécurité qui imprègne au quotidien les pratiques de tous les acteurs de notre système de santé » comme un enjeu majeur pour la sécurité des soins (HAS, 2011). Durant la première journée, l'HAS a présenté un plan de redéploiement de la check-list au bloc opératoire pour optimiser son utilisation.

Ainsi, Yves Emery, Professeur à l'Institut de Hautes Etudes en Administration Publique (Suisse), questionne « la place que les approches issues du mouvement de la qualité peuvent (re)prendre au sein de la gestion publique » dans un de ces articles tiré de la Revue de l'Innovation dans le secteur public, l'article « Apports essentiels du management de la qualité au renouveau du modèle bureaucratique ». Il part du constat que « les pratiques inspirées de la NGP (Nouvelle Gestion Publique) se sont construites, à bien des égards en contre-pied du modèle bureaucratique, dans un effet de balancier à 180°, considérant le modèle du marché comme la clé de la résolution des problèmes publics » (Emery, 2009, p.5). De plus, le management de la qualité serait « une philosophie de gestion » pour le modèle bureaucratique renouvelé. Elle se résumerait par les cinq idées suivantes :

1. « une orientation-client, qui implique tout d'abord une identification des bénéficiaires puis ensuite de la qualité des prestations perçues par ces bénéficiaires,
2. la qualité résulte d'un système de production intégrant les différents services et les membres de l'organisation (...) et non d'individus ou de services administratifs pris isolément,
3. la maîtrise des filières de travail (processus) est essentielle à l'amélioration de la qualité,
4. les erreurs sont sources d'apprentissage et de connaissances et
5. la qualité suppose une réelle implication du personnel de base, associé à la définition, à l'évaluation et à l'amélioration du travail fourni (Demmig 1986) » (Emery, 2009, p. 7)

Mais, Setbon écrit en 2000 un article présentant la démarche de qualité des soins comme un « modèle d'organisation et d'évaluation de l'action collective de soins dans une perspective d'efficacité curative et de maîtrise de la dépense ». De plus, les méthodes et techniques normatives mises en œuvre « affectent les intérêts, les modes d'organisation, les valeurs des divers acteurs liés par le système » (Sebton, 2000, p. 51). Cependant, la qualité des soins « qu'elle soit perçue ou envisagée comme objectif en soi (délivrer des soins appropriés de qualité) ou bien comme moyen au service du changement (améliorer la sécurité ou l'efficacité des soins) » a besoin de « trois dispositifs : l'un cognitif représenté par l'évaluation, l'autre normatif par la standardisation et le troisième organisationnel par l'accréditation » (Sebton, 2000, p. 61). L'auteur conclut que la qualité est une nouvelle manière d'organiser et de concevoir les soins se fondant sur des référentiels « capables de guider les pratiques et d'en contrôler les effets ». Il rajoute que « la puissance de l'objectif d'efficacité-sécurité repose sur la légitimité au service de l'intérêt public, sa fragilité réside dans une mise en œuvre dépendant d'une profession médicale autonome » (Sebton, 2000, p. 65). Enfin, il considère la qualité des soins comme « un paradigme robuste, capable de conduire au changement » (*Ibid.*, p. 60).

Nous noterons aussi l'évolution des paradigmes générée par les changements du système de santé. La notion de sécurité des patients née dans les années 90 a guidé des réformes mises en œuvre au niveau national et soutenu par des dispositions réglementaires et législatives. Ainsi, la volonté des tutelles était d'obtenir une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins soutenue par la certification des établissements de santé. Depuis les années 90, Amalberti décrit quatre grandes étapes pour obtenir plus de sécurité (Amalberti, 2012). La première de ces périodes (1995-2003) émane des travaux et des conclusions de l'épidémiologie mais aussi de la domination de la qualité continue en recherche de meilleures pratiques organisationnelles. Tout est fondé « sur la lecture optimiste et simple des progrès de sécurité du patient vus comme le prolongement naturel de la démarche qualité » (Amalberti, 2012, p. 18). Cette idée, semble-t-elle réductrice, se basait sur la prévalence d'une « évaluation globale du risque (enquêtes nationales) et d'une mise en place locale de système de signalement » (*Ibid.*, p. 18) mobilisant des indicateurs quantitatifs et volumétriques. Cependant, « les résultats vont être assez vite décevants, les systèmes de signalement seront difficile à mettre en place et le nombre d'évènements indésirables graves ne vont pas baisser » (Amalberti, 2012, p. 18). La deuxième période (2002-2008) voit la gestion des risques

prendre son essor avec des méthodes issues du monde industriel dans les établissements de santé. Nous assistons à l'obligation pour les établissements hospitaliers de se doter de spécialistes en analyse et cartographies des risques. Mais, cette période voit cependant « la bulle de sécurité ainsi créée avoir du mal à entraîner l'adhésion de la totalité des acteurs ; elle reste le plus souvent confinée à un travail papier –crayon important mais saisonnier (rythme quatre ans) cloisonnée à peu de « sachants » sans grand pouvoir hiérarchique » (Amalberti, 2012, p. 19). Deux écueils transparaissent : la très faible adhésion du corps médical et le peu de culture de sécurité. Dès lors, la troisième période (2005-2010) voudra augmenter la culture de sécurité avec une fois de plus la montée en puissance d'outils quantitatifs issus de l'industrie et impactant le bloc opératoire. Mais, une fois de plus, les résultats ne sont que très médiocres. Aussi soient modestes les gains, ils se voient entachés par des scandales ébranlant les politiques conduites (Epinal, Médiateur, prothèses mammaires PIP). Il est aussi à prendre en considération que « le lien entre conditions de travail et sécurité du patient,[est] largement méconnu et sous-exploité (insatisfaction des personnels, carrières, salaires, absentéisme, accidents du travail, bref tout ce qui relève des facteurs humains et organisationnels) » (*Ibid.*, p. 60). Ainsi, nous arrivons à un nouveau pari car le défi de la culture de sécurité n'apporte aucun résultat concluant à ce jour : celui d'une « *culture du changement* » ...

Cependant, le Programme National pour la sécurité des Patients 2013/2017 a été réalisé conjointement avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction générale de la santé (DGS), en association avec la Haute Autorité de Santé (HAS). Les axes et les actions en découlant doivent se développer en « interaction avec différentes démarches structurantes et au travers de leurs évolutions respectives :

- la procédure de certification des établissements de santé,
- le développement des indicateurs qualité,
- la mise en œuvre du Développement Professionnel Continu,
- l'accréditation des médecins des spécialités à risque,
- la structuration de l'information mise à disposition des usagers et des professionnels sur la qualité et la sécurité des soins,
- la réalisation de travaux d'optimisation des parcours de soins, la réingénierie en cours des formations initiales et l'élaboration des référentiels « activités et compétences » des professionnels de santé, mise davantage sur une indispensable évolution des comportements de la part de tous les acteurs du système de soins, management

compris, que sur l'introduction d'actions spécifiques à un domaine de soins ».

(Programme national pour la sécurité des patient, 2013, p. 3)

Les quatre axes de ce programme concourent à la sécurité. Ils ont pour objectif pour chacun d'entre eux :

- Le renforcement de l'information du patient et du partenariat dans la relation soignant-soigné afin de mieux permettre au patient d'être co-acteur de sa sécurité (Axe 1)
- La mise en place d'une déclaration et d'une prise en compte des évènements indésirables associés aux soins dans une logique d'apprentissage et d'amélioration des pratiques, via l'analyse des causes systémiques et le retour d'expérience en équipe, avec valorisation aux niveaux régional et national (Axe 2)
- L'amélioration de la culture de sécurité : introduction de la formation à la sécurité des soins dans le cursus d'études de tout professionnel de santé et son inscription à titre prioritaire dans les programmes de DPC ; recours à des méthodes pédagogiques innovantes (simulation en santé) ; mise en place, dans le cadre d'organisations définies par les ARS, de structures régionales d'appui à la qualité et la sécurité des soins pour accompagner les professionnels de santé (Axe 3)
- Le développement de la recherche sur la sécurité des soins associant des champs disciplinaires interagissant avec celui de la santé (sciences sociales, économie) et amélioration de la sécurité des personnes participant à la recherche clinique (Axe 4)

Au regard de cette montée en puissance de la qualité, de la démarche qualité, de la culture de sécurité, force est de constater que nous ne pouvons-nous interroger sur leurs fonctions manifestes puisqu'elles se veulent être le support d'une démarche qualité et de la sécurité des soins. Néanmoins, auraient-elles certaines fonctions latentes ? Pourrait-on déduire certaines conséquences que celles assignées par leurs fonctions manifestes ?

Notons alors la puissance de la gestion financière. Les termes performance, efficience, efficacité coexistent avec les termes de qualité et de sécurité prônés par les instances pour répondre et informer des patients devenant aussi des usagers et partenaires. Comment les soignants évoluent-ils entre ces deux mondes ? Se doivent-ils de répondre à des exigences croissantes ? Wyser dans un de ces articles « Impact des nouveaux outils de gestion sur la perception de l'éthique, des dilemmes et des choix comportementaux des agents publics : étude comparative du personnel soignant de deux centres de traitement de réhabilitation »

mesure la répartition des coûts fournis, sur le quotidien des infirmiers et aides-soignants en mettant en exergue les dilemmes éthiques qu'ils rencontrent ainsi que les processus décisionnels qu'ils élaborent pour y répondre.

Mais, qui sont ces soignants ? Qui sont ces infirmiers, ces infirmières ?

3- DE LA FEMME SOIGNANTE À L'IBODE

Historique de la profession d'infirmier

Le soin naît avec la vie. Les hommes depuis l'aube des temps ont toujours eu besoin de soins pour leur développement, la continuité de leur vie et ce jusqu'à leur mort contre laquelle ils luttent et veulent en reculer les limites. Durant des milliers d'années les soins ne furent pas l'apanage d'un métier. Chacun pouvait aider son prochain pour le conforter dans une vie meilleure au sein du groupe. Ainsi, soigner est indissociable de l'histoire de l'être humain. Il existe deux origines essentielles à l'action de soigner (Collière, 1982, p. 23). La première assure la continuité de la vie de groupe et de l'espèce humaine. Ainsi, l'ensemble des actes quotidiens, les habitudes de vie, les soins du corps sont alors assumés par les femmes. Au contraire, la seconde a pour finalité de faire reculer la mort. Aussi sont donnés des soins accomplis par les hommes car ils nécessitent force physique et utilisation d'outils servant à inciser et à suturer. Ces deux manières de soigner se développent en complémentarité, mais par la suite elles se verront séparées voire opposées l'une d'elles reliée aux forces maléfiques conduisant à la mort et aux ténèbres. De plus, dans notre société continentale, Collière décrit trois modes d'identification en corrélation à l'évolution des femmes soignantes : l'identification à la femme, l'identification à la femme consacrée et l'identification à l'auxiliaire du médecin.

L'identification à la femme : depuis le berceau de l'humanité jusqu'au Moyen-âge, la pratique des soins est identifiée comme étant celle des femmes. Apporter des soins pour entretenir la vie pour l'assurer est confié aux femmes. Depuis la naissance des êtres, jusqu'à leur mort, elles prodiguent des soins pour nourrir, entretenir, renforcer les corps fragiles et/ou malades en nourrissant ou en apportant divers remèdes. Socialement, les femmes se voyaient octroyer le domaine des soins comme un héritage de leur fécondité. Ainsi, l'expression

« prendre soin » semble de tout en jamais liée à l'histoire de ces femmes et donc de l'humanité. Les femmes prenaient soin de leurs nouveau-nés, puis de leurs enfants, de leurs semblables, de leurs parents, de sujets âgés, de corps malades et enfin, de corps sans vie. En parallèle, elles entretenaient le feu pour la survivance du groupe, les outils utiles à la chasse, au tannage des peaux et par la suite elles s'occupaient des récoltes et des animaux domestiques. Pouvoir soigner était étroitement lié à avoir donné la vie, à avoir enfanté, à avoir traversé les pertes de ces parents, de proches, car de la sorte, ces femmes pouvaient aider la vie à se perpétuer. De plus, ces femmes détenaient des mystères et « la connaissance des plantes et échangeaient entre elles des secrets de leurs pratiques » (Collière, 1982, p. 37). Par la suite, leurs savoirs, leurs secrets ont été perçus par l'Eglise comme un contre-pouvoir au pouvoir de la religion. Par conséquent, la chasse aux sorcières a été abominable et cruelle et elle fut relayée et renforcée par la médecine dite savante.

Identification à la femme consacrée : cette deuxième identification concerne la période débutant au moyen-âge et se terminant vers la moitié du XIXe siècle. Le christianisme devient religion d'état. Ainsi, les différentes habitudes et passages de la vie domestique, les coutumes et mœurs de la vie rurale, les observations de divers astres servant de références aux femmes qui soignaient seront de moins en moins tolérées par l'Eglise. Ainsi, les manières de prodiguées des soins ayant pour fondement la fécondité de la femme et différents secrets transformèrent la vision de ces femmes soignantes au travers du prisme de la religion d'état. Elles étaient considérées comme les vecteurs de croyances et de rites païens. Alors, donner des soins rompait avec l'union du corps et de l'esprit. L'esprit prit alors la suprématie dans la conception du soin : « la réalité vraie de l'Homme devient donc son âme, le corps et ses activités ne pouvant qu'être qu'objet de mépris surtout ses passions et les désirs qui troublent la sérénité de l'esprit » (Collière, 1982, p. 50-51). Alors, ces femmes apparurent comme les suppôts de Satan et comme encourageant l'idolâtrie. Elles furent des êtres impurs et vicieux. Par conséquent, les femmes soignantes devaient suivre des règles conventuelles et religieuses dictant leurs pratiques. Elles étaient alors des femmes consacrées. Avec l'avènement et la consécration des religieuses, prodiguer des soins ne se rattachait plus à la connaissance du corps et à son vécu pas plus qu'aux connaissances et secrets qui fondaient les pratiques féminines ultérieures. Ainsi, de nombreux ordres religieux virent le jour et se vouèrent au soulagement et au salut des personnes malades. Parmi ces derniers, Saint Vincent de Paul fonda l'ordre des Filles de la Charité. Cet ordre survécut à la Révolution et participa à la genèse d'un service public. Comme nous l'évoquions, les soins avaient surtout une finalité

spirituelle. Alors furent repoussés les soins d'hygiène et même par de la même manière, ils étaient dévalorisés. Au cours du XIXe siècle, les religieuses délaissèrent les soins d'hygiène au personnel subordonné et soumis : les « filles de salles ». Ces hommes et femmes étaient « ignorants, maladroits et insoucians ». Ils furent aussi nommés gardes malades. Les femmes, en nombre majoritaire, étaient « mal logées, mal payées, surmenées par de longues heures de travail » (Aït Abdelmalek, Gérard, 1995, p. 169). Ainsi, ce personnel soumis et exploité prendra la place délaissée par les religieuses et encore plus après 1789. Alors, ses femmes n'étaient plus accompagnées car seul leur patriotisme prévalait. Ainsi, les soins étaient de qualité médiocre car ce personnel se voyait moins expérimenté que les religieuses. De même, les rémunérations insignifiantes, les conditions matérielles insuffisantes, le manque important d'instruction primaire, surtout chez les femmes, effondrèrent le niveau de recrutement. Dès lors qu'une occasion s'offrait à elles, les meilleures partaient comme personnel de maison où les conditions leur étant offertes étaient bien meilleures. Celles continuant comme filles de salle étaient considérées par la société comme porteuses de tous les vices. Elles paraissaient pour des ignorantes dotées d'aucune moralité mais d'ivrognerie, de vie de débauche ...

Identification à l'auxiliaire du médecin : ce troisième type de pratiques perdura jusqu'au années 60. Il faut noter que le XIXe siècle fut une période très importante car de nombreuses découvertes scientifiques, des avancées techniques révolutionnèrent les pratiques de la médecine. De même, la laïcisation gagna de plus en plus sur la religion dans notre société. Un fait important et non des moindres fut que les femmes s'émancipèrent de plus en plus.

En aout 1792, un décret stipulait que les corporations religieuses devaient être « éteintes ». Mais, les religieuses restèrent tout de même au sein de nombreux hôpitaux avec l'indulgence des municipalités. Il est à prendre aussi en considération que leurs services étaient bénévoles. Ainsi, force est maintenue pour les sœurs de coordonner, de soigner et d'exercer un rôle de surveillance sur de nombreuses salles. La vie austère et rigoureuse était de mise pour tout le personnel infirmier qui était un personnel subalterne (Catanas, 2009, p. 50). Si les infirmières ne faisaient pas parties d'une congrégation religieuse alors elles devaient prononcer des vœux perpétuels ou temporaires afin d'asseoir leur bonté et leur conscience soignante empreinte alors de bonté et de charité. Les soignants laïcs supérieurs numériquement travaillaient sous les ordres et contrôle des religieuses. Leur recrutement se faisait

« Parmi les filles de la campagne, les enfants assistés, les veilles femmes qui n'ont pas encore atteint l'âge de l'entrée en hospice, mais qui en sont proches et à qui on fait attendre ce moment en leur faisant donner leur temps sans rétribution. [...] On voit aussi échouer à l'hôpital, pour leur vie, les jeunes filles sans famille que l'inintelligence, une faiblesse congénitale, une vue ou une ouïe défectueuse, de la claudication, une tare organique quelconque, ont empêché d'apprendre un métier ou de devenir domestiques ». (Hamilton, 1900, p. 88).

Au XIX^e siècle les religieuses avaient toute autorité sur les soins dans leur organisation et l'encadrement d'un personnel nécessaire. Mais, durant le milieu du siècle, deux notions allaient amorcer l'évolution de la fonction de ces soignantes. La première était l'avènement de la République et la consécration de la laïcité. Ainsi, prévenir et combattre les maladies, favoriser l'état de santé du peuple devenait une priorité. De même, les religieuses surnommées les « cornettes » n'étaient pas appréciées par les républicains ne tolérant pas leur obscurantisme et leur reprochant leur refus de ne pas soigner les filles mères ou les personnes atteintes de maladies vénériennes. Le second événement était en lien avec les progrès et les découvertes de la médecine dues notamment à Pasteur. Ses découvertes sur l'asepsie et sur l'antisepsie impacta fortement l'hôpital. Ce dernier vit son architecture et son organisation modifiées. De plus, il fallait éradiquer les maladies responsables d'épidémies telles que la syphilis et la tuberculose. De ce fait, la politique d'hygiène sociale et de prévention de ces maladies était très importante. Ces progressions de la science doublée de la volonté publique impactèrent les pratiques des infirmières hospitalières puisqu'elles devaient seconder le corps médical. Ainsi, il fallait maîtriser de nouveaux gestes d'hygiène, réaliser le traitement des instruments et des textiles pour leur stérilisation afin de lutter contre les infections... Parallèlement, les religieuses ne semblaient pas faire leurs ces nouveaux concepts pasteurien et s'y opposèrent dans certains cas. Le meilleur des exemples était leur tenue fortement antinomique avec les recommandations et les règles d'hygiène. De la sorte, les médecins préféraient un personnel plus malléable et façonnable donc « plus docile ». Nous constatons alors qu'à la fin du XIX^e siècle, les pratiques infirmières étaient revendiquées par deux groupes : le groupe conventuel et le groupe médical. De ce fait, héritant du poids du modèle religieux mais aussi aux ordres des exigences médicales, ses femmes avaient du mal à construire leur identité. Les infirmières étaient à la fois les servantes du corps religieux et les subordonnées du corps médical qui les souhaitait adroites, habiles et courageuses sans leur

laisser prendre une trop grande marge d'autonomie. Lors d'une remise de prix en 1905, un médecin décrivait son idéal infirmier :

« Nous la choisirons autant que possible parmi ces vaillantes fille du peuple qui, à force d'intelligence et d'énergie, sont parvenues à s'instruire [...]. Nous la désirerions mariée et mère de famille, car il est des délicatesses de sentiment pour les faibles et les enfants qui ne s'épanouissent complètement que dans le cœur des mères [...]. Cette infirmière, plébéienne d'origine, serait dépourvue de morgue et de dédain, elle serait se faire respecter sans se faire haïr. »

Ainsi, cette femme issue des milieux populaires devait être soumise au médecin, dévouée et mère pour faire preuve d'empathie. Rendre les soins laïcs favorisa l'émergence de la profession d'infirmière. Le diplôme d'infirmier a été créé en 1922. Cependant, ce diplôme n'était pas obligatoire afin d'exercer dans les établissements de soins. Les religieuses continuèrent pendant des décennies à y pratiquer des soins. Notons aussi que ces dernières eurent un grand pouvoir dans bon nombre de centres de formation. Ainsi, les infirmières étaient des auxiliaires du médecin mais aussi des techniciennes dotées d'une grande moralité et rigueur. Les enseignements techniques et théoriques étaient sous la responsabilité du corps médical tandis que les sujets d'ordre moral étaient laissés aux infirmières. Par conséquent, apparaît une scission, une démarcation, une séparation entre ces deux professionnels réunis autour de la personne malade (nc) : « seul le mode d'administration doit être connu de l'infirmière. Elle ne doit en aucune façon chercher à connaître ce que le médecin prescrit, chercher à poser des questions indiscrettes et ne solliciter à ce sujet aucune explication du pharmacien dont le devoir est de tenir caché ce que le médecin n'a pas voulu qu'on sût ».

À cette époque, les infirmières visiteuses inculquent les règles fondamentales et incontournables de l'hygiène. Leurs domaines de responsabilité sont les soins à domicile, les soins à l'enfance, l'inspection médicale scolaire et l'assistance sociale. Ce travail complexe et lourd donna naissance à différentes spécialisations : infirmières à domicile, assistantes familiales. Etaient aussi créés les centres dénommés « Goutte de lait » autrement dit « lactarium » qui se montraient ainsi à l'aube de la protection maternelle et infantile.

Il fallut attendre la première guerre mondiale et le décret du 27 juin 1922 pour reconnaître officiellement la profession grâce à Léonie Chaptal qui fut directrice d'école d'infirmières. Ainsi, le diplôme naquit, mais aussi, vit le jour le conseil de perfectionnement portant un avis sur les enseignements et organisant les examens officiels à la suite du

programme identique à chaque école. Par la suite, trois brevets de capacités étaient créés et apportèrent le titre d'infirmière diplômée d'Etat à des soignantes pouvant être infirmières hospitalières, infirmière visiteuse de la tuberculose ou infirmière visiteuse de l'enfance. Mais, même avec ces trois brevets, les caractéristiques et particularités de l'exercice infirmier devaient encore s'affirmer car la formation se consacrait surtout à la spécificité hospitalière. Alors, le décret du 18 février 1938 annula le diplôme de visiteuse d'hygiène sociale et instaura deux diplômes : infirmière hospitalière et infirmière d'assistance du service social. Dans la même continuité, l'infirmière restait sous le joug médical nécessaire pour exercer une profession naissante exigeant horaires et conditions de travail harassants. En 1942, une loi obligea les directeurs d'hôpitaux à employer des soignantes qualifiées. Les accords de Matignon (réajustements des salaires et semaine de 40 heures) signés en juin 1936 ne rentrèrent en vigueur au sein des hôpitaux qu'en 1968 !

Mais, bien que fut reconnu le Diplôme d'Etat d'Infirmière en 1922, qu'en est-il de celui d'Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat ? Peut-on parler aussi de professionnalisation du métier d'infirmière de bloc opératoire comme celui d'infirmière ? Quel avenir pour cette profession ?

L'Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat : son histoire, sa formation, ses missions et ses compétences

Il faut remonter jusqu'à l'Antiquité où les soins étaient instinctivement prodigués par les femmes pour trouver gravées dans la pierre des temples en Égypte des représentations d'instruments de chirurgie assez complexes. Au moyen âge les confréries qui rassemblaient les religieuses et des laïcs, concédèrent la charité aux personnes pauvres, malades et mourantes. Durant ces longues périodes, la chirurgie était touchée par deux fléaux : les infections et la douleur. Il fallut attendre le XIXe siècle pour qu'un médecin obstétricien austro-hongrois Philippe Ignace Semmelweis prouve, dans le but réduire la transmission d'infection, l'importance de se laver les mains et d'utiliser une solution de chlorure de chaux et ceci après tout acte contaminé. Mais, force est de constater, que cette pratique particulièrement adoptée par les religieuses ne fut pas suivie par les médecins. De plus, ces derniers réfutèrent les expériences d'un précurseur en matière d'hygiène, Joseph Lister, chirurgien de l'époque. En effet, dès 1867, il pulvérisait de l'acide carbonique dans l'air et sur la peau du patient pour tenter de tuer les souillures, et saletés contaminant. Ainsi, naquit une

des premières antisepties cutanées. En 1881, Pasteur découvrit le staphylocoque et le streptocoque responsable de la fameuse fièvre puerpérale qui anéantissait grand nombre de parturientes. En 1885, Halsted, qui donna son nom à un célèbre instrument (pince) de chirurgie, protégeait les mains de son assistante infirmière par des gants en caoutchouc. Les infirmières vaporisaient aussi du phénol sur les mains des chirurgiens. Ainsi, ces premières infirmières de bloc opératoire étaient appelées « les fées du phénol ». Par la suite, Sir Alexander Flemming découvrit la pénicilline et donc le pouvoir des antibiotiques en 1928. De la sorte, les infections opératoires diminuèrent. Parallèlement, la lutte contre la douleur était aussi à ses balbutiements tout en progressant. Le chloroforme fut utilisé à partir de 1847, la cocaïne en 1884 et la novocaïne en 1905. Alors, la profession d'infirmière de bloc opératoire commençait à poindre car les sœurs et infirmières étaient toujours présentes pour assister les gestes médicaux.

Avec la première guerre mondiale, les femmes furent amenées à jouer un rôle important dans la prise en charge et les soins apportés aux soldats victimes au combat. Malheureusement, au niveau des champs de bataille, les femmes soignantes prouvèrent leur savoir-faire en aidant les chirurgiens. Ainsi, il fut mis en lumière leur grande observance des règles d'hygiène, leur dextérité dans l'accomplissement de gestes minutieux, leur constance et force de caractère devant la souffrance des blessés. Mais, elles étaient encore des exécutantes de médecins prescripteurs et formateurs. Ce fut donc dans l'ombre de la professionnalisation du métier d'infirmière qu'évoluait la spécialité d'infirmière de bloc opératoire. Il fallut alors attendre 1948 pour que la première école d'infirmières de bloc opératoire soit créée à l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris. La deuxième école vit le jour à Marseille en 1965 à la Croix Rouge Française. Là encore, la formation était sous la responsabilité d'un médecin. Elle avait une durée de neuf mois. En 1963, elle se réduisait à un cycle court de six semaines. C'est en 1971 que le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière de Salle d'Opération vit le jour (CAFISO). La formation revenait donc à une durée de neuf mois et était enfin confiée à un professionnel de la formation paramédicale la direction de l'école. En 1991, le certificat d'aptitude devenait Diplôme d'Etat. Il était et est encore fortement regrettable qu'il ne soit pas rendu exigible pour les professionnels infirmiers travaillant en bloc opératoire bien que deux circulaires, parues en 1989 et 1998, insistent sur la nécessité de suivre la formation.

En 2001, un nouvel arrêté de formation spécifiait que la formation s'étende sur dix-huit mois doublant ainsi la durée initialement prévue. Devant une technicisation de plus en

plus importante des actes chirurgicaux, leur complexité et une gestion des risques encourus par la personne soignée et le personnel soignant, une démarche qualité croissante, il était nécessaire de faire évoluer les connaissances transmises et par là même de faire évoluer les apprentissages. En effet, les bonnes pratiques exigibles en asepsie et gestion des risques (certification), la montée en puissance de la haute technologie (neuro-navigation, robotisation...), les gestes de chirurgie mini invasive (coelio-chirurgie, radiologie interventionnelle...), l'hyper précision de certaines chirurgies (micro-chirurgie, neurochirurgie, ancillaires orthopédiques...), la performance des équipements chirurgicaux (radiofréquence, thermo fusion, LASER...), les prises en charge des personnes soignées de plus en plus complexes et nécessitant une expertise (polytraumatisés, poly pathologies, personnes fragiles physiquement et psychologiquement), font que la profession IBODE demande de plus en plus de qualifications et de compétences pour garantir les meilleurs soins.

Le bloc opératoire est donc devenu « le secteur où le plus grand nombre de risques sont présents et pratiquement toutes les vigilances représentées : infectio-vigilance, matério-vigilance, pharmaco-vigilance, bio-vigilance, et toxico-vigilance. L'équipe chirurgicale doit prendre en charge le patient en toute sécurité et acquérir les connaissances nécessaires pour faire évoluer l'état du patient avec efficacité et précision, établir les priorités de ses besoins et déterminer les ressources en place pouvant les satisfaire. » (Bedouch, 2008, p. 176)

Le Décret d'actes infirmiers de 2004 intégré depuis cette date dans le code de la santé publique à l'article 4311-11 stipule que, « L'infirmier ou l'infirmière titulaire du Diplôme d'État 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. Élaboration et mise en œuvre d'une démarche de soin...
3. Organisation et coordination des soins infirmiers...
4. Traçabilité des activités au bloc opératoire
5. Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation...visant la prévention des infections nosocomiales. En per opératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État 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. »

L'article R. 4311-11 concerne donc l'infirmier ou l'infirmier titulaire du diplôme d'état d'infirmier de bloc opératoire (IBODE) ou même encore l'infirmier en cours de formation pour obtenir ce diplôme. Ces professionnels doivent appliquer une gestion des risques en regard de l'environnement et de l'activité opératoire. Tout en coordonnant les soins infirmiers en salle d'intervention et en assurant une prise en charge holistique de l'opéré, « en présence de l'opérateur », ils assurent le rôle de circulant, d'instrumentiste et d'aide-opératoire. Ils sont partie prenante dans la lutte contre les infections nosocomiales nommées aujourd'hui affections liées aux soins. Depuis janvier 2015, les IBODE peuvent réaliser des actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire. Après l'article R. 4311-11 du code de la santé publique, les articles R. 4311-11-1 et R. 4311-11-2 sont insérés. L'article R. 4311-11-1 mentionne que l'infirmier ou l'infirmière de bloc opératoire, titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire, est seul habilité à accomplir l'installation chirurgicale du patient, la mise en place et fixation des drains sus aponévrotiques et la fermeture cutanée et sous cutanée dans les conditions fixées par un protocole préétabli, écrit, daté et signé par le ou les chirurgiens sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment. De même, durant une intervention chirurgicale et en présence du chirurgien, il peut être amené à aider à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration. Enfin, cet article stipule qu'au cours d'une intervention chirurgicale, en présence et sur demande expresse du chirurgien, l'IBODE peut remplir une fonction d'assistance pour des actes d'une particulière technicité déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé.

L'infirmière de bloc opératoire doit donc tout en assurant une amélioration continue de la qualité, analyser les situations de soins afin de prévenir les risques que prend le patient. Elle doit simultanément assurer et coordonner les actes infirmiers au sein d'une équipe pluri professionnelle tout en prenant soin de la personne bénéficiant d'une intervention chirurgicale. Toutes fois, hormis les actes infirmiers autonomes, les activités de circulant, aide-opératoire et instrumentiste restent sous prescription et contrôle chirurgicaux. Pourtant, il semblerait qu'aux yeux du corps médical, l'infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat détient encore cette connotation de femme dévouée et corvéable qui peine à faire reconnaître toutes ses compétences et son identité (Blot, 2009, p. 11). Cependant, au regard de la pénurie médicale, le rapport d'étape présenté par le Professeur Yves Berland, prévoit dans le cadre de la « coopération des professions de santé le transfert de tâches et de compétences ».

Nous pouvons compléter en décrivant que les rôles et les missions de l'infirmière de bloc opératoire convergent autour de trois rôles prenant toute leur ampleur durant l'acte chirurgical : le rôle de circulant consiste à faire le lien entre les zones stériles et non stériles, celui d'instrumentiste consiste à anticiper les besoins de l'équipe chirurgicale et à gérer l'instrumentation opératoire aux côtés du chirurgien, enfin, le rôle d'aide opératoire est d'assister le chirurgien dans tous ses gestes. Malgré tout, ces trois rôles se remarquant au cours de l'acte chirurgical dissimulent des missions aussi importantes et incontournables pour la sécurité de l'acte chirurgical et donc celle du patient : préparation et vérification de la salle, des équipements, des instruments, accueil du patient, vérification et analyse de données en lien avec la personne. Alors quelles sont les missions de l'infirmier ? La liste semble, au fur et à mesure de l'avancée des technologies et des exigences, de plus en plus longue : garantir la sécurité et le confort des patients vis-à-vis des postures, lors de leur installation opératoire, lors de l'utilisation des dispositifs médicaux et lors de l'acte chirurgical en assurant un environnement opératoire sécuritaire. Les risques d'accidents d'exposition au sang ou aux rayonnements ionisants sont aussi à prendre en considération et à prévenir pour le soigné et pour les soignants. L'IBODE se doit de garantir un niveau d'hygiène et d'asepsie optimal en respectant et faisant respecter les règles et recommandations vis-à-vis des soignants (tenue, hygiène des mains), des soignés (préparation cutanée, mise en place de matériel semi invasif), de l'environnement (bio nettoyage, respect des secteurs), des dispositifs médicaux stériles (instruments de chirurgie), des comptes de compresses et tous corps étrangers introduits dans l'organisme. Elle doit assurer l'organisation et le bon déroulement du geste chirurgical en favorisant l'ergonomie, en délimitant les diverses zones, en priorisant les actions et en agissant avec rigueur et discernement. Elle doit aussi développer ses capacités relationnelles pour assurer une prise en charge personnalisée de la personne soignée, et assurer la coordination et la transmission des soins en collaborant efficacement avec l'ensemble des acteurs. Elle s'inscrit dans une continuité des soins en assurant la traçabilité des actes, en veillant à la continuité des soins en postopératoire. Il se peut aussi qu'elle s'assure de la maintenance du matériel et la gestion des stocks.

La liste des activités est beaucoup plus longue, mais, ce qu'il nous faut retenir, c'est que l'IBODE agit en pré, per et post opératoire. L'ensemble de ces actions, au regard d'une gestion des risques, sont en lien avec la personne soignée, l'environnement de la salle d'intervention, les dispositifs médicaux, non stériles, stériles et implantables, l'équipe chirurgicale et le personnel soignant. Ainsi, l'IBODE développe différentes compétences.

Le deuxième référentiel des compétences IBODE est à ce jour officiel depuis 2014. Ce référentiel de compétences et le référentiel d'activités IBODE (annexe 1) ont été réactualisés en vue de la réingénierie des études IBODE devant entrer dans un proche avenir dans le système LMD suite aux accords de Bologne. Les compétences IBODE sont alors au nombre de neuf :

1. « Concevoir et mettre en œuvre des modes de prise en charge des personnes adaptées aux situations rencontrées au bloc opératoire ». Ainsi, l'IBODE devra recueillir les informations nécessaires pour organiser de la prise en charge personnalisée du patient. Ceci lui permettra d'identifier les risques liés à la situation et à l'anamnèse de la personne. Elle pourra par exemple lui apporter information et conseils adaptés l'aidant à prévenir un risque d'anxiété majoré.
2. « Conduire une démarche qualité de prévention des risques en bloc opératoire et secteurs associés ». Il s'agit pour l'IBODE d'identifier et de prioriser les risques liés à l'environnement, aux processus interventionnels et aux personnes. Elle doit de plus, identifier les risques professionnels, chimiques, physiques, en liens avec les rayonnements ionisants. Ainsi, elle dégagera des points de non-conformité tout en analysant les causes. Elle pourra mettre en œuvre des actions préventives et correctives. Elle tracera toutes non-conformités et évènements indésirables.
3. « Gérer le risque infectieux dans les secteurs interventionnels et service de stérilisation ». Tout en conseillant en matière d'hygiène cet infirmier spécialisé mesurera les écarts entre les pratiques et les recommandations dans le domaine de l'hygiène. Il analysera les causes des écarts mis en évidence. Il sera force de proposition pour mettre en œuvre des mesures correctives. Il fera respecter les bonnes pratiques et réglementation.
4. « Organiser et coordonner les activités de soins liés au processus opératoire ». Pour être performante, L'IBODE garantira l'opérationnalité de l'environnement opératoire dans les situations programmées et urgentes pour mettre en œuvre les trois rôles de l'infirmière de bloc, circulante, instrumentiste, aide opératoire. Elle organisera et coordonnera les activités de soins au sein de l'équipe professionnelle en considérant des compétences de chacun. Elle organisera le programme opératoire en tenant compte de la gestion des dispositifs médicaux et en respectant les règles du fonctionnement du bloc opératoire.
5. « Mettre en œuvre des techniques et des pratiques en per et postopératoire immédiat ». L'IBODE devra évaluer la conformité de l'opérationnalité de la salle d'intervention. Elle organisera et mettra en œuvre les techniques liées aux rôles d'infirmier circulant et

instrumentiste. En analysant le processus opératoire, les risques, elle assurera la sécurité du patient lors de l'installation chirurgicale. Tout en organisant ergonomiquement les différentes zones protégées, elle anticipera et mettra à disposition l'instrumentation spécifique au regard des temps opératoires tout en gérant les aléas per opératoires et les urgences. Elle mettra en œuvre les actions de soins liées à la fin de l'intervention jusqu'à l'accueil du patient en salle de surveillance post-interventionnelle. De même, elle gèrera les prélèvements jusqu'à leur suivi selon les destinations diverses.

6. « Mettre en œuvre des techniques complexes d'assistance médicales ». Comme précisé précédemment, l'IBODE assurera la mise en posture chirurgicale en identifiant les risques. Elle réalisera la mise en place et la fixation des drains sus aponévrotiques tout en évaluant la fonctionnalité du drainage. Elle effectuera les fermetures cutanées set sous-cutanées. Durant l'acte opératoire elle participera de façon active à la mise en place et au maintien des instruments d'exposition, à l'aspiration. Elle mettra de même en œuvre les techniques d'hémostase. Elle aidera à la pose de dispositifs médicaux implantables en identifiant les différents risques. Elle pourra aussi réaliser l'injection d'un produit de contraste à visée thérapeutique ou diagnostique dans un viscère, une cavité ou une artère.

7. « Former et informer les professionnels et les personnels en formation ». Les savoirs mobilisés seront un savoir-être pour favoriser le travail d'équipe. Elle repèrera les connaissances et les savoir-faire à transmettre aux étudiants. Elle animera des séances de formation pour transmettre ses connaissances, son savoir-faire. Elle organisera des situations et des activités d'apprentissage.

8. « Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ». L'IBODE doit être en capacité de traiter des problématiques professionnelles en effectuant une recherche documentaire et bibliographique. Elle doit aussi s'inscrire dans des recherches cliniques par exemple.

9. « Evaluer et améliorer ses pratiques professionnelles en bloc opératoire et secteurs associés » l'IBODE analysera sa pratique en tenant compte des évolutions des techniques. Elle argumentera le choix de ses pratiques professionnelles en la confrontant à celles de ses collègues. Elle identifiera les axes d'améliorations pour réajuster sa pratique.

L'arrêté du 12 mars 2015 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire tient compte des actes relevant de la compétence exclusive IBODE. Tous les professionnels formés avant 2015 devront être formés à ses pratiques exclusives avant le 31 décembre 2020 (Décret du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire). De même cette formation a pour objectif outre les compétences d'un infirmier spécialisé exerçant les trois rôles suscités, de former un professionnel fondant sa pratique sur une gestion des risques en rapport avec l'activité et l'environnement opératoire. Cette formation en alternance s'adresse à des infirmiers diplômés d'état ayant à leur actif deux années minimum d'exercice professionnel en équivalent temps plein. Elle comporte 919 heures d'enseignement théorique (30 semaines et 3 jours) et 1316 heures d'enseignement clinique (37 semaines et 3 jours). Elle se déroule sur 78 semaines soit 18 mois.

L'IBODE assure donc des activités très variées en pré per et post opératoire. Ses responsabilités sont à leur apogée en préopératoire, moment au cours duquel elle remplit les rôles de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire. Tous les soins qu'elle prodigue au regard d'une gestion des risques de tous les instants, concourent à une prise en charge holistique du patient. Ainsi, afin d'atteindre ces performances, elle doit développer des compétences professionnelles au sein d'une équipe pluri professionnelle et en lien avec différents services pour une continuité des soins. Au centre de l'équipe, elle est un maillon essentiel pour mener à bien les interventions chirurgicales dans une démarche qualité. L'étendue de ses compétences se tisse avec celles des acteurs de soins de l'équipe médicochirurgicale (chirurgien, médecin anesthésiste réanimateur, infirmier anesthésiste) avec qui elle traverse des situations aux ambiances parfois lourdes émotionnellement, contraignantes physiquement, où elle doit se positionner entre certaines logiques en présence semblant divergentes.

Mais, quelle représentation avoir du soin émanant de ces premières femmes matrones, de ces premières soignantes conventuelles, des infirmières d'aujourd'hui ? En effet, que signifie la conception du soin étant la pierre angulaire, la notion incontournable de la prise en charge de l'infirmière en unités de soins ou en bloc opératoire ?

Le soin : quelle conception ?

Depuis l'Antiquité, le soin comprend deux sens : être attentif, prendre soin, et soigner ou donner des soins (Leloup, 1999). Par conséquent, « les soins désignent un ensemble d'actes ou de tâches qui ponctuent le quotidien des structures de soins, c'est-à-dire plus largement, l'ensemble des activités qui s'y déroulent ; le soin, quant à lui, indique le souci que l'on a de la personne en tant qu'humain singulier, ce qui traduit de lui porter une attention particulière, une attention qui se soucie de l'être bien de la personne, de celle qui vit » (Hesbeen, 2011, p. 57).

Depuis un siècle, nous pouvons nous demander ce que font les infirmières dans un contexte professionnel en pleine évolution ? Quel sens donnent-elles à leurs actes de soins, à leur soin ? Rodgers (2005) note que ces professionnelles peuvent alors se questionner de la même manière : « Que font les infirmières » ? Mais, elle affirme que ce qui est primordial pour ces professionnelles, est le savoir sur lequel sont fondés leurs travaux. Ce savoir se veut la clé de voute de toutes les pratiques infirmières. Il est la base de la discipline infirmière.

Le centre d'intérêt de cette discipline infirmière, ce qui détermine les « sciences infirmières » se veut d'appuyer sur des concepts itératifs comme la « personne », la « santé » et le « soin ». (Fawcett, 1978, 1984 ; Flaskerud et Halloran, 1980). Déjà, Florence Nightingale (1860-1969) dans son ouvrage, *Notes of Nursing What it is and What is it not*, voyait ces connaissances comme incontournables pour lutter contre la maladie. Ainsi, dans son œuvre, la « personne », la « santé » et le « soin » (to nurse, nursing) sont centraux comme dans beaucoup d'autres. Nightingale voulait décrire les dimensions servant à identifier les soins et leurs fondements. Collière insiste sur le fait qu'il est important de définir les soins infirmiers car « la prévalence des rôles édictés ou prescrits par des règles religieuses, morales, techniques, scientifiques a masqué et continue le plus souvent à laisser ce qui préside à l'identification des soins infirmiers dont les racines lointaines reposent sur tous soins qui mobilisent la vie ». (Collière, 1982, p. 233). Pour cette même auteure, « soigner est d'abord, et avant tout, un acte de vie, dans le sens que soigner représente une variété infinie d'activités qui visent à maintenir, entretenir la vie et à lui permettre de se continuer et de se reproduire. (...) Soigner est un acte individuel que l'on se donne à soi-même lorsqu'il y a eu acquisition de l'autonomie, mais c'est également un acte de réciprocité qu'on est amené à donner à toute

personne qui, temporairement ou définitivement, a besoin d'aide pour assumer ses besoins vitaux » (Collière, 1982, p. 241). Elle distingue :

- « les soins coutumiers et individuels : care liés aux fonctions d'entretien, de continuité de vie ;
- Les soins de réparation : cure liés au besoin de réparer ce qui fait obstacle à la vie » (Collière, 1982, p. 243).

Elle rajoute « lorsqu'il y a prévalence du cure sur le care, c'est à dire des soins de réparation en négligeant les soins habituels et coutumiers, il y a annihilation progressive de toutes les forces de vives de la personne, de tout ce qui la fait être et désirer réagir, car il y a épuisement des sources d'énergie vitale de quelque nature qu'elles soient (physique, affective, sociale, etc.). Cette annihilation peut aller jusqu'à la détérioration irréversible » (Collière, 1982, p. 245). Progressivement, les soins du cure se sont vus dominés les soins du care de manière à les faire paraître comme « subalternes ». Nous avons vu apparaître une multitude de techniques médicales et chirurgicales d'investigation et de réparation focalisées sur la maladie et non pas sur la personne malade. Chaque personne s'est alors vue divisée de son « environnement, de sa niche écologique de son groupe d'insertion, et même de lui-même en tant que personne, puisque l'objet de réparation est devenu peu à peu la fonction organique ou mentale, l'organe, le tissu, la cellule isolée de son tout. » (*Ibid.*).

Hesbeen est aussi infirmier, Docteur en Santé Publique de l'Université de Louvain. Il définit le soin infirmier comme « l'attention particulière portée par une infirmière ou un infirmier à une personne et à ses proches –et à un groupe de personnes- en vue de leur venir en aide dans leur situation en utilisant, pour concrétiser cette aide, les compétences et les qualités qui en font des professionnels de santé. Le soin infirmier s'inscrit dans une démarche interpersonnelle et comprend tout ce que les infirmières et infirmiers font, dans les limites de leurs compétences, pour « prendre soin » des personnes » (Hesbeen, 1997, p. 65). De plus, le soin infirmier fait partie intégrante du soin car ce dernier lie tous les professionnels de santé pour une même finalité, celle de « prendre soin » de la personne. Ce qui particularise leurs actions de soins ce n'est pas cette notion de prendre soin mais leur contenu, leurs pratiques. La logique reste la même : la logique soignante, celle de prendre soin. Cette mission s'inscrit dans une logique humaniste.

Hesbeen mentionne la « force » et la « faiblesse » du soin infirmier. Il relate que ce soin entre peu dans les démarches quantitatives ce qui donne aux soignants certains espaces

de liberté. Ces espaces aux zones floues permettent toute l'ampleur de « l'art infirmier » non contraint et non réduit, alors, par des « règles réductrices d'une certaine forme de scientificité ». Il qualifie aussi le soin infirmier comme « composé d'une multitude de petites choses qui offrent la possibilité de témoigner d'une grande attention à la personne soignée ». (Hesbeen, 1997, p. 45) Mais quelles sont ces « petites choses » pouvant être si indispensables à la personne soignée ? Elles ne sont pas des petits actes de soins dénués de complexité ou de technicité. Il s'agit d'actes comptant pour le patient. Ils pourvoient un bien-être certain. Ainsi, « c'est sans nul doute à partir de la mise en valeur de l'utilité sociale de toutes ces « petites choses », constitutives du soin infirmier et des qualités des professionnelles requises pour leur donner vie et sens, que la profession d'infirmière pourra clarifier et asseoir son identité tout en montrant, grâce aux racines solides et nourricières que constituent « ces petites choses », sa contribution essentielle à la santé des individus ». (*Ibid.*, p. 45). La faiblesse du soin infirmier résulte du fait que toutes ces « petites choses » sont peu extraordinaires et surprenantes, peu mesurables et observables ». De même, elles ne sont pas auréolées ni reconnues par les sciences et les techniques nouvelles si fascinantes.

Mais, notons que toute la subtilité du soin infirmier repose sur l'inscription de toutes ces « petites choses » dans un univers où les pratiques obligent connaissances et compétences aux portes des avancées techniques. Par conséquent, l'IBODE se situe aux confluent de ces logiques : celles des « petites choses » contrastant avec les technologies de pointes au service de la médecine et celle de la gestion. Ainsi, dans un contexte du Nouveau management Public (NMP), « la nature discrète, on peut dire anodine de ces moyens infirmiers et le « triomphe » modeste qui s'ensuit ne s'inscrivent que difficilement dans une société élitiste où le « tout économique » valorise la performance immédiate, le résultat tangible et visible ». (Hesbeen, 1997, p.47). Par conséquent, toutes ces petites choses autant nécessaires et essentielles soient-elles, paraissent mineures dans un environnement où techniques et technologies sont omniprésentes et au fait du progrès. Le bloc opératoire en est un parfait exemple. N'oublions pas, qu'il est souvent la vitrine des établissements de santé.

Mais, pour décrire la discipline professionnelle infirmière quel cadre de référence distinguer ? Quel cadre de référence appeler afin d'extraire la structure de l'art infirmier car « la structure d'une discipline englobe deux aspects interreliés : (a) la substance [,] c'est-à-dire un corpus de conceptions faisant l'objet du développement de la connaissance et (b) la

syntaxe, [...] c'est-à-dire l'ensemble des processus privilégiés pour développer la connaissance de ce [corpus] de conceptions » (Lauzon, Pepin, 2000, p. 11-12)

Alors, comment décrire cette notion du « prendre soin » (Hesbeen) ? Fait-il parti des concepts infirmiers ? Pourtant, certains concepts tel que le caring se sont vus autant rassembleurs de la discipline infirmière. Précisons que le caring peut être considéré comme un concept central (Leininger, 1988a, Newman, Sime et Corcoran-Perry, 1991, Watson, 1990). Il se présente comme une approche exclusivement infirmière (Hesbeen, 1999, p.7) ce qui peut le positionner comme un « pensée disjonctive » contrairement à celle du « prendre soin » se décrivant comme un courant de pensée fédérateur. Dans un premier temps, nous apporterons quelques éléments définissant le caring avant de décrire la notion de « prendre soin ». Nous éclairerons ensuite notre choix en mettant en évidence les similitudes mais aussi les disparités entre ces deux approches.

Watson considère la profession d'infirmière comme une science et un art puisqu'elle est fondée sur un ensemble de valeurs humanistes et altruistes mais également sur des connaissances scientifiques croissant. Ainsi, l'interaction entre ces éléments pose la base du caring comme étant un idéal moral demandant l'engagement de la personne. Les facteurs « caratifs » seront respectés au quotidien dans la pratique des soins infirmiers. Ils offrent « un cadre conceptuel pour étudier et comprendre les soins infirmiers en tant que science du caring » (Watson, 1998, p.24). Ils sont au nombre de dix mais ne sont pas exhaustifs :

1. Le développement d'un système de valeurs humaniste-altruiste.
2. La prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir.
3. La culture d'une sensibilité à soi et aux autres.
4. Le développement de la relation d'aide et de confiance.
5. La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs.
6. L'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de prise de décision.
7. La promotion d'un enseignement apprentissage interpersonnel.
8. La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction.
9. L'assistance dans la satisfaction des besoins humains.
10. La prise en compte des facteurs existentiels-phénoménologiques.

Les trois premiers facteurs sont étroitement liés et constitue le socle de la science du caring.

Le caring selon Oury est inestimable (Oury, 2008) « inestimable car on ne peut l'évaluer du fait de son invisibilité ; inestimable car sa valeur n'est pas estimable selon les lois de l'économie du marché. Or c'est bien sûr un paradoxe au regard des conceptions classiques du travail. (...) le care n'est pas moins un travail et doit être distingué de l'amour. Le care implique toujours un effort, des savoir-faire, de la coopération et de la délibération » (Molinier, 2010, p.161)

Malgré leur véritable courant intellectuel et au fait de la faible légitimité des secteurs dont il est tiré, ses valeurs semblent avoir du mal à se légitimer. Ainsi, « il n'est pas certain que les éthiques du care offrent une plus grande légitimité du fait de leur implication avec la pensée féministe (Laugier, 2007 ; Gillian, 2009). Cela signifie une prise en compte de la parole des personnels subalternes – très féminisés comme chacun sait- ce qui va à l'encontre d'une structuration très hiérarchisée de la parole au sein de l'hôpital » (Molinier, 2010, p. 164).

Cette conception se veut strictement infirmière et pourvoit une « pensée disjonctive ». Ainsi, en voulant approfondir, analyser et conceptualiser les éléments d'un système complexe, elle fait « courir le risque d'approches fragmentées, parcellaires, incomplètes » ignorant un contexte pluri professionnel et une approche soignante pluri et inter professionnelle. (Hesbeen, 1997, p. 7). Alors, quelle définition pour le « prendre soin »? Hesbeen définit le « Prendre soin » comme : « porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé » (*Ibid.*, p. 8). Cette bienveillance pourrait d'abord s'inscrire dans notre vie au quotidien, tout aussi bien que dans la profession d'infirmière ou de soignant. Ainsi, dans la pratique professionnelle de tout soignant d'une équipe poly disciplinaire, trois notions étayent cette définition. Tout d'abord, la perspective soignante anime chaque soignant par « l'intention de prendre soin des personnes et pas seulement de leur faire des soins ». Ainsi, en bloc opératoire, les corps sont « réparés » par une chirurgie à la pointe du progrès pouvant émerveiller par ces victoires sur la maladie. Mais, les personnes bénéficiant de ses prouesses techniques, attendent-elles juste une guérison sinon « plus de singularité » lors de leur prise en charge ? La distance à parcourir à leur égard semble encore grande. Elle est « parfois dénoncé(e) par les « associations d'usagers », qui utilisent volontiers à cet effet le vocable de « fautes passives d'humanité » car elles attendent la « transformation de la performance technico scientifique en compétence soignante » (Hesbeen, 1999, p. 8). La

deuxième notion, la démarche soignante consiste en une rencontre et un accompagnement de la personne soignée. Le soignant instaurera une relation de confiance avec le patient pour que ce dernier détecte le soignant comme un professionnel l'aidant dans une « situation particulière qui est la sienne et non réductible à l'affection que présente son corps ». Bien évidemment, les soins, avec toute leur rigueur et méthode les caractérisant, doivent être considérés dans une gestion des risques encourus par le patient et ne doivent pas disparaître devant les interactions entre soigné-soignant. Il est primordial de considérer ce qui prévaut pour la personne. Hesbeen prend l'exemple d'une femme âgée admise au service des urgences pour une fracture du col du fémur. Ce qui l'inquiète au plus haut point, ce n'est pas la douleur mais : « qui va s'occuper de mes animaux restés seuls dans l'appartement ? » Ainsi, « le soignant qui pourra tisser des liens de confiance est celui qui réussira, sans délaisser l'affection présentée par le corps, à détecter – et à montrer son intérêt pour – ce qui est perçu comme le plus inquiétant voire le plus angoissant pour la personne dans une situation donnée ». (*Ibid.*, p. 10). Une fois cette rencontre réussie, le soignant accompagnera la personne dans des moments particuliers. Il mobilisera ses ressources ses savoirs au sein de l'équipe. La dernière notion est la capacité d'inférence. Le soignant va donc devoir mobiliser différentes ressources : ses savoirs, ses savoirs faire pour analyser une situation et pour y être acteur tout effectuant les soins en allant à la rencontre et en accompagnant le patient. En résumé, un professionnel qui prend soin « agit avec subtilité en utilisant les ressources diverses qui sont les siennes. C'est un soignant qui remplit sa mission d'expert [...], de méthodologue » (Hesbeen, 2009, p. 44). Quelques mots permettent de saisir la posture que demande une pratique soignante : simplicité (langage accessible, connaissance de ses limites et de son champ de compétence), respect, subtilité face à des situations complexes, écoute, compassion, capacité de s'indigner, prendre soin de soi (pour identifier ses limites et optimiser ses ressources) (*Ibid.*, 2009, p. 44-45).

Donc, quelles sont les parallèles et les différences entre le caring et le « prendre soin » ? Les deux notions sont empreintes des valeurs humanistes. Elles peuvent étayer des réflexions professionnelles. Mais, deux dissemblances sont à mentionner. La première est que le caring se définit comme une théorie, une science et une philosophie. Le « prendre soin » se voit comme une philosophie, une valeur, il ne serait pas un savoir scientifique. Ensuite, tandis que le « prendre soin » s'inscrit dans une approche pluri professionnelle, le caring se positionne comme une « approche essentiellement –voire exclusivement- infirmière » (Hesbeen, 1999, p. 14). En tout état de causes, ces deux notions pouvant soutenir toute

pratique réflexive professionnelle, s'opposent à la logique des soins, à la logique de faire des soins qui centre « les actes et les tâches avec la frénésie du faire qui l'anime » et qui infère une « hiérarchisation de différents soins ». Nous concluons alors, que « si la logique de soins conduit à une centration sur la tâche et à une certaine frénésie, la logique soignante, quant à elle, est marquée par la subtilité de la relation et de l'atmosphère apaisante qu'elle induit et requiert » (Hesbeen, 2011, p. 63).

Ainsi, nous différencieront le soin et les soins. Sont-ils alors des termes équivalents ? Le premier serait-il le singulier du second ? Est-ce que la pratique du soin appelle la présence du soin ?

II- ÊTRE IBODE DANS UN BLOC OPÉRATOIRE : ENTRE L'IDÉAL ET LE RÉEL ?

1- LA SECURITE ET LES SITUATIONS À RISQUES

De nos jours la fatalité des risques iatrogènes n'est plus du tout acceptée par les usagers du système de santé. En effet, notre société porte une attention toute particulière à la santé. Les patients ne tolèrent plus de sortir de l'hôpital plus « malades » qu'à leur entrée. Mais, comme le risque existe toujours, les établissements de soins se doivent de gérer au mieux les risques auxquels les patients sont éventuellement confrontés. Leur cible est donc de limiter au mieux la gravité des événements en développant la qualité et la sécurité des soins. Il existe alors deux niveaux de raisonnements pour la sécurité. Le premier se situe au niveau du service pour garantir l'activité de toute l'équipe. Le second, quant à lui, considère la prestation et son niveau de maîtrise avec les savoir-faire et les qualifications incontournables nécessaires. Il a été apprécié que 85% des sinistres déclarés aux assureurs hospitaliers sont en lien avec l'organisation et que 10% des risques sont liés aux actes de soins. Ainsi, les situations ou contexte complexe à risques jalonnent la vie des professionnels. Le bloc opératoire n'y échappe pas car les actes y étant pratiqués sont de plus en plus invasifs et techniques. Ces actions de soins et les organisations peuvent être dommageables. Ces suites négatives sont nommées événements indésirables associés aux soins (EIAS), résultantes éventuelles de risques insuffisamment gérés et maîtrisés.

Le risque

Le risque dans le contexte de la santé et des soins peut se définir comme « un événement redouté qui réduit l'espérance de gain et /ou d'efficacité dans une activité humaine. Appliqué au domaine de la santé, le concept de risque apparaît beaucoup plus subjectif » (Poullain et Lespy, 2002, p. 33). Encore, « le risque est tout événement d'être dommageable » (*Ibid.*, p. 34). Ainsi, en fonction du professionnel concerné, le risque perçu peut être différent. Un médecin pourra penser sa responsabilité engagée en cas d'une infection liée aux soins. Pour une infirmière, le risque d'anxiété et sa perception font partie de sa prise

en charge. Ainsi, pour parler de risque, les professionnels doivent le déterminer. Pour Poullain et Lespy, « le risque se définit comme un indicateur de l'état de danger qui est en fonction de deux facteurs : la probabilité d'occurrence (P) et la gravité des conséquences (G) d'un évènement redouté » (*Ibid.*, p. 34).

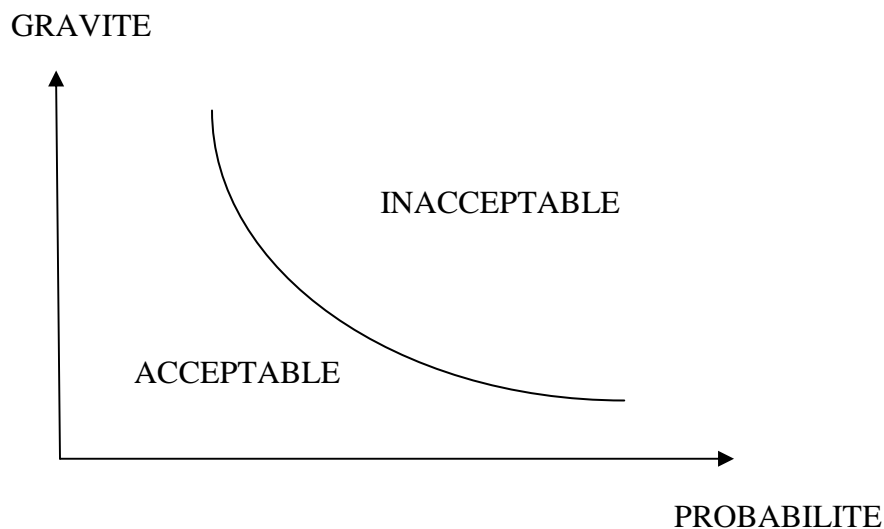


Schéma 1 : Caractérisation du risque en fonction de la gravité et de la probabilité selon Poullain et Lespy

Ainsi, nous pouvons remarquer que la notion d'acceptabilité est faiblement liée à son intensité. Par exemple, les accidents aériens ou nucléaires font moins de victimes que les accidents de la route ou domestiques. Cependant, les premiers sont beaucoup moins admis par la population que les derniers. De plus, selon les mêmes auteurs, « la perception diffère selon la prise volontaire ou non du risque, si celui-ci est connu ou non... » (*Ibid.*, p.34). De plus, le risque peut être caractérisé en fonction des enjeux déterminés par l'établissement. On peut noter alors divers critères :

- « Qualité (satisfaction des patients et de leur famille) ;
- Sécurité des biens (dispositifs médicaux, équipements, installations, bâtiments) ;

- Sécurité des personnes (patient, personnel, famille) ;
- Environnement (écosystème) ;
- Disponibilité en fonction de la durée d'hospitalisation des patients (retard, report ou annulation des actes) ;
- Absence de contentieux ; bonne image de marque de l'établissement ;
- Equilibre financier (aspect économique) » (*Ibid.*, p. 34).

Les auteurs rajoutent que « la prise de risque est nécessaire à la performance » (*Ibid.*, p. 34).

Mais, quels sont ces risques ?

Les différents risques encourus

Ils sont de deux types :

- Les risques connus : ils sont gérés au niveau organisationnel et sont liés aux différentes vigilances sanitaires : hémovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, réactovigilance, biovigilance...
- Les risques potentiels : ces risques dépendent étroitement du contexte. Poullain et Lespy décrivent une cartographie des risques en trois axes :
 - Acte professionnel : activité auprès du malade (activité de production) ;
 - Organisation : activité transversale ;
 - Environnement.

Nous comprenons ainsi que le risque fait partie de l'hôpital et du bloc opératoire. Mais, le bloc opératoire peut-il être considéré comme un système à risque au regard d'une certaine complexité ?

2- LE BLOC OPÉRATOIRE : UN SYSTÈME COMPLEXE ET À RISQUES

Le bloc opératoire peut-il appartenir aux systèmes de haute technologie ? Peut-il être considéré comme un système à risques ? Dans nos sociétés modernes, ces systèmes sont très divers : centrales nucléaires, plateforme de forage, aviation civile, médecine dite de pointe ...

Amalberti considère que ces systèmes détiennent quatre caractéristiques similaires (Amalberti, 1996, p.25) :

- « Les processus à gérer sont dynamiques, évoluant sans cesse (on parle de processus continus) ». De la sorte, ces systèmes sont constamment évolutifs et instables ;
- « Ils restent sous le contrôle d'hommes » à n'importe quel degré de technicité, d'automatisation. La performance maximale, l'évitement des risques d'incidents ou de catastrophe ne peut faire abstraction de la présence d'une équipe d'hommes qui dirige le système ;
- Ces systèmes sont à risques. Le risque peut avoir un double sens. Tout d'abord, le risque d'accident est omniprésent dans tous ces systèmes même si cette notion évolue en fonction des avancées technologiques. Ainsi, nous pouvons constater que « les accidents sont de plus en plus rares, mais souvent plus graves qu'auparavant » (*Ibid.*, p. 25). Par exemple, même si le transport de masse hyper rapide tel que l'avion semble de plus en plus sûr, un évènement est de plus en plus craint. Le second danger est celui de se tromper pour l'opérateur, celui de l'erreur humaine par méconnaissance ou par manque de temps. Ce dernier engage donc sa responsabilité.
- L'existence de ces systèmes se note dans une perspective macro systémique. Ainsi, « aucune unité sociotechnique ne possède d'indépendance vraie en tant qu'unité fonctionnelle isolée (l'avion, le train, l'atelier de l'usine, la salle d'opérations) » (Amalberti, 1996, p.26).

De même, tout en considérant ces quatre caractéristiques, la recherche omniprésente de la performance et de la sécurité infèrent au plan individuel, pour l'opérateur, pour l'infirmier, un niveau de protection contre les risques et les responsabilités toujours plus élargies. Alors, l'homme apparaît comme le point faible du système car la technique restreint l'occurrence des pannes. L'infirmier de bloc opératoire devant acquérir une technicité de plus en plus

importante paraît être un point faible de ce système. Il serait alors perçu comme « limiteur de performance et de sécurité » (Amalberti, 1996, p.33).

Encore, tous ces systèmes de haute technologie sont des systèmes complexes. Cette notion de complexité est connotée différemment en fonction des cultures (Bainbridge, Lenior, Van Der Schaaf, 1993). Ces auteurs se réfèrent à un effet de « tout de tour de Babel » voulant montrer ainsi que chacun mobilise des sens différents pour des mots identiques. Nous retiendrons alors que la complexité « se réfère à un état particulier de la situation imposant pour la majorité des acteurs des contraintes surajoutées et des comportements différents par référence à une situation nominale où la complexité est minimale et les comportements stéréotypés » (Amalberti, 1996, p. 47). Par conséquent, la complexité est « caractéristique de la tâche et de l'environnement ». Elle peut aussi être considérée comme « résultante de l'expertise ». Le bloc opératoire transparaît ainsi comme un univers clos mais aussi impénétrable.

- La complexité comme caractéristique de la tâche à faire et de l'environnement. La littérature sur les facteurs de complexité détermine l'effet de chaque facteur sur la performance du travailleur et donc de l'infirmier.
 - Les facteurs temporels. En premier lieu, la dynamique du processus est la durée moyenne des états de ce processus (par exemple pour le décollage d'un avion, les descripteurs sont de sortir le train, d'étendre les volets, etc.) et par la vitesse de transition d'un état à l'autre. Le pilotage d'un avion a de ce fait une forte dynamique alors que la conduite d'un haut fourneau a une dynamique beaucoup plus lente. De même, sont étroitement reliés à la dynamique de processus le degré de réversibilité renvoyant à la possibilité d'annuler une action par une action contraire et le degré de prédictibilité du système qui limite les anticipations entraînant une conduite dans le court terme et une surcharge de travail permanente (Woods, 1998 ; Javaux et de Keyser, 1994). Au bloc opératoire, le degré de réversibilité paraît limité au regard des risques encourus par l'opéré. En second, apparaît la pression temporelle qui est le temps dont dispose l'opérateur pour prendre une décision pour agir sur le système afin d'obtenir une réponse conforme à ses objectifs. La pression temporelle amoindrit les stratégies de prise de décision de chaque opérateur en réduisant le nombre de solutions à envisager (Zakay et Wooler, 1984, Klein, Oranasu et Calderwood, 1993) et en affaiblissant la réflexion au regard d'une

anticipation et l'engagement de l'opérateur pour effectuer un choix optimal (Janis et Mann, 1977)

- Le risque : Amalberti différencie le risque externe et le risque interne. Le risque externe renvoie à la notion de risque d'accident, d'évènement indésirable grave au bloc opératoire. Cette notion est objective. L'opérateur peut ainsi évaluer le risque en termes de degré de liberté qu'il pourrait s'octroyer par rapport à une bonne pratique, une procédure, sans pour autant devoir centrer son attention pour la récupération de la situation nominale. Apparaissent ainsi des « marges » que sont ces degrés de liberté. De plus, moins l'opérateur bénéficie de degrés de liberté, plus il évalue que le risque est important. Le risque interne, quant à lui, renvoie à un risque subjectif. Il se décompose à son tour en deux types : celui de ne pas posséder de savoir-faire. L'opérateur posséderait des méta connaissances lui permettant d'évaluer le risque avant l'action. La gestion des risques devant être garantie par l'IBODE est la clé de voute de sa pratique. Le second type renverrait au fait « de ne pas savoir gérer ses ressources au moment de l'exécution, de perdre la maîtrise de l'action » (Amalberti, 1996, p. 53). Ce risque apparaît au moment même de l'action d'où une difficulté pour l'anticiper ;
- La coopération entre les acteurs. Les systèmes à risques se situent au niveau d'un microsystème donc cela suppose des activités de coopération de façon continue dépendant de la structure même de leur organisation. Amalberti distingue alors trois types de structure dans les processus de coopération : les structures hiérarchique, fonctionnelle et temporelle. Au bloc opératoire, les infirmiers sont sous l'autorité hiérarchique du cadre de santé, du cadre supérieur de santé, sous l'autorité fonctionnelle des médecins (chirurgiens et anesthésistes) et doivent répondre à des pressions temporelles émanant notamment des objectifs fixés par la direction. Ces structures peuvent être à l'émergence de facteurs propres de complexité. La division des structures en entités fonctionnelles de taille et de complexité moindre se fait grâce à la spécialisation des fonctions des grandes composantes de l'organisation. Peuvent alors apparaître des problèmes au regard de l'efficacité et de la sécurité (Leplat, 1987) car les frontières entre chaque petite entité ne sont pas clairement définies. Ainsi, il existe des zones d'interface à l'origine des zones traditionnelles d'incertitude. Ces frontières floues favorisent l'émergence de

zones où il existe des activités se superposant de façon conflictuelle où se diluent les responsabilités de chacun. La structure temporelle organise, coordonne et synchronise les étapes principales du processus de production. Une des complexités résulte notamment aux diverses références temporelles des différents acteurs se situant à une position leur étant particulière car chacun doit synchroniser son action en fonction de l'autre. Ainsi, la notion de temps pour un chirurgien n'est pas identique à celle de l'infirmier.

- La complexité comme résultante de l'expertise. Elle pourrait se définir comme la difficulté mesurée par l'opérateur. Rasmussen et Lind en 1991 cités par Amalberti exposent trois sources de complexité émanant de la construction de la représentation mentale de la situation. Il existerait une complexité due à la représentation du système, des buts qu'il demande d'atteindre et des connaissances et savoir-faire propres à l'opérateur : en somme, « de quoi suis-je capable ? ». Cette complexité s'amenuiserait ou non en fonction des expériences de situations semblables, des apprentissages professionnels ayant aidant à l'identification des dangers potentiels. La représentation de cette complexité serait le fruit de l'appréhension de se retrouver dans une situation de « non savoir-faire », de ne pas « être à la hauteur ». Ce risque interne est d'autant plus craint car il atteint narcissiquement l'opérateur et qu'il génère un danger réel puisque générateur d'un incident. Une autre complexité serait en lien avec le partage des représentations des agents coopérant dans une même situation. L'opérateur craindrait de perdre la maîtrise de la situation et tout en ayant les connaissances nécessaires à sa maîtrise. Ainsi, cette dimension est personnelle et donc variable d'un opérateur à l'autre dans l'exécution. Elle émane d'une prise de conscience face à un risque de mise en échec de ses capacités cognitives. Elle découle d'une « auto-évaluation de la fatigue (liée au fait qu'il faut traiter la tâche à un niveau d'abstraction plus élevé et coûteux en ressources), des erreurs commises, et plus globalement de la sensation de réduction des marges qui engendre en retour un niveau de stress croissant » (Amaberti, 1996, p. 60). Donc, la complexité serait indivisible des « opérations cognitives que l'opérateur doit mettre en jeu pour garantir la meilleure validité à sa représentation tout au long de l'exécution du travail sans risquer de saturer son système cognitif » (Amaberti, 1996, p. 58).

3- UNE CHIRURGIE OÙ LE RISQUE EST ENCORE LÀ

Dans le monde, se déroulent chaque année 234 millions d'interventions chirurgicales. Dans nos pays développés où technologie et maîtrise sont essentielles, le taux de mortalité serait de 0.4 à 0.8%. Le taux de complication post opératoires graves fluctuerait entre 3 à 16% selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La moitié de ces complications toujours selon l'OMS serait « évitable ». En France, d'après les sources de la MACSF, assurance des professionnels de santé, 44% des 2 025 déclarations ayant un lien avec des dommages corporels sont en lien avec la chirurgie. Nous nous proposons toujours selon les mêmes sources de détailler les fautes susceptibles d'être en rapport avec un manquement à une procédure sécuritaire pour l'année 2008 en fonction du type de chirurgie. Sur 79 déclarations en chirurgie générale et viscérale, un corps étranger a été oublié après une hystérectomie (découvert 4 ans après). Est aussi révélée une erreur de côté toujours dans la même spécialité. Lors d'une cure de cystocèle, une compresse a été oubliée lors de la pause de bandelette de type TVT (bandelette synthétique en polypropylène). La patiente a dû subir plusieurs interventions par la suite. En chirurgie orthopédique, une compresse a été découverte après une infection après une cure de hernie discale. Dans la même spécialité chirurgicale, sont dénombrées quatre erreurs de côté ou d'intervention. En chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique une erreur de cible opératoire s'est produite. Enfin, en obstétrique lors de deux césariennes ont été oubliés une compresse et un champ opératoire avec des suites favorables après ré interventions.

Un quotidien régional le Progrès relate une erreur d'intervention. En février 2009, une femme de 64 ans a été amputée des deux seins suite à une « erreur humaine ». Entrée au bloc opératoire pour l'ablation du sein gauche, l'équipe chirurgicale s'est trompée de côté. Elle est sortie du bloc opératoire sans ses deux seins. Elle bénéficiera d'une reconstruction mammaire gratuite a précisé la direction de l'hôpital spécialisé en cancérologie. En février 2011, l'actualité mettait au plein jour le fait divers suivant : depuis plus de six mois, une Lyonnaise de 31 ans a vu sortir au niveau de son ombilic la pointe d'un instrument chirurgical. La pince a été oubliée dans son abdomen après une intervention chirurgicale. Elle ressentait des douleurs abdominales depuis plus de six mois.

Dans la presse américaine spécialisée The New England Journal of Medicine en 2003, un article relate d'une étude effectuée entre 1985 et 1991 auprès d'une importante société d'assurances représentant un tiers des médecins du Massachusetts et 22 hôpitaux. 54 patients à leur sortie du bloc opératoire étaient porteurs de 61 corps étrangers : pour 69% des cas il s'agissait de compresses et les 31% restants d'instruments chirurgicaux. Leurs localisations étaient différentes : abdomen ou le pelvis (54% des cas), vagin (22%), thorax (7,4%), canal rachidien, cerveau et visage (17%). Leur détection s'est produite entre 21 jours et 6.5 ans après l'opération.

Au regard de ces dysfonctionnements engendrant des répercussions graves sur le patient, le système complexe et rigoureux du bloc opératoire apparaît faillible. Nous serions en droit de nous questionner : les procédures sécuritaires de contrôle tant sur l'identité du patient, sur la vérification du matériel, que sur les comptes des différents dispositifs médicaux sont-elles appliquées ? Dans une logique de prévention du risque, l'ouvrage « risque au bloc opératoire : cartographie et gestion » relate des différentes erreurs humaines. Il pourrait s'agir d'erreur d'exécution d'une technique, d'une erreur de jugement, d'une violation des règles par oubli ou bien par non-respect des règles de façon délibérée. La cause principale de cette dernière est une « conscience professionnelle médiocre ». Pouvons-nous alors parler d'erreur quand des règles sécuritaires si simples ne sont pas appliquées ? Pouvons-nous évoquer des violations de règle par oubli, inattention, négligence ou manque de connaissances chez des professionnels formés et avertis aux risques au long de leur formation ou de leur exercice professionnel ?

Selon Leculée et Robinson de la Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des Evènements Indésirables Aquitaine, un projet d'arrêté définissant les situations susceptibles d'être la cause d'un événement indésirable grave au sens de l'article R. 1413-33 du code de la santé publique verraient le jour en 2013 (Leculée et Robinson, 2013, p. 12). Les principales causes seraient les suivantes:

- 1° Erreur d'identification d'un patient y compris pour ce qui concerne l'administration d'un médicament
- 2° Erreur de site ou de côté lors d'un acte invasif
- 3° Erreur de nature de prothèse ou d'implant
- 4° Corps étranger oublié à la suite d'un acte chirurgical

5° Brûlure accidentelle d'un patient au cours de la réalisation d'actes de soins non liés à l'utilisation à l'utilisation médicale des rayonnements ionisants

4- DES PROCÉDURES SE VOULANT ÊTRE RESPECTÉES

Dufey (2006) craint des solutions externes choisies par les professionnels pouvant conduire à des dérives de procédures et de pratiques.

Mais tout d'abord, questionnons-nous sur les procédures sécuritaires. D'où viennent-elles ? Quelles sont leur utilité ?

Check-lists et procédures sécuritaires.

Les procédures sécuritaires comme les différentes check-lists évoquées ne sont pas toutes légiférées. Cependant, elles sont parties prenantes des règles de bonnes pratiques fondatrices et sont corrélées par des principes de sécurités incontournables. Elles se veulent présentes pour éviter toute négligence, toute initiative malencontreuse. Elles sont incitées comme devant provoquer beaucoup d'attrait. Mais, nous avons noté au cours de nos différentes lectures qu'elles peuvent être contournées.

Cependant, que sont-elles pour ne pas laisser les professionnels dans une telle indifférence ? Bourrier (1999) définit à travers la vision de divers auteurs, la notion de règle et de procédure. Dejours définirait cette dernière comme une aide ou un « *pense-bête* ». Pour Vermeersch, elle serait « un support d'action, un mode d'emploi ». De plus, ces règles sont retrouvées sous formes écrites ou non. Les « règles écrites » d'après le sociologue de Terssac, répondraient à trois critères : elles sont établies pour les respecter, elles sont formalisées par un groupe pour être mises en application par un autre groupe et elles sont construites sans la contribution des acteurs devant les appliquer. Les « règles non écrites » seraient en rapport avec les façons de s'organiser des acteurs dans l'accomplissement du travail attendu. Elles ont deux critères : ce sont des façons de procéder partagées et admises par les membres du groupe mais, elles ne sont pas en rapport avec les « *règles écrites* » et donc vont à l'inverse des attentes de l'encadrement. (de Terssac, 1992, p. 39). Cette dernière nuance nous conduit de ce fait au non-respect de la norme ou de la prescription.

Pour l'aéronautique, la check-list est une liste d'items devant soutenir l'utilisateur pour cocher la présence ou non après vérification de chacun d'eux. Son application se doit de garantir que chaque item soit bien observé et accompli.

L'Organisation Internationale de l'Aviation Civile a examiné le non-respect des procédures ou des check-lists. Le « mauvais usage des check-lists » peut être généré par quatre catégories de causes : leur « non-utilisation » (peu importe la raison), leur « réalisation mais un ou plusieurs items sont oubliés », « l'annonce de la vérification ou de la validation d'un item alors que cela n'est pas fait » et enfin, « le commencement d'une check-list mais celle-ci est arrêtée et non achevée » (Amalberti et al, 2004).

Suite à l'analyse comportementale des acteurs en aéronautique au cours d'accidents aériens ont été mises en évidence diverses causes pour ne pas respecter une règle (Amalberti et al. 2006). Sont alors identifiées les causes suivantes : la « contrainte d'impossibilité d'action » (manque de temps, matériel indisponible...), le « renforcement du lien social, de la cohérence du groupe », le « conflit entre la règle et une pratique déjà installée, qui s'avère gagnante au plan professionnel » (ça fait vingt-cinq ans qu'on fait comme ça et ça marche), le « questionnement de la règle par ceux qui l'ont mis en place », la « pression de vouloir mieux faire » et pour terminer, les « excuses majeures » (pour plus de sécurité, je procède comme ça).

Mais quelles check-lists au bloc opératoire rencontrons-nous ? Sur quelles procédures s'appuient les infirmiers ? La principale check-list est celle de la check-list sécurité du patient. Elle est partagée par tous les acteurs de soins constituant l'équipe pluri professionnelle. Mais, il en existe d'autres comme la check-list d'ouverture de salle pour les infirmiers de bloc opératoire, celle d'ouverture du poste d'anesthésie pour les Infirmiers Anesthésiste Diplômés d'Etat ...

Check-list sécurité patient au bloc opératoire : vers un défi national

En fin du millénaire dernier et au début de celui-ci, l'espérance de vie s'est vue fortement majorée. De plus, malheureusement, nous sommes contraints de constater que paradoxalement les affections de longue durée comme les cancers ou les maladies cardio-

vasculaires, pour ne citer qu'elles, ne font qu'augmenter. De ce fait, la chirurgie est devenue un incontournable passage pour rester en état de santé. Par conséquent, 234 millions d'interventions chirurgicales ont lieu chaque année dans le monde avec environ 63 millions de personnes qui bénéficient d'une intervention chirurgicale, pour le traitement de traumatisme, 10 millions de femmes sont prises en charge chirurgicalement pour résoudre des complications en lien avec leur grossesse. Enfin, 31 millions de personnes bénéficient d'un acte opératoire dans un contexte de tumeurs malignes. Donc, parler de santé et de son système de prise en charge dans un contexte de démarche qualité est indissociable de la chirurgie face à une performance demandée et attendue.

Le deuxième défi mondial pour la sécurité des patients : une chirurgie plus sûre pour épargner des vies de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est parue en juillet 2008. Conformément à la résolution 55.18 de l'Assemblée Mondiale de la Santé, l'OMS a initié l'Alliance Mondiale pour la Sécurité des Patients. Lancer des défis mondiaux pour la sécurité des patients est son fondement. Le premier défi a porté sur les infections nosocomiales. Le deuxième défi porte sur la sécurité chirurgicale. Elle aide les états membres dans l'élaboration de politiques et de pratiques en regard de la sécurité des patients.

C'est dans ce contexte que les mesures mondiales de l'Organisation Mondiale de la Santé ont vu le jour ayant pour finalité une participation à une irréprochable sécurité chirurgicale. Cette sécurité existe dans de nombreux pays industrialisés ou en cours de développement mais elle est encore et toujours perfectible. Après le premier défi de l'OMS, en 2005, ayant eu pour objectif les infections nosocomiales, l'OMS, en 2007 a voulu améliorer la sécurité des soins dans le monde. Pour elle, il n'existerait pas une solution pour arriver à cette finalité mais « une série de mesures liées aux soins » employées autant par le chirurgien que par l'équipe pluri professionnelle avec laquelle il collabore. La préconisation de l'OMS consiste donc en une liste de contrôles de la sécurité chirurgicale. Trois principes servent de fondement à son élaboration : la simplicité, l'applicabilité et la mesurabilité. Cette énumération doit supporter les équipes médicales et paramédicales chirurgicales pour appliquer des mesures de sécurité dans le but de minorer les risques les plus fréquents à chaque intervention. Dans le prolongement de ces recommandations, la liste de contrôles initiée par l'OMS a été testée dans huit sites pilotes : Toronto (Canada), Seattle (Etats-Unis d'Amérique), Londres (Royaume-Uni), Amman (Jordanie), Nouvelle Delhi (Inde), Manille (Philippines), Ifakara (République Unie de Tanzanie), Auckland (Nouvelle Zélande). Cette

étude réalisée par l'OMS auprès de 8000 patients dans huit pays sur une période d'un an, en suivant un protocole avant-après, a été concluante. Il existe une amélioration chirurgicale notable après l'application de la check-list.

La Haute Autorité en Santé (HAS) a initié et rendu obligatoire l'utilisation de la check-list promue par l'OMS lors du deuxième défi mondial en faveur de la sécurité chirurgicale. Elle l'a adaptée à la conjoncture française. La Check-list « Sécurité Patient au Bloc Opératoire » (annexe 2) a pour but de favoriser la sécurité dans les blocs opératoires et de diminuer les erreurs chirurgicales. Elle encourage fortement la « vérification croisée de différents points critiques de sécurité ». Ainsi, la communication devant être au centre des équipes pluri professionnelles soignantes en est un point d'orgue. Cette check-list comportant dix items devant tous être vérifiés et renseignés n'est pas modifiable. Depuis janvier 2010, elle doit être appliquée dans tous les blocs opératoires des établissements de santé en France. Son application a fait l'objet de vérification par les experts visiteurs dans le cadre de la certification de ces mêmes établissements. Les 17 et 18 novembre 2011 lors de ses rencontres annuelles, la HAS informe de travaux. L'un d'entre eux concerne les blocs opératoires avec un plan de redéploiement de la check-list au bloc opératoire et ses outils. Deux ans après des débuts semblent-ils difficiles, elle tire un premier enseignement par rapport à sa mise en œuvre et procure des outils pour une meilleure efficacité.

De ce fait, la France a considéré fortement ces recommandations et ces résultats. Nous savons que la Haute Autorité en Santé, institution publique indépendante à caractère scientifique, créée par la loi du 4 août 2004 relative à l'assurance maladie ayant pour but de contribuer notamment au renforcement de la qualité des soins pour le bénéfice des patients, se veut de guider prioritairement les professionnels pour l'amélioration de leurs pratiques dans la prise en charge de ces derniers. Lors de la présentation de son projet 2009-2011 « Ensemble, améliorons la qualité en santé », sa première ambition est de « mettre la qualité au cœur des pratiques et des comportements individuels ». Cette politique d'amélioration des pratiques mises en place au sein des établissements de soins, évalue les organisations des pratiques professionnelles tous les quatre ans. Ces démarches pluri professionnelles suivant une méthode validée, ont pour finalité de permettre aux professionnels une confrontation de leurs pratiques, de leurs résultats aux recommandations professionnelles et appliquer des actions d'amélioration dans le cadre d'une amélioration continue de la qualité.

C'est donc dès janvier 2010 que devient obligatoire la check-list sécurité patient au bloc opératoire initiée par l'OMS. En présence de tous les acteurs de soins et avec la participation du patient avant son endormissement, elle doit amener à la vérification grâce à un coordonnateur souvent infirmier, dix points indispensables et obligatoires. Elle se veut de permettre la verbalisation des vérifications croisées. Avant l'induction anesthésique sont vérifiés l'identité du patient, la nature de l'intervention chirurgicale dont va bénéficier le futur opéré et le site et/ou côté à opérer. Ensuite, l'installation chirurgicale sera authentifiée et le matériel nécessaire pour l'opération est contrôlé. Les risques allergiques, respiratoires et hémorragiques seront confirmés. Un autre temps de pause avant l'incision, équipe au complet, permet le partage d'informations primordiales en rapport avec des points critiques relatifs aux procédures chirurgicales et anesthésiques. La recommandation d'une éventuelle antibioprofylaxie et son application doivent être questionnées. Après l'intervention, il est demandé une confirmation orale du compte final correct des instruments, compresses, aiguilles, de l'étiquetage correct des prélèvements à visée thérapeutique et diagnostique. De plus, les éventuels dysfonctionnements doivent être signalés. Enfin, la réalisation des prescriptions postopératoires est vérifiée. Lors de la certification V2010, le critère 26a : « pour chaque intervention chirurgicale, la procédure de vérification de l'acte est mise en œuvre par un membre identifié de l'équipe opératoire » a constaté ou non dans l'organisation des pratiques professionnelles et a conduit éventuellement à une réponse « oui » ou « en grande partie », « partiellement », ou « non ».

Mais, qu'en est-il au quotidien au sein des blocs opératoires ?

Une chirurgie entre idéal et réel : comment donner le change aux règles ?

Les professionnels paramédicaux des blocs opératoires sont formés à la gestion des risques. Durant la formation concernant leur spécialisation, les bonnes pratiques leurs sont exposées. Le transfert de leur connaissance est favorisé par une formation par alternance. De ce fait, ils peuvent acquérir connaissances, gestuelles et compétences face à la gestion des risques réels ou potentiels.

De plus, ces professionnels évoluent dans une administration au sens large du terme, c'est à dire dans des organisations où les mécanismes de coopération humaine où le travail en équipe et l'action collective sont très développés. Chacun doit coopérer pour prendre en charge une personne devant bénéficier d'une intervention chirurgicale. L'utilisation de la check-list sécurité patient au bloc opératoire se veut de leur servir de fer de lance pour éviter tout dommage fortement prévisible et évitable.

Ainsi, il semble que des processus de rationalisation s'enracinent de plus en plus dans les pratiques de ces professionnels. Nous n'aborderons pas dans notre travail les détails de fonctionnements concrets des blocs opératoires mais cependant tenterons-nous d'approcher quelque peu les effets qui sont produits par de telles organisations.

Depuis le début de nos propos, nous assistons à la coexistence de valeurs de dimensions au travail où le sens même du travail peut s'y perdre. Pour autant, les lois, la déontologie, les procédures, les bonnes pratiques recommandées serviraient de socles aux exercices professionnels.

Mais, il existerait un écart entre le travail prescrit et le travail réel. Ainsi, le patient pourrait encourir des risques majorés par des dysfonctions. Ces dysfonctions sont-elles des réponses aux règles seulement ? Ne faut-il apporter quelques nuances ? Pourrions-nous prendre en considération les contraintes grandissantes pour la recherche d'une performance à tout prix ? Selon Dufey, les infirmières en lien direct avec les personnes soignées seraient en « première ligne » face à ces injonctions paradoxales. Elles ne peuvent que « trouver des solutions pour concilier trois messages implicitement compris dans l'injonction : « acceptez une diminution de moyens », « tenez-vous aux critères de rentabilités exigés » et « Produisez une qualité supérieure de travail et de soins » (Dufey, 2006, p. 225). Elle craint alors un glissement de leur pratique vers des soins plus standardisés, uniformisés, simplifiés et laissant donc l'individualité prônée par le « prendre soin ». Pour gérer les contraintes, ces professionnels de santé doivent alors au quotidien résoudre de difficiles équations pouvant les conduire à certains contournements où leurs responsabilités se verront engagées car elles peuvent mettre en péril le patient. Elles devront « faire appel à des « solutions de l'extrême » qui risquent, dans certains cas, de conduire à des dérives.[...] elles correspondent parfois aux seules solutions « créatives » qui permettent de s'en sortir, c'est-à-dire de sauvegarder une réelle qualité de soins tout en répondant aux exigences du système » (Dufey, 2006, p. 226).

Les professionnelles se voient alors coincées et dupées car elles peuvent se sentir déposséder du sens même de leur travail en risquant de faire encourir à leur patient des risques. Ainsi, Perrot affirme que ces mêmes professionnelles « sacrifient » une partie de leur soin « sur l'autel de l'efficacité » car c'est « avant tout le temps consacré à des activités non quantifiables (et n'entrent pas dans le catalogue des normes) qui est le premier visé ». Ainsi, pour conclure : « Nombre de professionnels se sentent mis en demeure de faire un choix entre un travail d'une qualité insatisfaisante (selon leurs critères), mais justifié par une obéissance sans état d'âme à la norme, et un métier exercé en « toute conscience » au prix d'une stratégie personnelle qui invente des ruses afin de contourner la dictature du temps compté » (Perrot, 2006, p. 208).

Le bloc opératoire voit aussi diverses dérives. Mais, elles semblent peu étudiées car les données sur certaines fautes sont rarement observées dans nos systèmes de santé. Une étude australienne de 1999 met en évidence que le contournement de règles est la cause de 4.8% d'évènements indésirables dans le système de soins. Ainsi, Amalberti et al (2006, p. 167) évoquent trois raisons afin d'expliquer ce manque d'information au regard des violations dans le domaine de la santé. La première semble provenir du fait qu'une plus grande flexibilité est autorisée car le jugement clinique laisse une part de flexibilité dans la mise en œuvre des protocoles, des recommandations et des bonnes pratiques. De même, il est à noter que les comptes rendus des incidents ne rapportent pas des données très explicatives de la présence ou non d'erreur ou de non-respect de procédures effectuées de façon volontaire. Enfin, le signalement de toute négligence effectuée de façon délibérée semble délicat car il pourrait conduire à des accusations considérables même si les fautes sont commises sans vouloir provoquer de dommage.

En nous situons plus précisément au bloc opératoire, les erreurs ne sont pas les causes de dysfonctionnements mais les conséquences. (Romain et al, 2004, p. 1). Ces dysfonctionnements sont de trois sortes :

- désorganisations du bloc opératoire,
- baisse de la qualité des prestations à type de « retards et des durées prolongées de séjour au bloc opératoire, l'augmentation des risques d'infection et des erreurs, l'attention portée aux malades qui diminue, de la mauvaise gestion des personnels et du matériel qui entraîne gaspillage et surcoûts (...)
- baisse de la qualité de vie au travail » (*Ibid.*, p. 2).

5- LE SOIGNANT CONTAMINÉ PAR LA GESTION : LA GESTION EST-ELLE UNE MALADIE ?

La primauté est mise sur les résultats à atteindre, sur la performance. De plus, il est à noter l'existence de certains paradoxes, la juxtaposition de valeurs dont certaines en plein changement ne trouvent pas grand intérêt pour certains acteurs. Ces derniers seraient confrontés à l'utilisation d'outils de gestion grandissant, générant ainsi des situations aboutissant à des conflits d'intérêts, des abus de pouvoir et de la corruption au sein des organisations (Emery et Wyser, 2008).

La rentabilité semble être le maître mot. Il semblerait que le premier alibi ou argument soit celui d'une guerre économique (De Gauljac, 2010, p. 110). Emery et Giauque en 2005 mettent en évidence les points forts des processus introduisant des méthodes et outils de gestions tirés des entreprises privées, des mécanismes et des valeurs de ce même marché dans les organisations publiques. Pour ces chercheurs en management public et gestion des ressources humaines, il existe des points forts mais aussi des paradoxes et des tensions qui seraient alors générés. La nouvelle politique publique amène un changement fort avec un système de pilotage s'appuyant ainsi sur nombreux tableaux de bords et indicateurs. Elle conduirait vers une focalisation sur les prestations en orientant l'attention des pouvoirs publics sur des détails opérationnels. Pour ces mêmes auteurs, un des premiers paradoxes de la gestion publique vise l'optimisation du système productif par la segmentation des services. Une autre contradiction est de prôner la finalité en focalisant sur le faire. Le troisième antagonisme est de favoriser la qualité des prestations en introduisant des critères quantitatifs.

L'hôpital aurait-il échappé à ces paradoxes ? Qu'en est-il pour les acteurs de soins ? Nous recentrons donc notre étude sur les infirmiers travaillant au sein des blocs opératoires. Il est à préciser que les infirmiers remplissant les fonctions d'infirmiers de bloc opératoires ne sont pas tous titulaires d'un Diplôme d'Etat d'Infirmier de Bloc Opératoire.

Ainsi, adhérer à la culture de sécurité des soins, vouloir optimiser une gestion des risques dans le bloc opératoire est-il suffisant pour répondre aux demandes du système de soins tout en étant congruent avec une logique de continuité de prise en charge de la personne soignée, au regard d'une démarche qualité, en répondant à une qualité de processus de soins et à sa gestion documentaire tout en assurant la performance exigée ? L'acteur de soins arrive-t-

il à rendre compte aux nombreuses exigences quantitatives et aux demandes de traçabilité du système tout en prenant soin de la personne bénéficiant d'une intervention chirurgicale ? Alors, ces exigences celles budgétaires et celles de qualités de soins sont-elles conciliables simultanément ? En effet, « les moyens ne sont toujours que les moyens, c'est-à-dire des interfaces techniques et financières entre un prestataire et un patient. La notion de métier est plus large, elle inclut des dimensions déontologiques, sociales, le sentiment d'utilité sociale et humaine que le professionnel tient pour essentiel » (Perrot, 2006, p. 206).

Peut-être devons-nous nous questionner sur le sens du travail de ces soignants à l'intersection de différentes nécessités. Tout d'abord, le sens que les soignants donnent à leurs missions est-il mis à mal ?

Les soignants souffrent-ils lorsqu'ils soignent ?

Cinq éléments significatifs caractérisent le travail, mais, « on assiste actuellement à une mutation majeure qui transforme chacun de ces registres et, en conséquence même le sens du travail » (De Gaulejac, 2010, p. 122).

Tout d'abord, l'« acte de travail » se perd dans un système complexe car il serait de moins en moins lié à une finalité. L'esprit gestionnaire prendrait-il le pas sur le prendre soin, sur les valeurs soignantes ? Le soignant se sentirait démuné dans un système de plus en plus complexe. Il ne pourrait plus délimiter concrètement un travail correctement effectué. Quelle plus-value apporte-t-il dans un système complexe de bloc opératoire ? N'est-il seulement qu'un maillon d'une chaîne de soins devant répondre à un processus normé ?

D'autre part, le soignant est-il reconnu pour ses efforts pour assurer une sécurité et qualité des soins ? Qu'en est-il de sa rémunération ? Dans ce travail de bloc opératoire, où chaque compétence interagit avec celle d'un autre, les efforts sont-ils reconnus ? Le traitement salarial ne peut-il être coupé d'une grille salariale ? Les primes de service sont calculées sur une certaine ancienneté et une valeur de points se combinant avec un échelon et un indice. Les traitements sont des appointements fixes et gradués selon le rang hiérarchique et qui correspondent aux responsabilités assumées. L'avancement provient de l'ancienneté. Y-a-t-il une différence significative entre soignants offrant des prestations différentes et révélatrices au regard de la logique gestion ou du prendre soin ? Ainsi, « la rémunération n'est

pas vraiment connectée à la qualité ou à la quantité du travail fourni » (De Gaulejac, 2010, p. 122).

Une autre interrogation se pose aussi : le collectif de travail serait-il porteur de liens stables ? Peut-on aborder des identités métiers d'infirmiers de bloc opératoires ou d'infirmiers anesthésistes diplômés d'état ? N'oublions pas que dans les salles d'opérations des infirmiers sans spécialisation remplissent des missions d'infirmiers spécialisés pour répondre aux rôles d'infirmiers circulants et d'infirmiers instrumentistes. Comment se positionnent tous ces professionnels en cas de conflit ? Se positionnent-ils collectivement lors de revendication pour garantir par exemple la sécurité des soins pour les personnes soignées ? Face aux demandes de faire de plus en plus vite et de mieux en mieux, face à ces injonctions, la notion de collectif cet « élément central de solidarité et de protection » l'emporte-t-elle face à des notions s'apparentant de plus en plus à des principes de compétition ? (De Gaulejac, 2010, p. 123).

Encore, comment inscrire le sens du travail c'est-à-dire le « comment faire et le pourquoi faire » quand l'activité est évaluée par des critères ne portant que peu de sens sur la qualité et sécurité de soins. Ne voyons-nous pas prendre de plus en plus d'envergure certains éléments quantitatifs comme le taux d'occupation de salles face à des critères de qualité du « prendre soin » ? La construction de normes, de pourcentages peut-elle mesurer cette dernière ? Suffit-il de renseigner des documents d'enregistrement d'un process de soins validé pour attester de la qualité du soin ? Ainsi, « cette subjectivité est mobilisée sur des objectifs, des résultats, des critères de réussite qui tendent à exclure tout ce qui n'est pas utile ou rentable. La valeur marchande tend à s'imposer sur toute autre considération » (De Gaulejac, 2010, p. 125). De la sorte, certains systèmes de sens ne seraient considérés que trop peu.

Entre le non-sens et l'insensé : être infirmier dans un bloc opératoire ?

Le soignant se retrouverait-il face à lui-même dans certaines situations de travail ? Comment répond-il aux différents paradoxes ? Pour lui, la personne soignée est une personne à part entière, formant un tout indivisible, d'autant plus que le code de la santé publique déclare dans l'article R.4311-2 : « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs,

intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle ». Comment alors répondre aux questions du futur opéré, répondre à ses besoins psychologiques en ne s'attardant qu'à des vérifications de points de contrôle encouragées fortement par la hiérarchie ? Ce rôle du soignant nécessite de prendre du temps. De plus, il n'est pas comptabilisé et par là-même n'est pas évalué par le système. Rappelons-nous de ce que préconise la HAS dans les secteurs à risque du bloc opératoire. Les vérifications que recommande la check-list sécurité patient en bloc opératoire ne considèrent pas un quelconque risque psychologique. Par conséquent, le collectif des infirmiers tendant à se désagréger face aux contraintes externes et internes (mobilité entre blocs opératoires différents imposée par des réorganisations) ne fait guère le poids. Cette marche en avant, cette « modernisation fait éclater les collectifs au profit d'une collection d'individus interchangeables (...). La seule réalité tangible est une traduction chiffrée et financière, parfois fort éloignée de la valeur que l'employé accorde à ses activités. L'utilité de chacun est soumise à des évaluations établies sur des critères instables, perçues comme plus ou moins arbitraires » (De Gaulejac, 2010, p. 128).

Pourtant, les procédures et autres check-lists se veulent être existantes pour une meilleure sécurité et une qualité irréprochable. Les documents d'enregistrement de chacune d'elles sont là pour tracer et amener la garantie que le processus de soins a été respecté à chaque étape. Se pourrait-il que leur utilisation soit perfectible ?

Le travail mis à mal, la qualité empêchée ?

En aout 2004, la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) lors d'une étude sur les conditions de travail perçues par les professionnels de santé met en évidence que les « contraintes de rythme de travail » sont plus fortement perçues : « les infirmières et aides-soignantes des établissements publics estiment notamment plus que leurs collègues du privé, manquer de temps pour faire correctement leur travail » (DRESS, 2004, p. 7). Les infirmières du secteur public pour 48% et 41% de ces professionnelles dans le secteur privé lucratif déclarent ne pas effectuer correctement leur travail dans le temps qui est imparti. En effet, « la part de ceux qui estiment ne pas avoir de

temps suffisant pour effectuer correctement leur travail (...) a augmenté pour atteindre 41% » (*Ibid.*, p. 7). Dans la même enquête, il est spécifié qu'en 1998, 46% des actifs des établissements hospitaliers déclareraient appliquer strictement les consignes pour faire correctement leur travail. Encore, cinq années plus tard, ce pourcentage avait augmenté de 11 points (*Ibid.*, p. 9).

Clot, lors d'un congrès de l'Association Internationale de Psychologie du Travail de Langue Française (AIPTFL) à Lyon en juillet 2012, dit assister à « une dégradation du bien-faire, le travail perd en qualité, [...] alors à force de parler des qualités des résultats on oublie de parler de la qualité du travail, sur le bien faire » (Clot, 2012). En s'appuyant sur des études menées à la Poste et à France Télécom par Hanique et Zarifian, il illustre la « qualité empêchée » en exposant les méfaits induits par la modernisation conduisant à un « dilemme assez général et psychologiquement fort couteux » (Clot, 2010, p.39). Ses changements ont des effets autant sur les professionnels que sur les bénéficiaires de ces services publics. Pour plus d'efficacité et de rentabilité, les nouvelles organisations et manières de faire y étant mises places « ne délivre[nt] plus les ressources dont les salariés ont besoin pour faire un travail de qualité ni même pour déterminer en quoi consiste pareil travail. Elle[s] les prive[nt] des moyens de travailler, au premier rang desquels se trouve ici la possibilité même de reconcevoir ensemble l'objet controversé: le respect au client » (Clot, 2010, p. 50). Nous sommes donc amenés à constater que « la qualité du service ne fait plus partie du travail prescrit » (Clot, 2010, p. 49). De ce fait, « le ressentiment qui suit la multiplication des problèmes de conscience rencontrés par chacun isolément empoisonne l'existence si le développement de la conscience professionnelle ne leur donne pas un autre destin que la rumination » (Clot, 2010, p. 44).

Les hôpitaux se sont vus aussi touchés par cette logique budgétaire du fait des préconisations de la loi organique relative aux lois des finances. La T2A, incontournable de la « nouvelle gouvernance » pour une recherche de l'efficience semble avoir impacté le sens du travail et la notion de travail bien fait. Ainsi, dans ce contexte, le soin est converti en actes tarifés. Cette « obsession budgétaire » a alors un coût pour les soignants qui cherchent à accomplir un travail bien fait. Pour les blocs opératoires, la volonté est affichée : augmenter le volume de l'activité. Mais, au regard des préconisations de l'ANAP (anciennement MEAH), « on comprend bien, à la lecture, comment doit s'accroître la productivité du bloc, mais il est bien difficile de voir comment sont pris en compte les autres objectifs énoncés et qui, eux,

concernent la qualité de l'acte, le confort du patient et les conditions de travail de l'ensemble des personnels » (Clot, 2010, p. 77). Pour Clot, cette position de gestionnaire ne peut permettre à elle seule l'analyse de la qualité du travail des professionnels de santé car il existe « un conflit de critères existant entre la gestion et le travail réel » (Clot, 2010, p. 78). Ainsi,

« En deçà d'un certain seuil, justement difficile à évaluer, où le « travail bien fait » a fini d'exister - seuil qui engage d'abord ceux qui sont aux prises avec le réel- on se cherche en vain dans ce qu'on doit faire. [...] Décider à quel moment la limite de l'acceptable est franchie est un problème collectif qu'on pense parfois ne plus avoir les moyens de se poser. Il n'est pas rare d'entendre alors tel professionnel, au-delà des chirurgiens, confronté à des images de sa propre activité, la commenter ainsi, comme avec les yeux de quelqu'un d'autre : « Pour quelqu'un qui me connaît, ce n'est pas moi, ce n'est pas mon travail. » Là encore, travailler « coûte que coûte » gêne l'existence. (Clot, 2010, p. 78)

Que pouvons-nous comprendre de ce malaise qui serait généré par un pouvoir-agir gêné et contraint. Ce concept d'activité empêchée décrit par Clot en 1999 ne se fonde pas que sur une description d'une activité qui est effectuée. Son analyse doit aussi comporter :

« ce qui ne se fait pas, ce qu'on ne peut pas faire, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir - les échecs -, ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on ne fait plus, ce qu'on pense ou ce qu'on rêve pouvoir faire ailleurs. Il faut ajouter -paradoxe fréquent-ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire ou encore ce qu'on fait sans vouloir le faire, sans compter ce qui est à refaire. En matière d'activité, le réalisé ne possède pas le monopole du réel » (Clot, 2004, p. 119).

6- UN SOIGNANT À L'INTERSECTION DE DEUX MONDES

Pour les professionnels spécialisés en bloc opératoire, le risque est partie intégrante de leur pratique puisqu'ils doivent le prévenir le gérer mais par là même ils peuvent le majorer pour le patient. Ils doivent tout d'abord anticiper au mieux puis gérer les risques à priori ou réels pour garantir la sécurité des soins prodigués. Mais paradoxalement, le risque est engendré dans leur pratique au quotidien et même, nous venons de le noter, soutenu par le système. Ainsi, à travers les infractions aux règles, la sécurité pouvant être mise à mal, que se joue-t-il pour ces acteurs ? Peut-on parler de déontologie ? Quel sens donnent-ils à leur travail ? L'article R. 4312-26 du Code de la Santé Publique spécifie : « *l'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient* ». Peut-on parler de bénéfice pour la personne opérée dans ces cas-là ? Les devoirs généraux de ces professionnels (article

R. 4312-11) rappellent qu'ils doivent faire respecter les règles d'hygiène dans les soins et l'utilisation des matériels.

Pour les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état, nous avons noté que la gestion de risques est la pierre angulaire de leurs missions tout en garantissant des soins sécuritaires dans les trois rôles (rôle de circulant, rôle d'instrumentiste, rôle d'aide opératoire) qu'ils remplissent en salle d'intervention. De ce fait, anticiper, prévenir les risques, gérer les aléas per opératoires ne serait-il pas aussi le cœur de leur métier ? *A contrario*, le non-respect des procédures sécuritaires n'engendrerait-il pas des risques majorés pour le patient ?

De leur côté, les infirmiers d'anesthésie diplômés d'état mettent en œuvre des gestes techniques qu'ils exécutent en exclusivité. Ils maîtrisent notamment des connaissances en physiologie, en pharmacologie aussi bien qu'une technicité certaine dans le processus de leur travail. Cette connaissance technique est fondée sur la connaissance et vérification du matériel au regard des procédures d'hygiène. Comment peuvent-ils affirmer par exemple que le respirateur qui s'autoteste est sûr ? Peuvent-ils être garants de soins sécurisés à un niveau maximum face aux missions confiées dans leur mandat ?

Cependant, nous écarterons la notion de non-connaissance de la part de ces auxiliaires médicaux. L'erreur ou la négligence peuvent-être alors la cause ? Les contraintes temporelles, organisationnelles ou d'autre nature que ce soit, sont-elles tant prégnantes pour ne pas respecter des procédures autant faire ce peut pour arriver à un résultat de performance attendu ? Peut-on parler de travail prescrit, de travail attendu quand certains risques sont alors majorés en travail réel ? Le travail attendu devrait garantir un maximum de sécurité, une absence de danger dans une *démarche qualité* ?

Le contournement des règles : entre perte de sens et plaisir?

Quand les professionnels n'appliquent pas les procédures que ressentent-ils ? Ne pas appliquer les procédures sécuritaires procurerait quel ressenti pour les soignants ? La perte de sens de la manière dont ils accomplissent certains actes des soins et la réponse à des injonctions de performance peuvent-elles coexister ? Que recherchent-ils ? Quand il existe une réflexion délibérée d'outrepasser certains principes de sécurité, après ce désir, cette perte de sens de leur travail, que peuvent-ils éprouver ? L'article, « prescription, transgression et

souffrance dans le travail » écrit par Dejours (1996) mentionne l'idée de plaisir. Ce dernier ne résulterait pas de l'infraction elle-même, du fait même de la commettre, mais proviendrait du résultat qu'elle déclenche. Parfois, accomplir un travail prescrit ne peut s'opérer sans le détour d'une règle n'ayant pas envisagé certaines circonstances interférant dans sa bonne exécution. Ainsi, il existe un écart entre la prescription et le travail effectué ou l'activité. En conséquence, réussir à surmonter ces difficultés encourage une infraction non envisagée par la procédure. Le plaisir prendrait naissance ainsi à ce moment, instant où l'acteur aurait vaincu les « obstacles ». L'infraction serait alors un « chaînon intermédiaire ». La satisfaction, le contentement apparaîtrait donc en « seconde intention ». Mais, ce plaisir résulterait aussi de la vision des autres qui percevraient ce non-respect comme une innovation pertinente. Ces derniers ne peuvent la qualifier de la sorte que s'ils la remarquent et qu'ils connaissent le réel de la tâche, les conditions dans lesquelles elle doit être effectuée pour ainsi justifier cette tricherie. Cependant, si aucun sens n'est alloué à cette infraction par ces autres, alors la souffrance chassera le plaisir chez le professionnel ayant contourné la règle. Donc certaines infractions peuvent être légitimées pour tendre vers plus d'efficacité et d'autres rejetées. Pourquoi alors le sont-elles ? Elles sont repoussées par le collectif car elles mettraient à mal « la cohérence nécessaire à l'organisation du travail prescrite » (Dejours, 1996, p. 115). Mais, quand parler de cohérence nécessaire à l'organisation du travail quand certains paradoxes paraissent comme légion au quotidien ?

Depuis plusieurs années, avec l'impulsion des courants de la nouvelle gouvernance et de la nouvelle gestion publique, l'organisation de l'hôpital s'est vue profondément modifiée par l'introduction de modèles de gestion inspirés de l'entreprise et du secteur privé. La démarche qualité a fortement impulsé la démarche qualité en santé et en soins. Elle serait un modèle d'organisation et d'évaluation de l'action collective des soins dans une perspective d'efficacité et de maîtrise du coût d'une santé nécessitant des technologies de plus en plus innovantes et pointues mises en œuvre par des professionnels tout aussi compétents et experts. Cette démarche qualité en recherche de rationalisation et de transparence pour, du moins l'utilisateur, repose sur l'élaboration de méthodes et techniques normatives qui impactent les modes d'organisation et les valeurs des différents acteurs en lien. De plus, elle transformerait aussi le soin médical et para médical en procédures où autonomie professionnelle et compétences seraient tronçonnées en tâches effectuées à tracer tout en cherchant une implication et une responsabilisation des acteurs face à des objectifs. Ainsi, dans un tel contexte, il ne serait pas étonnant de voir se détacher un questionnement : gérer et soigner

sont-ils des métiers différents et si distants ? Nous pouvons poursuivre en nous demandant si gérer en soignant, ou bien soigner en gérant sont conciliables ? Une chose est certaine, ils sont indissociables. Mais, toutefois, même si les missions de soins sont toujours réassurées par les pouvoirs publics, il n'en est pas moins négligeable que les notions de performance et d'efficacité sont toutes aussi mises en avant dans un contexte où « les contraintes de rythmes de travail sont souvent fortement perçues, les infirmières estimant notamment plus souvent manquer de temps pour faire leur travail ». De même, nous pouvons noter que « les dotations en personnel paramédical tendent à diminuer » (DRESS, 2004, p. 1).

Ainsi, les professionnels des soins travaillent entre plusieurs paradoxes. Dans leur univers de travail où la personne soignée est au centre des intérêts soignants, cette dernière se voit désignée de diverses manières. Remarquons que la personne souffrant était un malade ou un indigent il y a de ça quelques siècles. On la désigne depuis de nombreuses années sous la dénomination de patient. Il semblerait alors que pour le patient, les soins ont un prix qui est peu considéré et n'a que peu d'importance. La base de la relation de soins avec le malade serait l'alliance, la confiance ... Une autre dénomination est celle de client, de bénéficiaire des soins voire même de consommateur pour une société consumériste. Alors apparaît la notion de soin de qualité qui se présente comme un service payé. Les principes éthiques dominants dans la relation soignant-soigné serait de faire bien, ne pas nuire. L'autonomie est aussi mise en avant avec la notion de client. Encore, la personne malade est plus considérée au regard de ses droits. Le client devient aussi responsable dans la relation de soin. Il a le droit d'être informé et d'être partenaire dans la décision de traitement. Il a accès aux informations concernant la qualité des établissements de soins qui se situent dans un souci de transparence impulsé par la démarche de certification. Apparaît aussi avec cette dénomination de client une connotation marchande induisant chez les professionnels une façon d'envisager les soins comme des « produits ». Ces dénominations au demeurant différentes et inférant des notions de soins tout aussi distinctes peuvent simultanément s'utiliser. (Panchaud, 2006, p. 217-218).

Aussi, nous voyons divers systèmes de valeurs coexister. Les valeurs économiques se juxtaposent aux valeurs humanistes. La personne malade est au confluent de deux univers. Ainsi, elle se nommera soit usager, et, en changeant de monde, elle détiendra la dénomination de patient. Mais, pourrait-on remarquer qu'à l'intersection du monde « marchand » de la maîtrise comptable et de celui du prendre soin existe une notion commune. Par conséquent, entre le monde du « faire du soin » et le monde du « prendre soin » y aurait-il un

rapprochement possible ? Rappelons que la notion du « *prendre soin* » a été développée par Hesbeen qui pose une différence avec celui de « *faire du soin* » car il s'agit pour le soignant de positionner son action dans « une perspective soignante, porteuse de sens et aidant pour la personne soignée » (Hesbeen, 1997). Quel compromis pourrait se détacher entre ces deux mondes ? Une chose est certaine c'est que la qualité des soins est prônée par ces deux univers.

Mais, de quoi parle-t-on quand on parle de qualité ? Ce concept de qualité devient alors un enjeu conséquent tout autant que collectif et social puisqu'il a été considérablement investi par les professionnels soignants tout aussi bien que par les acteurs politiques. De la sorte, « la qualité des soins et, plus largement, du système de santé, constitue désormais un axe majeur de l'action publique dans le domaine de la santé, en réponse aux demandes nouvelles des professionnels, des citoyens et des acteurs de la décision publique » (HAS, 2007, p. 5). Alors, une émergence collective de qualité des soins et du système de santé est apparue il y a environ une vingtaine d'années. Avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, le principe de transparence et de sécurité en santé répond à de nouvelles demandes sociales. Le patient se veut d'être informé. Ainsi, la notion de qualité, en réponse à une demande citoyenne, apparaissait comme une exigence collective renforçant une exigence soignante déontologique. Mais, face à ces conditions d'émergence de qualité, les pouvoirs publics étaient soucieux de « rappeler que la dépense solidaire de santé » ne peut être illimitée. Ainsi, une logique économique se voit imposée sans vouloir aller à l'encontre de la logique éthique : « or en réalité, la logique éthique et la logique économique ne s'opposent pas ; c'est même au nom d'un impératif éthique qu'il est nécessaire de poser la question de l'allocation optimale des dépenses de santé » (HAS, 2007, p. 8).

Pourtant, « force est de constater que les stratégies d'amélioration de la qualité des soins se heurtent encore à des difficultés en termes d'appropriation et d'adhésion. Globalement, la question se pose de savoir dans quelle mesure ce sont les contraintes réglementaires qui seules soutiennent les démarches d'amélioration de la qualité, plutôt que leur appropriation réelle au sein d'une culture professionnelle renouvelée » (HAS, 2007, p. 10).

Face à cette constatation, la HAS apporte des explications en constatant que des limites pratiques écorchent l'acceptabilité des dispositifs. Elle parle de « dérive bureaucratique chronophage » et elle continue en annonçant que le risque est « que l'exigence procédurale de qualité se transforme en exercice procédurier » (HAS, 2007, p. 10).

L'Institut de la Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) a publié en 2008 un document de travail ; « La qualité des soins en France comment la mesurer ? ». Les auteurs commencent par définir la qualité. Ils citent Donabédian qui fut un des premiers à aborder la qualité quand les soins « maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice / risque à chaque étape du processus de soins ». L'Organisation Mondiale de la Santé quant à elle, spécifie la qualité comme étant capable de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques ... lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogène, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains ... ». Cependant, la définition la plus utilisée serait celle de l'Institut de Médecine des Etats-Unis (IOM) qui cite la qualité comme « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ». Ainsi, nous notons que l'approche de la qualité se veut multidimensionnelle. En fonction des définitions, son analyse et les éventuelles pistes de son amélioration sont plus ou moins larges. Ainsi, la définition de l'IOM serait plus restreinte que celle de Donabédian puisqu'elle ne cherche que « le bien être des patients », mais aussi plus élargie puisqu'elle considère la promotion de la santé et sa prévention pour chaque individu aussi bien que sa prévention pour la population. De même, l'OMS introduit la notion d'efficience. Alors, la qualité se donne à voir au travers de différentes dimensions : efficacité, sécurité, réactivité et efficience. De plus, son appréciation distinguerait sur trois champs d'investigation à savoir des mesures relatives à la structure des soins, au processus de soins ou aux résultats finaux. La qualité structurelle s'intéresse aux ressources employées, notamment aux normes des établissements et des équipements. C'est ce que cherche à évaluer la certification des établissements de santé conduite par la HAS. La qualité du processus de soins s'intéresse aux interactions des professionnels et des patients. Enfin, les résultats apportent des preuves, des témoignages au regard de l'amélioration de l'état de santé de la population.

Mais, quelles sont les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé ? Une note de synthèse datant d'avril 2003 de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins a cherché à appréhender les représentations des différents professionnels relatives au champ sémantique de la qualité. Ainsi, diverses

définitions apparaissent en fonction des logiques de chaque profession mettant en évidence une absence de définition unique de la qualité. La logique soignante est fortement imprégnée par les aspects relationnels de la « qualité des soins accordés au patient ». Elle est la plus marquée par une pratique collective. Les infirmiers affirment un « concept de confort, de bien-être » en marquant « une attention particulière portée aux conditions matérielles d'accueil et d'exercice des soins » (DHOS, 2003, p. 7). La logique médicale étaye son discours sur un référentiel technique. Enfin, la logique administrative des responsables récupère les formes de vocabulaire des textes officiels en rapport avec « l'amélioration de la qualité du système de santé » et la « démarche qualité » (DHOS, 2003, p. 3-4).

En conclusion, il faut prendre en compte la « diversité des perceptions de la qualité » pour « engager des actions plus fédératrices autour de l'objectif qualité » en évitant que « la qualité ne soit l'objet de discours redondants et unanimes sur l'exigence de la qualité » (DHOS, 2003, p. 17).

Les deux mondes et leurs logiques

Cependant, nous constatons que même dans une zone considérée comme celle du compromis, s'appuyant sur un objectif de qualité de soins, deux logiques s'affrontent. Une logique collective, celle de l'objectif de qualité d'un système de santé avec une notion prégnante de performance et d'efficacité. Une logique où sont évaluées des démarches d'amélioration, des pratiques professionnelles collectives, où sont garanties des pratiques des organisations au sein d'un établissement de soins. Mais, est-elle similaire à l'exigence soignante voire même celle du patient. ? Le soin et sa qualité pour le soignant, n'est-elle pas à considérer dans la prise en charge individuelle de chaque patient ? Pour le paramédical, formé à une gestion des risques de chaque instant en bloc opératoire, l'important n'est-il pas la compétence qu'il mobilise dans son quotidien dans des soins individualisés pour une prise en charge globale du patient ? Cet agir professionnel comment est-il mesuré par la démarche qualité du système de santé ? Ainsi, se profile une nouvelle fois un paradoxe où logique collective et logique individuelle coexistent. Cette logique individuelle se veut d'être en adéquation avec le principe déontologique d'un prendre soin. Elle cherche à évaluer l'action de soins face à des principes de bonnes pratiques, de sécurité, de droits. Le code de la santé public (article R.4312-10) précise que l'infirmier doit « pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier doit réactualiser ses connaissances ». Ce mode de

valeurs est certes difficile à mesurer. Le raisonnement collectif, quant à lui, se voudrait en rapport avec une légitimité promue par un manuel de certification, par un guide. Elle mesure la performance au service d'un collectif. La certification HAS est celle d'un établissement et non celle d'un secteur d'activité. Elle porte sur le fonctionnement global et ne « peut analyser finement le fonctionnement d'un secteur d'activité (...), elle évalue à la fois la mise en place d'un système de pilotage de l'établissement incluant l'existence d'un processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et l'atteinte d'un niveau de qualité sur des critères thématiques jugés essentiels » (HAS, 2011, p. 4). Alors, quand il faut parler de qualité, deux logiques s'entrechoquent : la logique collective et celle individuelle du soignant prenant en charge une personne soignée. Ainsi Molinier précise : « l'idée que se font les gestionnaires de l'efficacité ou de la qualité, comme s'évaluant à partir de critères objectifs et reproductibles, est peu compatible avec ce que le travail attentionné implique en termes de savoir-faire discrets, d'accordages affectifs ou de petits riens presque ineffables qui parfois ne font sens que dans la temporalité longue ou dans un après-coup inattendu » (Molinier, 2010, p. 162). De même, sous ces deux logiques, deux types de valeurs ont du mal à se côtoyer : les valeurs déontologiques et les valeurs utilitaristes. Resteront-elles à jamais indissociables ? Ne seront-elles jamais conciliables ? Que penser de l'évaluation de la culture de sécurité des soins impulsée par la HAS ? Quelle valeur mobiliser alors ? Sommes-nous face à un système aux valeurs déontologiques ou face à un système manipulant des valeurs utilitaristes au service d'autres valeurs certes moins déontologiques à leur tour ?

Ainsi, pourrait-on se questionner une nouvelle fois : « plus l'univers du travail semble perdre son âme, plus l'entreprise demande d'y croire » (De Gaulejac, 2010, p. 129). L'hôpital n'est-il pas devenu une entreprise, une entreprise qui « fait des soins », une entreprise qui garantit des soins au regard d'une démarche qualité tout en répondant d'une culture de sécurité des soins ? « L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport ? » (Molinier, 2010, p. 157). Le care pourrait-il tenir le rôle d'un « trouble-fête » dans ce contexte où la pensée rationaliste semble prévaloir ? De plus, « instruire le conflit entre la description gestionnaire du travail n'est pas lui déclarer la guerre, mais jeter les bases d'une confrontation équilibrée qui permettent d'élaborer des compromis entre logiques différentes » (Molinier, 2010, p. 159).

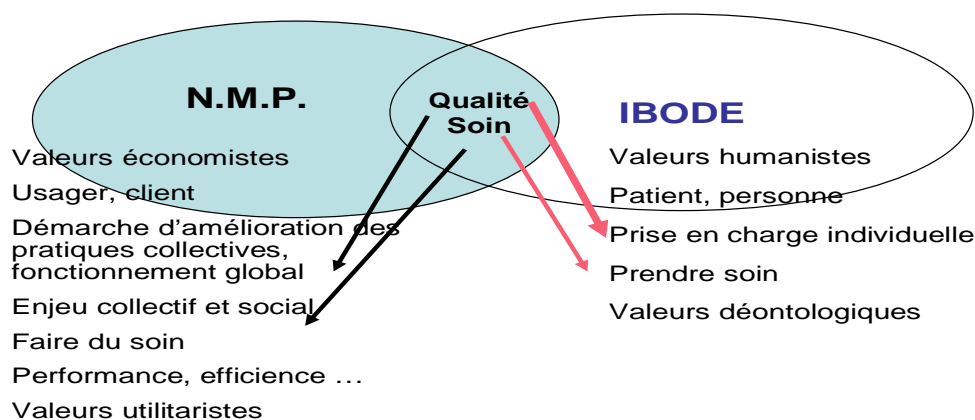


Schéma 2: les logiques des deux mondes

Alors, comment se comporter en tant que soignant dans cet univers où se côtoient plusieurs mondes aux valeurs, aux fondements si différents ? Dans cette gestion de paradoxes, doit-il tout d'abord gérer en soignant ou bien soigner et gérer en seconde intention si cela se voudrait compatible ? Peut-il répondre à toutes les injonctions dans un « contexte caractérisé par l'expression des revendications légitimes des usagers ; la surexposition des professionnels à des procédures externes marquées par un excès de formalisme ; les difficultés démographiques déjà effectives et rencontrées par un grand nombre de professionnels ; les tensions budgétaires qui pèsent sur le système de santé » (HAS, 2011, p. 4). Comment doit-il répondre ? Peut-il « prendre soin » à tout prix ? Choisit-il de faire des soins à un moindre prix ? Faire un choix n'est-il pas mettre à mal certaines valeurs déontologiques du prendre soin si l'objectif collectif est considéré ? Mais dans cet univers collectif où la personne soignée se perd dans la collectivité, comment faire face à un choix où l'individualité et où une qualité non mesurable sont primordiales pour soigner ? Quel sens donner à ces actions de soins ? Comment ne pas souffrir en gérant les paradoxes ? Comment respecter toutes les bonnes pratiques où le temps est si précieux ? Que privilégier ? La déviance, l'infraction, ou plutôt le non-respect pourrait-il s'avérer être dans certains cas un outil, un maillon

intermédiaire pour répondre au travail prescrit dans des conditions complexes où les contraintes sont croissantes. La hiérarchie peut être aussi encouragée à tolérer certaines déviations.

Par conséquent, quelles pratiques choisir et quelles procédures contourner dans un système où la prise de risque croît en fonction de contraintes de plus en plus prégnantes au regard des besoins collectifs ? Comment ne pas souffrir quand l'univers de travail semble être en tension entre des mondes semblant inconciliables ? Le choix d'un de ces mondes éliminerait-il un malaise éventuel de l'infirmier quand ce dernier soigne ? Peut-on prendre soin tout en ne respectant pas les bonnes pratiques ? Peut-on prendre soin tout en contournant des procédures et par là-même en commettant des infractions nécessaires pour répondre aux injonctions de performance ? Quelle prise de risque accepter pour le soigné et le soignant ? Quelle valeur choisir ? Quel sens donner ou redonner aux soins en bloc opératoire dans un univers de travail si complexe où différentes logiques s'entrechoquent ?

La discipline psychosociale nous guidera pour approfondir les impacts et les enjeux se dégageant lorsqu'il existe un non-respect de procédures sécuritaires. Ces contournements des règles et des bonnes pratiques seraient-ils la réponse au choix d'un certain monde ? Dans le cadre de cette recherche, nous abordons un contexte social où la qualité et la sécurité des soins font partie intégrante de l'univers du système de santé et cohabitent avec des risques devant être de mieux en mieux gérés pour être circonscrits. Cependant, ces phénomènes font aussi appel à des références dans le champ de la psychologie comme nous l'avons évoqué quand nous faisons appel à des notions de souffrance lors de la perte de sens dans le travail face à certaines mutations pouvant inférer le fait de commettre des actions problématiques telles que le non-respect des règles . Ces procédures qui seraient contournées vont à l'encontre des bonnes pratiques, cependant elles seraient tolérées, encouragées pour répondre à certaines injonctions dues aux pressions temporelles. Les soignants ressentiraient éventuellement un malaise psychologique car leur valeur « de prendre soin » serait repoussée face à des logiques de rentabilité. Comment gèreraient-ils cet inconfort généré par certaines violations quotidiennes, voire nécessaires ? Existe-t-il un déséquilibre entre leurs actes, leurs comportements et les bonnes pratiques enseignées devant conduire à la qualité et à la sécurité ? Ainsi, le vécu, les ressentis des professionnels de santé spécialisés indissociables de leurs connaissances, de leurs valeurs, de leurs expériences et des organisations complexes dans lesquelles ils travaillent, serviront de vivier à notre étude se voulant la plus scientifique

possible aux confluent de la sociologie et de psychologie. Pour ce faire, la théorie de la dissonance cognitive décrite par Festinger en 1957, fondera le cadre théorique sur lequel nous appuierons notre recherche. Notre objectif consistera à décrire et à analyser les phénomènes intra subjectifs chez les professionnels paramédicaux spécialisés, lorsqu'ils ne suivent pas des pratiques correctes allant donc à l'inverse de leurs valeurs et de leurs schèmes d'intelligibilité en commettant un comportement problématique. De cet éventuel acte problématique naissant existera-t-il des stratégies qu'ils devront apporter pour expliquer les raisons de ce acte pour retrouver un certain équilibre intérieur rompu par le fait de ne pas respecter les règles ? Comment, alors qu'ils semblent libres de choisir, pourraient-ils s'engager dans un monde où les valeurs économiques où les violations routinières serviraient de guide pour les besoins d'un collectif, alors qu'ils ne perçoivent que des rétributions modestes puisque leur traitement ne peut varier alors qu'ils génèrent une prise de risque pour le patient allant à l'encontre des valeurs du « prendre soin » et engageant leur culpabilité ?

III- PRINCIPALES ORIENTATIONS THÉORIQUES

1-CONSTRUCTION DU CADRE THÉORIQUE

Réfléchir sur l'élaboration d'une méthode sera notre force pour nous détacher de nos préjugés. La posture scientifique que nous adoptons nous permet cela. Aristote, (384 av. J.-C., 322 av. J.-C.) fut le premier à examiner une méthode scientifique et son élaboration. Il se positionnait dans le dessein d'une science déductive et affirmait que « nous estimons posséder la science d'une chose d'une manière absolue quand nous croyons que nous connaissons la cause par laquelle la chose est, que nous savons que cette cause est celle de la chose, et qu'en outre il n'est pas possible que la chose soit autre qu'elle n'est » (Seconds Analytiques I, 2, 71b, 9-11).

Bien plus tard, en 1938, Bachelard décrivait cette démarche scientifique en quelques mots : « *le fait scientifique est conquis, construit et constaté* » (Bachelard, 1938). Tout au long de notre première partie, notre objectif a été de nous détacher de notre quotidien professionnel pour contourner certains pièges dressés par nos préjugés et par maints prêts à penser. La première opération incontournable de la démarche scientifique procède en cette rupture épistémologique. Elle se doit d'évoluer tout au long de l'étape suivante de notre recherche. De même, Bachelard nous précise que le fait scientifique est aussi construit par la raison. Pour pouvoir élucider le réel, cette démarche scientifique se doit de construire des propositions explicatives étayées par des théories. Sans cette construction, la constatation ne peut aboutir et par là même échouer.

Le cadrage théorique est notre référence à l'épreuve des faits et se voudra être le résultat « d'un travail rationnel fondé sur la logique et sur un système conceptuel valablement constitué » (Berthelot, 1990, p. 39). Cette conceptualisation confrontée à un contexte bien particulier nous permet donc d'aboutir à la construction d'hypothèses qualifiées de « fiction cohérente à laquelle la situation ou l'action est comparée et mesurée » (Bourdieu, Chamborédon, Passeron, 1970, p. 73).

Notre posture d'apprenti chercheur voulant tendre vers la posture du chercheur, n'a guère l'ambition de rechercher une exhaustivité certaine. Nous serions alors confronter à un

nouvel obstacle ou écueil. D'ailleurs, « Savoir que je ne sais pas » (Socrate) serait le début de la connaissance. De même, avoir l'audace et l'inconscience de tout vouloir savoir constitue certainement la meilleure façon de s'égarer dans une multitude de connaissances et donc de nous y perdre. De ce fait, Moscovici parlait de « *surabondance, et souvent de désordre* » (Moscovici, 1984, p. 553) de savoirs. Être apprenti chercheur, c'est prendre des risques aussi mesurés soient-ils. Mais, c'est également être conscient de nos limites tout en étant capable d'autocritique. Nous nous situons donc dans cette position d'apprenti conscient de nos limites.

Répondre à notre question de départ se veut donc de privilégier une perspective théorique pour objectiver tant faire ce peut notre objet de recherche. Nous inscrirons donc notre modèle explicatif dans le champ de psychologie sociale. Cette dernière se donne comme dessein de faire le lien entre deux niveaux d'analyse : celui de la société et celui de la personne.

2- LA PSYCHOLOGIE SOCIALE, UNE PERSPECTIVE THÉORIQUE PERTINENTE

Comment définir la psychologie sociale ? Cette discipline naît à la fin du XIX^e siècle. Depuis, ses centres d'intérêt, ses méthodes, ses théories sont sans cesse en pleine évolution.

Moscovici adopte cette formule : « La psychologie sociale est la science du conflit entre l'individu et la société » (1984, p. 6). La psychologie sociale explicite les rapports humains à différents niveaux : rapports entre individus, entre individus et groupes, entre groupes (Doise, 1982).

Par conséquent, ce que nous saisissons, c'est que cette discipline évolue dans une situation paradoxale. Ainsi, elle a pour objet la personne insérée dans la société menée par des régulations sociales, des normes, des idéologies, des pratiques, des systèmes de représentations, des enjeux de pouvoir ... Cette discipline se veut être très étendue et aux frontières floues. Elle se dévoile par la présentation de chercheurs originaires de deux pôles, les États-Unis et l'Europe. Ils ont tous deux participé à sa formation. Kurt Lewin, Fritz Heider, Leon Festinger, Stanley Milgram sont des auteurs fondamentaux américains. Serge

Moscovici, à l'origine de la création de l'École Pratique des Hautes Études en Sciences Sociales, et Jean Maisonneuve sont européens.

Moscovici (1984) énonce que le regard de la psychologie sociale est un « regard ternaire » et non un « regard binaire ». Ce regard binaire, nous le retrouvons chez les psychologues et les sociologues. En effet, les psychologues distinguent la personne de l'objet. Encore, les sociologues déterminent un sujet se fondant dans la société, dans une collectivité, dans un groupe d'individus ou une classe socioprofessionnelle. L'objet détient donc une dimension sociale. Mais, regardant la psychologie sociale, « sa particularité est de substituer à la relation à deux termes du sujet et de l'objet, héritée de la philosophie classique, une relation à trois termes : Sujet individuel - Sujet social – Objet. Pour m'exprimer d'une manière différente, Ego - Alter - Objet. » (Moscovici, 1984, p. 9). Dans notre étude, l'objet serait ce que provoque l'acte volontaire de ne pas respecter des procédures, des règles de bonnes pratiques et cadre réglementaire. L'Ego est l'infirmier spécialisé en bloc opératoire. L'Alter se constitue de normes, de règles, de valeurs soignantes, des personnes morales détentrices d'une autorité qui régiraient les activités infirmières et d'un système de santé complexe se répercutant au sein du bloc opératoire.

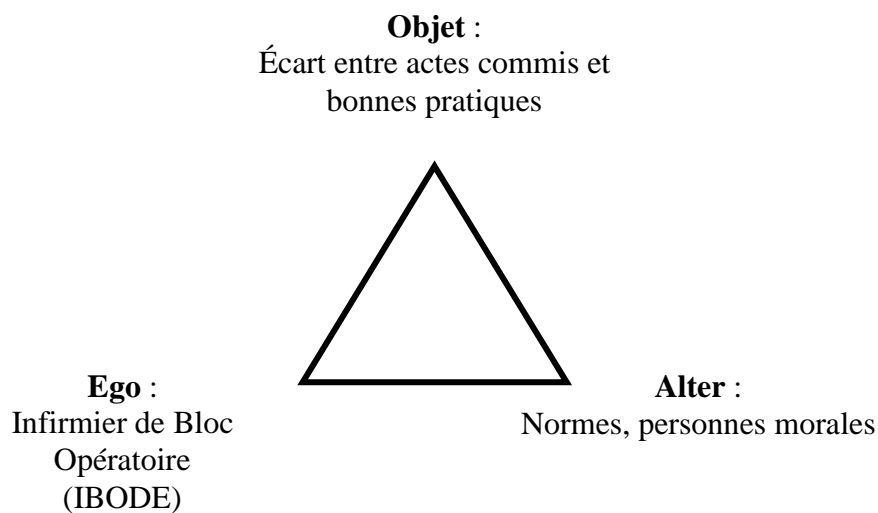


Schéma 3 : La vision ternaire de la psychologie sociale selon Moscovici (1984).

C'est la raison pour laquelle, nous avons essayé d'intérioriser ce regard ternaire. Cette discipline nous permet de déchiffrer notre objet d'étude, hors de l'opposition frontale de deux entités mais dans un rapport triangulaire où interagissent l'Objet, l'Alter et l'Ego.

Une autre définition nous semble correspondre à notre recherche de compréhension. Allport définissait la psychologie sociale comme visant à « comprendre et expliquer comment, les pensées, les sentiments, les comportements moteurs d'un être humain, sont influencés par un autrui réel, imaginaire ou implicite » (Allport, 1954). Ainsi, notre fort intérieur, notre « *niveau intra-individuel* » se voit influencer par notre environnement social (Doise, 1982, p. 28). La psychologie sociale nous conduira vers une explicitation, une compréhension des interactions et de la façon dont les différents acteurs ordonnent leur perception, leurs comportements et leurs affects au sein du bloc opératoire où ils évoluent.

Face à la multitude de théories que nous offre la psychologie sociale, laquelle nous donnera des clés de compréhension ? Cette discipline a étudié dans les années trente les groupes restreints. Ainsi, Lewin, le précurseur de cette discipline, s'intéresse tout particulièrement à la dynamique des groupes restreints et aux interactions entre leurs différents membres, à leurs diverses forces créant ainsi un système d'interdépendance. Maisonneuve, quant à lui, dans les années 60, nous renseigne sur la cohésion du groupe et des facteurs propres ou extérieurs à ce groupe qui y contribuent ou non. Nous nous rappelons aussi des théories de l'attribution enseignées par Heider en 1958. Alors, quelle théorie pour nous éclairer ?

Il nous faudra donc faire le choix d'un modèle explicatif pour objectiver au mieux le réel car « *la conceptualisation, ou la construction de concepts, constitue une construction abstraite qui vise à rendre compte du réel. A cet effet, elle ne retient pas tous les aspects de la réalité concernée mais seulement ce qui exprime l'essentiel du point de vue du chercheur* ». (Quivy, Campenhoudt, 1995, p. 149).

De même, ce qui intéresse notre objet de recherche concerne le niveau défini par Doise comme « *niveau intra-individuel* ». De part cette dimension se voulant microsociale, ou individuelle, nous distinguerons une théorie. Dans la partie précédente, nous avons remarqué que le soignant coexiste à l'intersection de deux mondes distincts. Il se pourrait alors que les valeurs de l'univers soignant s'entrechoquent quelque peu avec celui aux valeurs où dominent les performances et l'efficacité. Ce professionnel pourrait ne pas respecter certaines bonnes pratiques afin de répondre aux demandes de ces dernières. Il serait prisonnier ainsi de paradoxes. Ainsi, peut-il prodiguer des soins de qualité le satisfaisant ? Or, peut-être

subsisterait-il un écart entre des soins de qualité et de sécurité et une injonction de faire du soin ? Le sens du travail se perdrait-il de la sorte ? Cet infirmier serait dépossédé de ce « prendre soin » tout en ne répondant pas totalement à des procédures, des règles de bonnes pratiques et à une déontologie certaines. Peut-on de ce fait entrevoir une déviance, un non-respect de procédure sécuritaire. Deux domaines de cognitions et d'informations sont ainsi antinomiques : celles émanant des règles de bonne conduite acquises notamment durant des formations professionnelles étant en congruence avec le cadre législatif face à des données et d'autres informations et injonctions qui ne sont pas totalement génératrices de pratiques exemplaires. Aussi, comment faire coexister ces deux mondes ? Dejours, psychiatre et psychanalyste français, fondateur de la psychodynamique du travail, décrit des « infractions de mauvaise foi au détriment des autres », il conçoit de plus la notion de souffrance dans l'exercice d'une profession où le sens même du travail s'estompe. Elle apparaît quand il existe un écart entre travail prescrit et travail réel. Cette souffrance apparaîtrait lorsque l'acteur transgresse la règle. C'est la raison pour laquelle nous mobiliserons la théorie de la Dissonance Cognitive décrite par Festinger car un inconfort intellectuel et psychologique pourrait être généré au moment où un infirmier prodiguerait des actes de soins dont leur qualité ne répondrait pas à ses valeurs et à ses exigences professionnelles. Quant au plaisir, peut-être serait-il une conséquence de la déviance. Si nous considérons l'exemple d'une personne commettant le vol d'un bijou. Sa motivation pour commettre cet acte réprimandé par la loi et condamné par la morale ne sera pas pour elle le plaisir de voler, mais sera le plaisir de détenir ce bijou (nous mentionnant ici bien entendu le cas d'une personne indemne de cleptomanie). Ainsi, le plaisir sera la conséquence de cette appropriation frauduleuse. Que ressent alors un infirmier quand il outrepassé les bonnes pratiques aboutissant à un non-respect volontaire en toute connaissance de cause pour répondre aux pressions de charge en soins ? Plaisir ou souffrance ? Plaisir, car il arrive à répondre à la demande d'un système complexe où les cadences sont de plus en plus considérables et de ce fait, elles demandent de faire un choix dans la manière de prodiguer un acte de soins pour tendre vers l'efficacité. Souffrance, car pour pratiquer des soins plus rapidement certaines de leurs dimensions sont malmenées au regard de la qualité des soins infirmiers.

De même, nous évoquerons l'ouvrage de Jean *Maisonneuve* « la dynamique des groupes » (1968). Il convoque les « conduites déviantes ». Pour lui, « le déviant peut se définir comme membre d'un groupe déterminé qui, seul ou en compagnie d'une minorité, choisi plus ou moins délibérément de transgresser ou de transformer les normes de ce groupe

sur le plan pratique ou sur le plan idéologique » (Maisonneuve, 1968, p. 34). Il confère aussi une « fonction collective au déviationnisme » qui naît dans des situations de travail par exemple où les façons de procéder, les bonnes pratiques sont « *inadaptées* » au travail réel soumis à des logiques de contraintes croissantes tant sur le plan technologique qu'économique retrouvées dans les blocs opératoires. Ce « courant réformateur est d'abord perçu comme déviationniste par les individus attachés aux traditions, mais, il triomphe plus ou moins rapidement du conformisme de routine dans la mesure où il cherche à répondre à des urgences croissantes » (Maisonneuve, 1968, p. 35).

Enfin, le dernier ouvrage qui expliquera nos propos est paru en 1996 sous la direction de Jacques Girin et de Michèle Grosjean. A cet ouvrage, a participé Christophe Dejours notamment. Les articles y étant exposés, construits grâce à des observations tirées de différents milieux de travail, sont extraits d'un séminaire « Langage et travail » organisé par le Réseau du même nom. Ce groupement de recherche du CNRS rassemble des sociologues, psychologues, anthropologues En introduction, les auteurs spécifient que l'écart à la norme fait apparaître deux dimensions : la première se réfère au rapport social, aux interdépendances entre ceux qui créent les règles et ceux devant les respecter. La seconde dimension « concerne le rapport entre action et description de l'action ». (Girin, Grosjean, 1996, p. 5). Il existerait donc un décalage entre la règle qui englobe l'ensemble des cas s'y référant et les faits observables qui découlent. Dejours décrit différents types de « figures d'infractions » aux règles érigées dans le travail : l'infraction inévitable (le travailleur est confronté à deux règles antinomiques), l'infraction à son corps défendant (infraction effectuée en toute connaissance pour protéger le système ou autrui), l'infraction faite de mauvaise foi « faite dans le but de tromper autrui, en sachant que c'est à son détriment » (Dejours, 1996, p. 109).

C'est en 1948 et 1949 que Peter Blau mène une recherche sur deux services publics américains : une agence locale pour l'emploi et un service chargé de contrôler l'application des lois fédérales par les entreprises. Il se questionne sur la façon dont les règles formalisées sont appliquées et comment elles pourraient influencer les relations entre professionnels aussi bien que celles entretenues avec les personnes accueillies ou contrôlées. Blau considère que « la non application des règles prescrites relèvent de modèles logiques de comportement qui participent au développement de l'organisation bureaucratique. De ce fait, il refuse de considérer que les bureaucraties sont des systèmes rigides et fait l'hypothèse qu'elles

contiennent les germes de leur propre transformation » (Lafaye, 2009, p. 26). Lors de son étude, il est amené à préciser les notions de dysfonctions et fonctions latentes élaborées par Merton. Ainsi, il met en évidence que la mise en place d'un système d'enregistrement du nombre d'entretiens faits avec les demandeurs d'emploi a pour effet non prévu l'accélération du rythme de travail mais aussi le renvoi de ces mêmes demandeurs sans leur avoir trouvé un travail. Merton considère alors que cette conséquence est assimilable à une dysfonction. De plus, toujours dans la même agence locale pour l'emploi, Blau souligne une fonction latente de ce même appareil statistique en regard des enregistrements. Il limite les discriminations et favorise les traitements des demandeurs en termes d'équité. Il faut savoir que les réglementations demandant de répondre à ces mêmes principes s'étaient avérées inefficaces. Blau « suggère alors qu'une mesure porteuse d'une fonction latente peut être plus efficace qu'une autre spécifiquement conçue pour remplir cette même fonction, dès lors que l'on peut s'attendre à des résistances à l'encontre de l'objectif recherché » (Lafaye, 2009, p. 28).

La différence entre le travail prescrit et le travail réel ou autrement dit, entre la tâche prescrite et la tâche effective a fait l'objet de nombreux travaux scientifiques en sociologie du travail ou en ergonomie (Ombredane et Favergé, 1955 ; Linahar, 1978 ; Lepalt et Hoc, 1983 ; Terssac (de), 1992 ; Winsor, 1995). Cet écart entre les règles et les pratiques fait partie prenante du fonctionnement journalier de l'organisation. Babeau et Chanlat désignent sous le terme de transgression « l'ensemble des actions qui, dans l'organisation, sont en contradiction avec les règles (lois, règlements intérieurs, ordre du supérieur etc.) ou les normes » (Babeau et Chanlat, 2008, p. 202). Ce phénomène est considéré comme une « pathologie organisationnelle, un défaut à corriger au plus vite » qu'il convient d'infirmier. Dans les représentations et les enseignements et pour la pensée classique de l'organisation, les actes transgressifs vont à l'encontre de la cohérence, de la rationalité d'unités d'intérêts et d'intentions. Cependant, selon ces auteurs la transgression détient un rôle positif, « un produit des contraintes portées par l'organisation que comme l'œuvre des acteurs eux-mêmes » (*Ibid.*), p.202. De plus Moscovici décrit la déviance comme n'étant pas qu' « un simple accident qui arrive à l'organisation sociale – bref une manifestation de pathologie sociale, individuelle- c'est aussi un produit de cette organisation, le signe d'une antinomie qui crée et qu'elle crée » (Moscovici, 1991, p. 14). Ainsi, les écarts aux règles ne seraient pas que dommageables, mais elles engendreraient une « réelle utilité ». De même, « l'acte transgressif peut-être l'instrument de conciliation de contraintes contradictoires » (Babeau, Chanlat, 2008, p. 203). Enriquez (1997, p. 22) tout en mentionnant les propos de Castoriadis (1974), affirme

que si les agents de première ligne ne contournaient pas les règles et ne donnaient pas un sens positif à leur travail, alors, l'entreprise ne serait plus productive. Zarifian pense que la situation de travail d'une équipe autonome ne peut réduire cette dernière à appliquer strictement des règles et des modes opératoires semblant incontournables. Ainsi, cette autonomie ne concilierait pas les principes tayloriens de prescription d'actes opératoires et la liberté d'exécution des acteurs (Zarifian, 1999).

Mais, d'autres termes illustrent aussi certains contournements de règle. On peut alors parler de violation, de déviance aussi bien que de transgression ou d'infraction. Nous tenterons de les situer dans les organisations en santé. Nous détaillerons les violations dans ce contexte, violations qui peuvent entraîner des défaillances..

3- DÉFAILLANCES DES ORGANISATIONS EN SANTÉ : DE L'ÈRE TECHNIQUE A L'ÈRE ORGANISATIONNELLE.

Dans le domaine du management de la sécurité, la manière de penser, d'analyser les accidents a beaucoup évolué. Ainsi, nous pouvons noter différentes étapes au travers des différentes décennies. Durant les années 50-60, la technicité des installations fondait toute perspective. Par la suite, le « facteur humain » la remplaça jusqu'au milieu des années 80 puisque les aspects organisationnels puis inter organisationnels devinrent prégnants pour une meilleure gestion de la sécurité dans le milieu industriel.

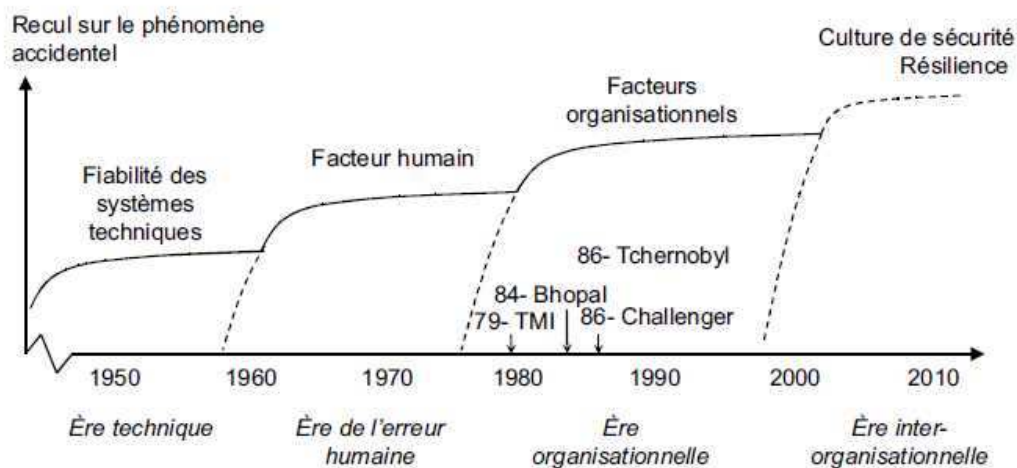


Schéma 4 : Evolution des approches du management de la sécurité (adapté de Greneweg et de Wilpert et Fahlbruch, 1998). (Cambon, Guarnieri, p.1)

Nous décrivons ainsi trois ères : l'ère technique, l'ère du « facteur humain » et l'ère organisationnelle.

La perspective technique

Durant cette première ère, la sécurité relève principalement de la fiabilité en la technique. Garantir la sécurité passe d'abord par la fiabilisation des systèmes et de leur technologie. L'accident, la faute dommageable est alors interprétée comme une défaillance de divers constituants techniques d'un système industriel. Est alors développée la théorie des dominos (Heinrich, 1931). Ainsi, 88% des accidents seraient dus à des gestes humains dangereux, 10% seraient provoqués par des actes dangereux et 2% relèveraient du plus grand hasard. Heinrich conçoit une « séquence accidentelle à cinq facteurs ». Chaque facteur déclencherait le suivant d'où l'origine du concept des dominos. La séquence se décrit comme suit :

- les antécédents et l'environnement social ;
- la faute du travailleur ;
- le geste dangereux associé à un risque mécanique ou physique ;
- l'accident ;
- les dommages matériels et/ou corporels.

La limite évidente de ce système provient du fait qu'il suffirait de retirer l'un de ces facteurs afin d'enrayer la survenue d'un accident.

Cette approche semble cependant nécessaire lors de la conception et de la construction de certaines installations techniques ou bien pour toute maintenance préventive et/ou curative. Mais, elle ne tient pas compte de la composante humaine.

La perspective du « facteur humain »

Cette autre approche a mobilisé le champ de la recherche depuis les années 60. Bon nombre d'ingénieurs, d'ergonomes et de psychologues ont étudié le « facteur humain » face à des « erreurs humaines » tant ces dernières seraient en lien avec certaines défaillances non expliquées totalement par les approches techniques. Deux courants de pensée se distinguent alors : une approche classique ou « linéaire » (Beider, 2006) où « le facteur humain a d'abord été considéré du point de vue de l'« erreur humaine » de l'individu avant que le couplage de l'opérateur à son environnement, selon une perspective ergonomique plus « systémique », ne soit investiguée » (Cambon, Guarnieri, 2008, p. 4).

L'approche du facteur humain ciblant l'individu et ses erreurs cognitives désigne l'opérateur comme un « composant humain » puisqu'il est considéré comme un exécutant qui reproduit des gestes lui étant imposés et prescrits. Ainsi, l'erreur humaine serait un écart à une norme, à une bonne pratique préconisée, à une procédure. Si l'instruction commandée n'est pas respectée exactement alors il y a erreur (Abramovici, 1999). Ce courant fiabiliste argumente alors cet écart par un défaut de formation voire de discipline ... Quant à eux, les psychologues ajoutent une intention de la personne.

Cependant tous affirment que ce facteur humain défaillant conduit à l'accident. Bieder considère que la transposition du modèle mobilisant les aspects techniques vers celui considérant les aspects humains se révèle trop réducteur (Bieder, 2006).

La seconde approche du facteur humain associe l'opérateur à son environnement. Dans l'approche ergonomique, l'accident ne s'explique pas que par la seule cause de l'erreur humaine. Son analyse doit aussi à prendre en considération qu'il existe des barrières de

protection établies pour éviter les accidents. Ainsi, « le risque n'est plus ici l'erreur de l'individu – elle-même considérée comme normale – mais la sortie, l'« excursion » de fonctionnement hors de ce domaine de fonctionnement, c'est-à-dire la perte du contrôle de la situation de la part de l'opérateur » (Cambon, Guarnieri, 2008, p. 5). Elle a lieu dans des « situations de travail dites complexes et dynamiques dans lesquelles l'opérateur a du mal à effectué des arbitrages, les compromis nécessaires entre les objectifs de la tâche à accomplir, sa perception des contraintes extérieures liées au contexte de sa tâche et ses propres caractéristiques (stress, fatigue, expérience, etc.) (*Ibid.* p. 5).

La perspective organisationnelle

Dès les années 80, l'approche organisationnelle est de plus en plus considérée par les chercheurs pour comprendre les phénomènes accidentels. Elle passe outre le défaut des processus mentaux du travailleur. Cette approche considère que l'homme est contraint par l'organisation à l'erreur. Pour un premier point de vue, les facteurs organisationnels pressent le professionnel à l'erreur. La deuxième approche étudie le système couplé à sa complexité qui s'adapte aux contraintes internes ou externes. Bieder (2006) éclaire ces deux courants avec une métaphore de la photographie. Le premier étudie le travailleur en le regardant par le centre de la lentille. Ainsi, en fonction des approches psychologiques, ergonomiques et fiabilistes, il ouvre le diaphragme afin de mieux comprendre. La deuxième approche actionne un zoom plus faible et élargit l'ensemble de la vision.

4- LE CHOIX DE LA PERSPECTIVE HUMAINE : APPROCHE FIABILISTE ET PSYCHOLOGIQUE

Depuis le début de notre recherche, nous nous intéressons aux phénomènes intra individuels. Nous avons donc choisi l'approche humaine afin de comprendre au mieux la cause des erreurs et des non-respects des bonnes pratiques. Cependant, nous associerons cette perspective à l'approche organisationnelle tant cette dernière lui semble indissociable dans les univers complexes comme celui d'un bloc opératoire.

Deux fondements théoriques de l'erreur humaine seront ici présentés : le modèle « Skill-Rule-Knowledge » de Rasmussen (Rasmussen, 1983) et le modèle générique de l'erreur : Generic Error Modelling System de Reason (Reason, 1990).

Le modèle « Skill-Rule-Knowledge »

Rasmussen est ingénieur. Il s'interroge sur les systèmes complexes et leur fiabilité. En 1979, l'accident nucléaire de Three Miles Island le fait réfléchir sur les facteurs humains du risque. Pour lui, la perte de contrôle d'un système complexe résulte d'une adaptation perfectible aux contraintes de l'environnement par l'opérateur. Il dénombre alors quatre niveaux de comportement :

1. En situation normale de travail, l'opérateur utilise ses routines ;
2. Face à des incidents familiers, il reconnaît et analyse le problème en mobilisant ses compétences professionnelles ;
3. Confronté à des incidents non familiers, il élabore un modèle mental l'aidant à poser un diagnostic et à mettre en œuvre un de ses choix ;
4. Lorsqu'un incident surprenant survient, alors il n'a pas de guideline et improvise donc.

De même, avec ce modèle, Rasmussen distingue trois niveaux de comportement :

1. Un comportement basé sur des habitudes dans des situations familières (skill based behavior) où le risque est lié à une erreur de routine, d'inattention ;
2. Un comportement fondé sur les règles (rule based) qui sont mobilisées dans une activité précise dans une situation de travail. Le risque est alors de mettre en œuvre une règle inadaptée à cette situation ;
3. Un comportement appelant les connaissances (knowledge based) mais dans cette situation aucune règle ou procédure ne peut résoudre le problème car la situation est inconnue par la personne. Elle doit trouver elle-même la solution au risque de ne pas trouver. Ainsi, le sentiment de panique résultant d'une perte de contrôle provient d'une défaillance du système de gestion cognitive. (Rasmussen, 1983)

Le modèle générique de l'erreur Generic Error Modelling System

Les travaux de Reason (1990) se basent sur ceux de Rasmussen et ses trois niveaux de contrôle au regard de la familiarité du professionnel confronté à une tâche prescrite.

Il distingue trois formes d'erreurs :

1. Les « ratés » ou « slips » quand nous considérons des actes et les « lapsus » lorsque nous prenons en considération des mots. Ils apparaissent lors d'un dysfonctionnement au niveau des habiletés : dire un mot au lieu d'un autre ou conduire notre véhicule trop vite par rapport à la vitesse autorisée parce que nous pensons à autre chose. Il s'agit d'inattentions, d'omissions qui font que l'action et donc de ce fait les erreurs d'excursions (ratés) s'éloignent de l'intention première ;
2. Les « erreurs » ou « mistakes » sont des dysfonctionnements par rapport aux règles : Rule et Knowledge du modèle Skill-Rule-Knowledge de Rasmussen (1983). La personne se trompe dans son raisonnement : se tromper en effectuant un calcul ou prendre une décision inadaptée dans une prise de décision comme effectuer un dépassement sans visibilité. Il peut alors y avoir une erreur au niveau du raisonnement (oublier une retenue lors d'une soustraction) ou en appliquant une mauvaise règle ;
3. Les « violations » : il y a dans ce cas-là une volonté ne pas respecter la règle. Par exemple : conduire son véhicule à une vitesse bien supérieure à celle autorisée. Ainsi, une violation ne convoque pas forcément une erreur qui appelle deux sortes de dévoiement : la déviation non intentionnelle de l'action de l'intention (ratés et lapsus) et l'écart des actions planifiées par rapport à un chemin satisfaisant vers un but souhaité (fautes). (Reason, 2013, p. 280). Les erreurs mobilisent ainsi des processus cognitifs individuels. Les violations quant à elles ne sont à considérer qu'en fonction d'un système social où les bonnes pratiques, règles et procédures doivent être appliquées. Les violations sont donc des « déviations délibérées –mais pas nécessairement répréhensibles- de pratiques estimées nécessaires (par les concepteurs, les directeurs et les agents de réglementation) pour assurer le fonctionnement en sécurité d'un système potentiellement dangereux » (*Ibid.*, p. 280). Cependant, une nuance est à apporter. Il est important de savoir s'il existe une intention de commettre une violation avant l'acte. Si ce n'est pas le cas, alors la violation est une violation-erreur ou violation involontaire. S'il y a une intention, alors la violation peut entrer dans la catégorie des sabotages mais ils sont rares dans les

déroulements d'accidents. Les violations évoluent dans la grande majorité des cas entre ces deux limites. Elles conservent donc un niveau variable d'intentionnalité sans toutefois vouloir endommager le système.

Reason identifie tout d'abord deux sortes de violations :

3.1. Les violations routinières : la disposition spontanée de la personne à économiser ses forces et un environnement ne sanctionnant que très peu les violations ou gratifiant peu les bonnes pratiques sont deux éléments essentiels à la genèse de ces violations courantes. Notons de plus, que les procédures sécuritaires non respectées semblent sans conséquence dommageable. La « violation de routine » est une transgression régulière et habituelle, un « court-circuit régulier et habituel dans les procédures » (Bourrier, 1999, p.50). La violation de routine intéresse « les mille et une petite choses qui ne sont pas conformes et qu'on laisse se produire sans cesse car on a perdu l'espoir de voir ses remarques prises en compte » (Bourrier, 1999, p.173).

3.2. Les violations exceptionnelles : ces violations sont inévitables face à certaines circonstances, événements inévitables et imprévus.

Par la suite, de ces recherches avec Parker, Lawton et Pollock en 1994, Reason dénombre encore deux types de violations. Ainsi, trois types de violations sont dénombrés : les violations routinières, les violations par nécessité et les violations par commodité ou par plaisir. Nous décrivons à présent les deux dernières :

3.3. Les violations par nécessité : ce sont des violations essentielles pour accomplir le travail commandé sans bloquer ou ralentir le système.

3.4. La « violation de commodité » : l'acteur y serait partisan du « moindre effort ».

Aussi, un acte risqué suggère bien plus qu'une simple erreur. Il conjugue une erreur ou une violation avec la présence d'un danger potentiel émanant de facteurs environnementaux fluctuants. Le schéma suivant positionne les actes risqués d'un point de vue psychologique en considérant la notion d'intentionnalité de l'acte tout en

différenciant les erreurs des violations (Reason, 2013, p. 296). Cependant, il faut noter que ces actes ont des précurseurs de nature psychologiques. Ainsi, toutes les pré-conditions ne sont pas générées par des décisions inadaptées de la part de la hiérarchie ou de la gestion. Reason affirme que ces précurseurs « proviennent de la présence humaine. La sensibilité au stress, l'incapacité à percevoir les dangers, une connaissance imparfaite du système et une motivation loin d'être idéale sont amenées par chaque personne au poste de travail.» (*Ibid.*, p. 294). Reason mentionne aussi les soucis personnels de chaque agent qui provoqueraient des « effets psychologiques nocifs ».

Rappelons qu'un acte risqué ne peut être considéré qu'en regard de la présence d'un danger particulier. Il se veut bien plus qu'une violation ou qu'une erreur, mais, il est la conjonction d'une erreur ou d'une violation avec ce danger particulier. Cependant, très peu d'actes risqués génèrent des dommages tels que des blessures. Les défenses ne sont abattues que par la conjonction de facteurs causaux diverses. Elles sont de types diverses. Pour les plus simples, nous mentionnerons les équipements de protection individuels. Dans les blocs opératoires, nous pouvons citer les lunettes de protection dont le port par l'équipe chirurgicale prévient les accidents exposant au sang en cas de projections oculaires. Dans des systèmes plus complexes, nous retrouverons les personnels qualifiés et de nombreuses caractéristiques techniques (Reason, 2013, p. 295).

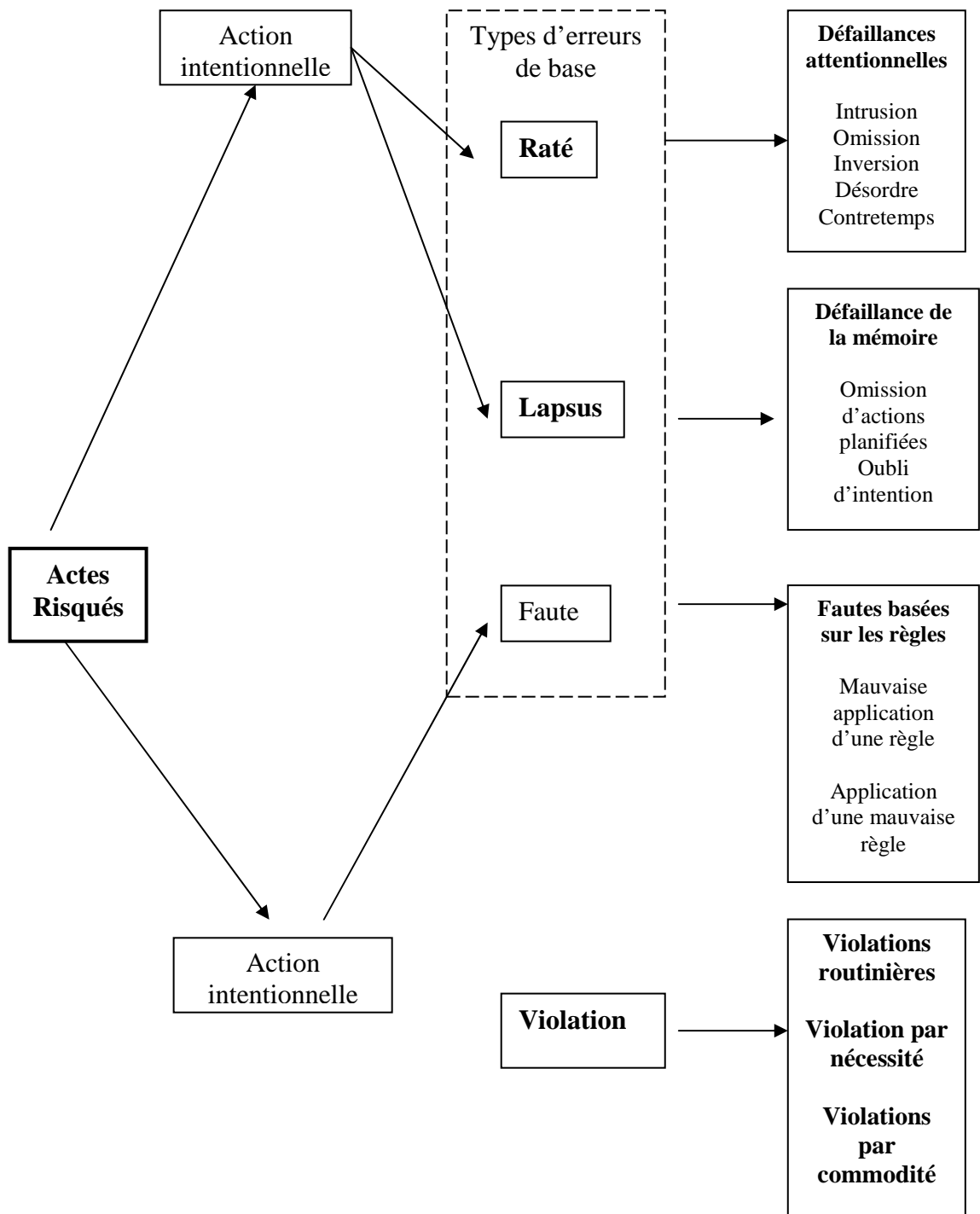


Schéma 5 : Actes risqués d'un point de vue psychologique selon le caractère intentionnel de l'acte et en distinguant les erreurs des violations d'après Reason

Les limites de cette approche et la contribution des sociologues

Les limites de cette approche

Pour la communauté scientifique l'« erreur humaine » n'est pas satisfaisante pour comprendre les défaillances des systèmes. Ainsi, elle se questionne quant aux facteurs organisationnels apparaissant avant les accidents. Selon Bieder (2006), cette approche est trop « simpliste ». Selon Amalberti, l'erreur humaine ne peut complètement disparaître des systèmes et de plus, l'homme participe activement à la sécurité. Reason apporte aussi un argument supplémentaire : les erreurs humaines ne concernent pas seulement les professionnels sur la ligne de production (sharp end). Elles existent aussi au niveau managérial (blunt end).

Ainsi, les approches fiabilistes, ergonomiques et psychologiques se centrant sur les erreurs opérationnelles ne présentent qu'une partie de l'incident : la partie locale de la sécurité visée et ne considèrent pas la partie organisationnelle.

La contribution des sociologues

Il faut attendre les années 80 et les catastrophes industrielles pour comprendre les accidents au-delà des processus mentaux et psychologiques.

En 1978, Turner met en évidence les prodromes des catastrophes non pris en considération avant les désastres. Il parle de « période d'incubation » pendant laquelle les signaux avant-coureurs sont négligés.

Lors d'une interview, Diane Vaughan, sociologue à l'université de Columbia, relate à travers ses travaux au sein de la NASA à la suite de l'explosion de la navette Challenger une forme de « normalisation de la déviance ». Elle apparaîtrait face à certaines contraintes de délais imposés par exemple. Ainsi, le risque évoluerait comme acceptable. Elle a mis en évidence que selon ces causes « pouvaient se développer des règles qui se conformaient à des principes d'ingénierie de base les autorisant à accepter de plus en plus de risques. Ainsi, ils installaient une normalisation sociale de la déviance, de telle sorte qu'une fois qu'ils acceptaient une première anomalie, ils continuaient à en accepter de plus en plus à chaque

lancement. » (Vaughan, 2008, p.2). D'autre part, pour Vaughan, la déviance s'insinue au sein de l'organisation en l'absence d'incident et sans un contrôle soutenu des opérateurs. Cette auteure met par conséquent en exergue une « normalisation de la déviance » à un niveau macro social. La notion d'infraction quant à elle se situe au niveau du travailleur et manifeste un manquement, un contournement de la règle.

Le champ de la santé est aussi impacté par ces migrations de pratiques. Elles sont souvent invisibles et « asymptotiques » pour la personne soignée avant de se voir dévoilées par des événements indésirables et graves pour le patient. Amalberti et Pibarot décrivent « un éventail de pratiques illégales, devenues « normales » pour tous et qui font partie de la « performance normale » du système ». Ils donnent l'exemple des « glissements de tâches dus au manque de personnel ». (Amalberti, Pibarot, 2003, p. 22).

Mais tout d'abord il nous faudra clarifier la notion de non-respect de procédure au travers de différentes nuances émanant de concepts comme la déviance, l'infraction ou la transgression.

Notons que pour Reason la violation intéresse une « déviation par rapport à une procédure opératoire sûre ». Elle se présenterait comme une erreur volontaire. Les violations dites routinières sont quant à elles couplées à un sentiment d'absence de risque et procurent un bénéfice à l'opérateur. Elles modifient par conséquent la norme et sont assimilées à des migrations de pratiques. En anesthésie, Sfez lors d'une conférence d'actualisation en 2002, dit de ces migrations qu'elles sont « un glissement quotidien par rapport à une règle ».

Dejours (1996), psychiatre et fondateur de la psycho dynamique du travail, développe la notion de transgression. Elle ne peut être indissociable de la notion de désir. Ce dernier précéderait la transgression et par là même, le sujet enfreindrait une règle. Par conséquent, après cette désobéissance, l'acteur de la faute ressentirait une culpabilité. Ainsi, désir et culpabilité sont difficilement indissociables et situent la notion de culpabilité dans une certaine « ambivalence ». De la sorte, toujours pour le même auteur, l'infraction ne dépend pas d'une transgression puisque le plaisir n'en découlerait pas.

5- DU FACTEUR HUMAIN AUX FACTEURS ORGANISATIONNELS : POUR UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE

Au milieu des années 80, apparaît une nouvelle explicitation des phénomènes accidentels. Loin d'éliminer la défaillance dans les processus mentaux du travailleur, cette approche considère les causes organisationnelles en amont de l'erreur. De la sorte, l'environnement organisationnel de travail contraint la personne à l'erreur. L'organisation est donc l'élément incontournable de la performance de l'individu. Se sont les facteurs qui favoriseront ou forceront à l'erreur. Ainsi, il nous faut observer la personne travaillant comme au centre de « l'objectif qui demeure réglé sur l'opérateur » (Bieder, 2006). Cette approche poursuit ainsi les approches du facteur humain car le risque est généré par l'opérateur. Bieder précise aussi que le terme américain « error forcing context » illustre parfaitement la manière dont le travailleur serait obligé par différentes pressions ou contraintes organisationnelles comme par exemple le rythme de travail, une communication perfectible ... Cette approche infère que tout écart à un fonctionnement organisationnel jugé comme sûr ou comme idéal est susceptible de provoquer une prise de risque pouvant conduire à l'accident.

Le modèle « gruyère » élaboré par Reason est un modèle de l'approche linéaire considérant l'organisation comme cause de l'erreur humaine. Chaque plaque de ce modèle est une strate du système remplissant une fonction. Elles sont des barrières ayant pour finalité l'absence d'accident. Les accidents surviennent quand ces murs de défense sont troués de manière combinée. Les trous symbolisent les défaillances. Leur conjonction crée une « trajectoire accidentelle ». Au milieu de toutes ces plaques se trouvent celle des travailleurs, des opérateurs. Sont alors considérés les médecins les infirmiers prenant en charge les personnes soignées. Ces personnes peuvent commettre des erreurs et/ou des violations. Reason les qualifie d'actes risqués ou d'erreurs patentes. Les plaques se situant en avant de celles des personnels médicaux et paramédicaux sont en lien avec l'organisation structurelle et fonctionnelle du système (administration, gestion, conception, communication). Les erreurs latentes définies par Reason sont les défaillances de ces premières plaques, elles ne sont pas discernables et peuvent encourager d'autres erreurs et endommager le système. Les plaques se situant après celles des actes risqués ont pour missions d'empêcher les dommages des actes risqués. Les erreurs seront ainsi identifiées et rattrapées afin de générer le moins de conséquence. Ce sont des défenses en profondeur.

Ainsi, l'absence de danger, la sécurité totale existerait si l'une de ces plaques était totalement certaine et ne présentait aucune faille ou si l'empilement de chacune d'entre elles avec sa propre fragilité serait hermétique afin de contrer l'avancement du risque.

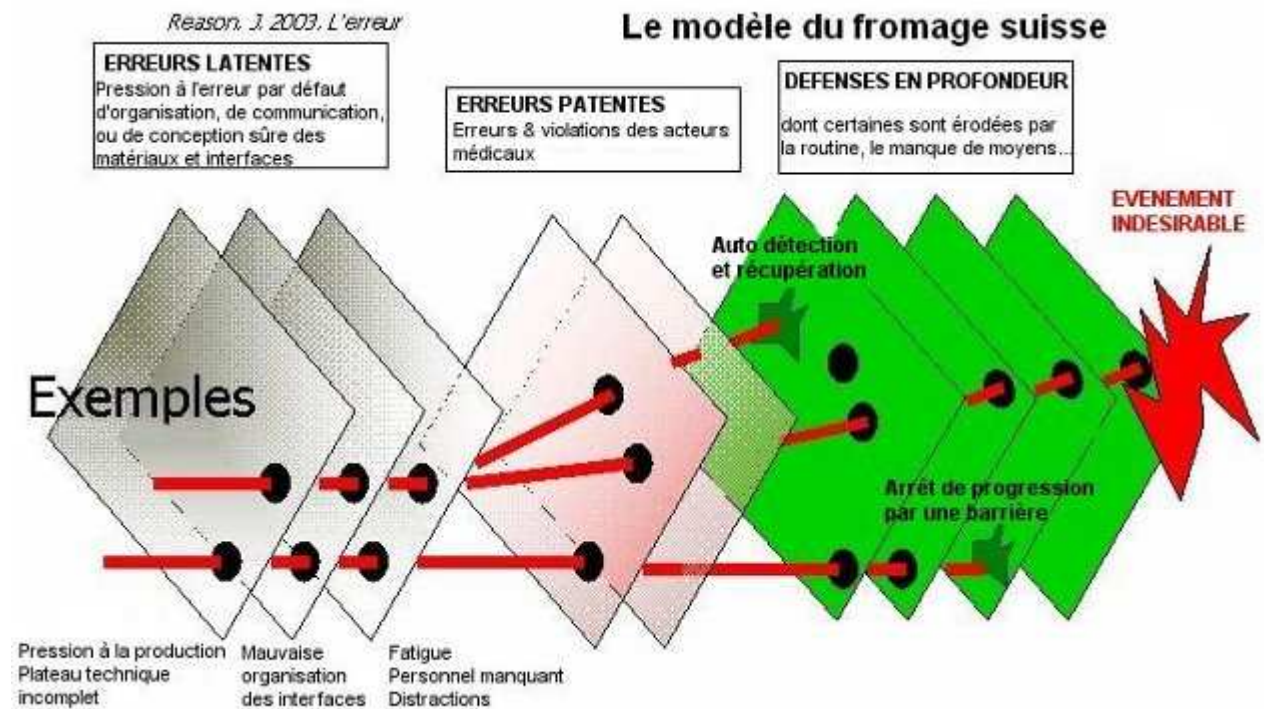


Schéma 6 : Le modèle du fromage Suisse de Reason revu par Amalberti (Conférence MURS)

Amalberti, (2010, p. 43)

Nous comprenons aisément que l'analyse de l'accident doit prendre en compte les défaillances de chacune des plaques. Les incidents mettent alors en évidence la plaque en profondeur qui a empêché les conséquences graves. De plus, les défaillances latentes sont mises en exergue lors des enquêtes et sont, selon Reason, les principales responsables des accidents (Amalberti, Pibarot, 2003, p. 21).

Quand nous parlons de violation, de migration, de déviance, le risque se découvre de plus en plus dans les pratiques. La conséquence du non-respect suppose que l'acteur s'expose à des situations de travail moins fréquentes donc moins maîtrisables. Ainsi, les systèmes de sécurité, les connaissances etc. ne protègent plus et leur contournement laisserait transparaître un aboutissement à un objectif professionnel plus lointain. A ce fait, il est relié des pressions diverses, organisationnelles pour ne citer qu'elles, se révélant de même autant comme protectrices que comme adversaires. Amalberti (2006) dans le schéma suivant expose le glissement des *violations des règles* en révélant le risque se majorant au niveau de zones « accidentogènes ». Cependant, il est aussi à noter la situation des règles et des protocoles renforçant la situation de travail caractérisé comme « sûr ». Nous remarquons encore l'apparition des « violations routinières ». Ces violations apparaissent et créent une « zone de fonctionnement toléré par le système » ou aussi dénommée par le même auteur « *borderline tolerated conditions of use* » (BTCU). Dans cette zone, ces violations pourvoiraient au management et aux acteurs un bénéfice maximum pour une probabilité de dommages minimale. De plus, « these BTCUs have four features: (1) they are first seen benefits and not as risks; (2) they enhance performance of the system or provide advantage for the individual; (3) they are tolerated by senior management and sometimes even required by it; and (4) they are associated with a variety of informal safety measures » . Alors, les principes de sécurité ne sont plus respectés car ils ne semblent plus efficaces et ne trouvent plus leur place dans un contexte social où les règles conçues sont mises à la marge. (Amalberti et al, 2006, p. i69).

Cette « zone de fonctionnement tolérée par le système » ou « BTCU » laisse place par la suite aux violations dites « par nécessité ou par plaisir » apparaissant à partir d'une « zone jugée critique ». A ce stade-là, nous nous situons dans la zone dite « accidentogène » où le risque est fortement majoré du fait du non-respect des protocoles. Cette zone voit augmenter la demande en rentabilité. Les notions de performance, d'efficacité et d'efficience sont alors grandissantes face à une notion d'émotivité gagnant en intensité pour le professionnel de première ligne.

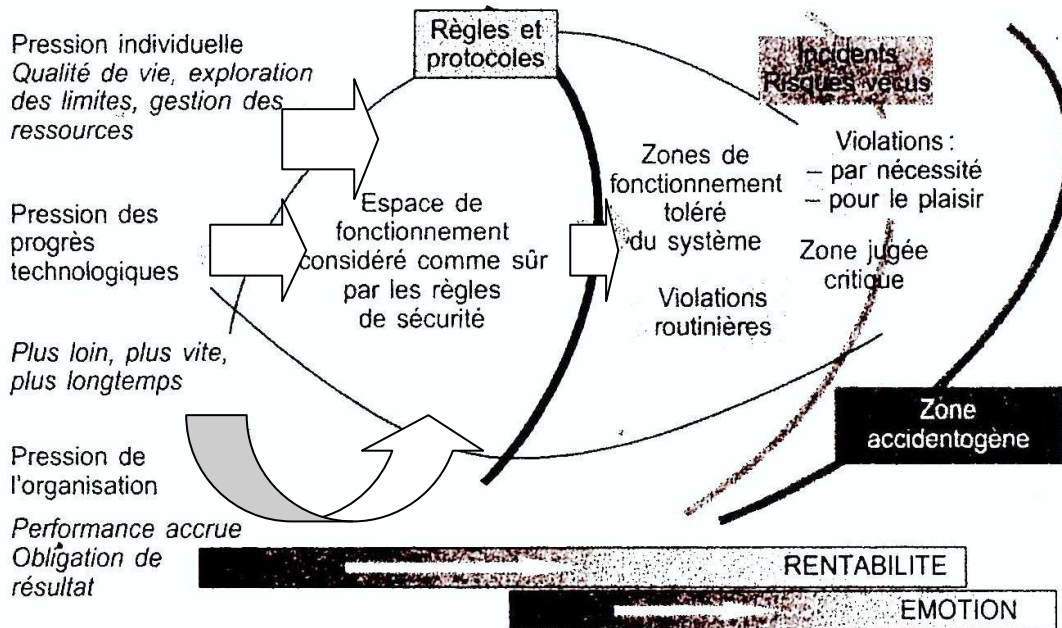


Schéma 7 : Glissement des règles et des violations (d'après R. Amalberti)

Nous pouvons donc en conclure que les violations ne peuvent être considérées que par rapport à un contexte social dont elles sont inextricables. De la même façon, Amalberti n'extrait en aucun cas ces non respects de leurs éléments fondamentaux. De plus, il mentionne certaines théories convoquées et issues de champs disciplinaires divers afin d'apporter des explications. Ainsi, peuvent être abordées la motivation et l'attitude des professionnels, l'adaptation de ces mêmes personnes et les approches organisationnelles et culturelles de l'entreprise.

Tout d'abord, la théorie du comportement planifié décrite en 1991 par Ajzen pourrait apporter quelques éléments de compréhension. D'après cet auteur, le comportement d'une personne découlerait d'une décision, d'une planification. Pour ce faire, cette personne devrait considérer concomitamment les conséquences de son geste (attitudes), l'opinion de ses pairs, de ses proches (normes sociales) et ses croyances sur le contrôle des règles (auto efficacité). Ce modèle socio-psychologique affirme que les intentions de comportement, ici la violation dépend de plusieurs croyances combinées pour élaborer un plan d'action pour atteindre des objectifs comportementaux. Cette théorie est issue de la théorie de l'action raisonnée décrite par Fishbein et Ajzen en 1975 mobilisant la combinaison de deux facteurs : les attitudes et les normes subjectives. Ainsi, se rajoute la notion de perception de contrôle qui est la capacité à réussir le comportement.

Deux autres cadres théoriques prennent en considération les notions organisationnelles et culturelles. Nous décrivons succinctement le « vulnerable system syndrome » décrit par Reason, Carthey et de Leval en 2001. Ces auteurs décrivent l'existence et la synergie de différents facteurs entretenant leur potentialisation. Le premier de ces facteurs est de blâmer les professionnels de première ligne en cas d'incidents graves, dans notre cas, nous considérerons les infirmières. Ceci a pour effet de nier les erreurs générées par la faiblesse d'un système complexe tel que de celui de l'hôpital. Le dernier point important est la course perpétuelle pour obtenir les meilleurs indicateurs de rentabilité. L'objectif financier est primordial. De plus, Tucker et Edmondson décrivent la notion de solutions de contournement. Dans leur étude, ils mettent en évidence que les soignants des hôpitaux trouvent des solutions dites rapides pour apporter des réponses à des dysfonctionnements organisationnels. Mais, force est de constater que dans ces deux perspectives, les déficiences du système ne sont pas mises en exergue et sont alors ignorées face à une volonté de sécurité.

Dès 2003, dans une publication « Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé », l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a eu pour objectif de regrouper des informations pédagogiques techniques et stratégiques ainsi que des expériences industrielles (aéronautiques) nécessaires à une analyse devant initier des programmes de prévention et de gestion des risques. Y sont expliquées les défaillances des systèmes dits complexes. Les auteurs y dégagent une typologie de la défaillance en approchant défaillances patentes ou erreurs actives et défaillances latentes. Ensuite après avoir développé les différentes erreurs humaines dans un système complexe, ils s'intéressent à la notion de défaillance des systèmes en regard de la notion de déviance (à différencier de la notion d'erreur). Cette dernière apparaîtrait petit à petit dans un système où le contrôle serait de plus en plus aléatoire. Il faut aussi noter une absence d'accident ou d'incident et une hiérarchie quelque peu souple. Encore, les professionnels trouveraient des avantages secondaires. Sont extraites de même les caractéristiques : « source de bénéfice » au détriment de la perception du risque encouru, « tolérance de la hiérarchie qui parfois la sollicite, performance plus grande pour le système, pour le professionnel ou pour le patient (dans certains cas) », faisant partie des habitudes et disparaissant de la sorte.

En usant de déviance, les professionnels modifient ainsi le risque. En ne respectant pas les procédures, ils échafaudent des stratégies. Est ensuite étudiée la défaillance en rapport

avec l'organisation. Amalberti dénonce les erreurs humaines comme « cause dominante » des accidents. Cependant, les erreurs permettent des mécanismes de régulation. Il définit le « risque externe » comme un risque objectif qui peut être évalué sans la considération de l'acteur. Le « risque interne correspond au contraire à un risque subjectif, cognitif propre à chaque sujet » (Amalberti, 1996, p. 53). En abordant la coopération entre les acteurs, il évoque trois types de structures produisant des « facteurs propres de complexité pour l'opérateur » (Paries, 1994). Il existe tout d'abord la structure hiérarchique induisant une coopération verticale où les buts sont décidés et le travail distribué, la structure fonctionnelle (coopération horizontale et partage du travail dans l'équipe), enfin, la structure temporelle favorisant la coopération. Mais, les facteurs de complexité que nous pouvons retrouver dans ces deux dernières constructions sont dus à leur découpage. À travers ce maillage, il existerait des interfaces entre les diverses cellules fonctionnelles où les limites ne seraient pas clairement définies démarquant alors des zones d'incertitude, des zones de superposition conflictuelle d'activité, des zones délaissées où les responsabilités seraient alors diluées. Pour Amalberti et *al*, en regard de l'adaptation des professionnels, les violations peuvent être considérées comme le « reflet de l'intelligence et de la flexibilité des travailleurs de premières ligne » (Amalberti et *al*, 2006, p. i67). Ainsi, les professionnels composeraient avec certaines exigences pouvant être contradictoires dans les situations de travail.

L'infirmier de bloc opératoire exerce ses missions dans un milieu complexe tel que le bloc opératoire où risques et actes risqués font partie de son quotidien. Il y serait amené à commettre certaines violations peu visibles dans des zones où pressions temporelles et rentabilité conduiraient à malmener quelque peu ses valeurs professionnelles et déontologiques.

6- MODELE EXPLICATIF : THÉORIE DE LA DISSONANCE COGNITIVE

Nous présenterons la théorie de la dissonance cognitive et le paradigme de la version radicale de la dissonance cognitive. Ce dernier est une des « illustrations d'évènements auxquels nous pouvons être confrontés : ils sont la transposition en laboratoire de situations sociales qui bien souvent nous semblent irrationnelles. Ainsi, les attentes non confirmées sont-elles à mettre en lien avec les comportements « étranges » des personnes dont les croyances fortes, centrales, sont infirmées par les faits » (Fointat, Gosling, Vaidis, 2013, p. 9). De même, il permettra « une lecture d'évènements psychosociaux dont l'intuition ou le sens commun auraient bien du mal à rendre compte » (*Ibid.*, p. 9). De plus, nous étayerons nos propos avec le paradigme de la soumission induite et de la double soumission. On peut considérer qu'avoir du pouvoir dans certaines organisations telles que celles d'un établissement de soins favoriserait l'engagement des agents dans des conduites exigées en fonction « d'une sorte de technologie implicite de circonstances » que nous pouvons traduire comme un contexte engageant (Beauvois, Bungert, Mariette, 1995)

LA NAISSANCE DE LA THÉORIE

Après la seconde guerre mondiale, la psychologie sociale se veut surtout nord-américaine. Lewin et ses concepts seront d'une influence déterminante pour cette discipline qui s'intéresse particulièrement aux comportements observables des personnes à cette époque. Puis, au cours des années cinquante les concepts d'équilibre ou de consistance cognitive prévalent. Ces modèles intègrent le courant dit « rationaliste ». Il envisage la personne agissant de façon rationnelle et réfléchie dans son milieu social. Chacun mobilise ses savoirs, ses cognitions avant l'action. La théorie de l'équilibre de Heider (1958) affirme que chaque personne agit en état de cohérence avec ses propres cognitions. Le contraire serait difficilement envisageable.

C'est dans ce contexte que voit le jour la théorie de la dissonance cognitive. Ainsi, elle diffère de ces théories de la consistance. Festinger utilise les termes de consonance et de dissonance. Il considère aussi que la dissonance cognitive « présente un processus

motivationnel qui amène l'individu à rendre son univers non problématique : ce n'est pas en tant que telle la consistance qui est importante, c'est l'évitement de l'inconsistance qui prime » (Vaidis, 2011, p. 10).

La théorie de la dissonance cognitive voit sa genèse découler de la théorie de la comparaison que Festinger a formalisée quelques années avant en 1954. Au regard de cette théorie, les personnes se compareraient aux autres afin de « s'évaluer et obtenir des informations sur la qualité de leurs opinions et de leurs aptitudes. Dans ce contexte lorsqu'il s'agit de questions d'opinions, les comparaisons généreraient des motivations à l'uniformité » (Vaidis, 2011, p. 10).

L'annonce de la fin du monde pour le 21 décembre 1954 par Mariam Keech, meneuse d'une secte millénariste donna à Festinger et à ses collègues un motif de vérifier sa théorie. Pour ce faire, cinq observateurs infiltrèrent la secte. Le gourou qui obtint ses informations des extraterrestres en provenance de la planète Clarion, affirma qu'un raz-de-marée allait tout raser sur le continent. Cependant, les membres de la secte seraient sauvés car des soucoupes volantes viendraient les chercher avant le déluge pour rebâtir un « monde meilleur ». La fin du monde n'eut pas lieu le jour prédit. Les observateurs observèrent que les adeptes se lancèrent dans une campagne de prosélytisme à l'inverse de leur ordinaire. Ils consolidèrent leur foi. D'autres abandonnèrent la secte. Ainsi, nous voyons là que face à un élément déstabilisant leurs croyances remises en cause ainsi qu'un certain équilibre, les croyants essayèrent de le retrouver. Ils tentèrent de rendre consistante la relation entre leurs différentes cognitions pour retrouver un équilibre. Cette relation d'inconsistance aurait occasionné la dissonance cognitive.

Ainsi dans ce premier ouvrage « When a prophecy fails » traduit en français sous le titre « L'échec d'une prophétie », Festinger énonce que « la dissonance étant par définition génératrice de malaise, le sujet sera contraint de chercher à la réduire ou à l'éliminer. Ces efforts, qui constitueront la manifestation observable de la dissonance, peuvent prendre trois formes, parfois conjuguées » (Festinger, 1993, p. 24) :

1. Tout d'abord, la personne aura la possibilité de transformer ses croyances, ses comportements.
2. Ensuite, « elle peut chercher à étayer sur de nouvelles informations les consonances existantes et réduire la dissonance globale » (Festinger, 1993, p. 24).

3. La dernière forme consistera à omettre ou à sous-estimer les éléments cognitifs dissonants.

LA THÉORIE FORMALISÉE

Festinger, élève de Lewin, enseigna successivement à l'Université de Rochester, à l'Université du Michigan (1943), à l'Université Standford (1948) puis il intégra la New School for Social Research en 1968. C'est accompagné par ses premiers élèves, grands chercheurs en devenir (Aronson, Brehm ...), que Festinger édite le premier ouvrage sur la dissonance cognitive : « A theory of cognitive dissonance » en 1957.

Ainsi, dans cet ouvrage *princeps*, sont posés les trois pierres angulaires de la théorie qui peuvent être relatées comme suit :

- « Deux cognitions (ou groupe de cognitions) peuvent entretenir entre elles une relation d'incompatibilité (inconsistante), une relation de compatibilité (consistante), ou une relation non pertinente (ou neutre).
- L'existence d'une relation d'incompatibilité (i.e. l'inconsistance) est génératrice d'un état d'inconfort psychologique qui motive la personne à le réduire : cet état est nommé la dissonance cognitive » (Vaidis, 2011, p. 12).
- Pour réduire cet état d'inconfort psychologique, la personne utilise des stratégies pour retrouver un état de tension admissible. Ces stratégies sont nommées des modes de réduction de la dissonance ou voies de réduction de la dissonance.

Les unités fondamentales de la théorie dans son processus dynamique.

Mais, qu'est-ce qui est regroupé sous le terme de cognition ? La cognition est l'unité élémentaire, le « construit élémentaire » de cette théorie. Ainsi, elle convoque « l'ensemble des connaissances, opinions ou croyances concernant l'environnement, soi-même, ou le comportement d'autrui » (Festinger, 1957, p. 3). Les cognitions ne sont pas des savoirs exacts mais sont des éléments personnels pour mieux comprendre l'environnement, les rapports avec autrui. Elles désignent « les attitudes, croyances, valeurs. (...). Les cognitions renvoient à la représentation de la réalité d'un individu humain » (Vaidis, 2011, p. 13).

La dissonance cognitive convoque un état de motivation. Elle serait comme un état dynamogène qui mènerait vers le changement, l'évolution de cognitions de la personne ressentant un inconfort psychologique. Cette transformation passerait par trois phases :

- Une rupture avec un état initial. Elle est due à l'existence de deux cognitions inconsistantes entre elles. Ces dernières peuvent être en un ou plusieurs éléments cognitifs qui forment un groupe de cognitions pertinentes. Leurs inconsistances entre elles provoquent un état d'inconfort stimulant la personne à adopter des stratégies de réduction pour retrouver un état acceptable. Festinger accentue l'idée que cet état d'inconfort détient une dimension motivante pour réduire les tensions génératrices de la dissonance. Il appuie aussi sur le fait que ces pressions aboutissent à l'évitement de l'augmentation de la dissonance.
- Une modification
- Un rétablissement.

Le schéma ci-dessous représente le processus de dissonance selon Festinger où nous avons positionné les trois phases.

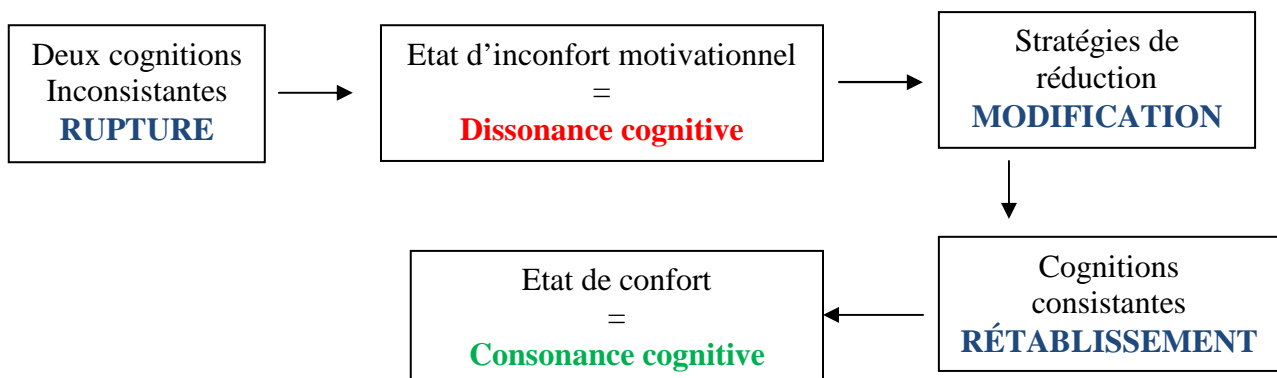


Schéma 8: Processus de dissonance selon Festinger (1957)

La dissonance cognitive est « un état pénible pour l'être humain, chez qui il existe un besoin de maintenir la plus grande consonance possible » (Poitou, 1974, p. 11) par des stratégies de réduction. Ainsi, au regard de ce processus motivationnel, les trois phases suscitées se succèdent.

La dissonance cognitive : taux et amplitude.

Notons de surcroît, qu'il existe différents niveaux de dissonance cognitive. Ainsi, une même personne peut ressentir un état plus ou moins fort de dissonance cognitive. Dès lors, cet état d'inconfort psychologique de forte amplitude est d'autant plus motivant à sa réduction. Cette amplitude de la dissonance varie en regard des éléments, des cognitions engagées dans la relation. Alors, plus la grandeur des cognitions est forte, plus le poids des éléments dissonants ou consonants s'amplifie.

C'est en 1959 que Festinger et Carlsmith proposent un mode de calcul de l'amplitude de la dissonance en établissant un taux de dissonance. Alors, « l'amplitude de la dissonance est égale au rapport des cognitions inconsistantes, sur les cognitions consistantes plus les cognitions inconsistantes » (Vaidis, 2011, p. 15)

Nous pouvons reprendre ce mode de calcul dans la « formule » ci-dessous présentée. Nous l'illustrerons avec l'exemple d'un accueil de patient évalué non satisfaisant pour un infirmier.

$$\begin{array}{c}
 \text{Taux de dissonance par} \\
 \text{rapport à la cognition} \\
 \text{génératrice} \\
 \\
 \text{(Taux de dissonance lors de l'accueil} \\
 \text{du patient évalué non satisfaisant)}
 \end{array}
 =
 \frac{
 \begin{array}{c}
 \text{Somme des cognitions dissonantes} \\
 \text{avec la cognition génératrice} \\
 \text{Somme des actes évalués de bonne qualité} \\
 + \\
 \text{Cognitions, connaissances des règles de bonnes} \\
 \text{pratiques)}
 \end{array}
 }{
 \begin{array}{c}
 \text{Somme des cognitions dissonantes avec} \\
 \text{la cognition génératrice} \\
 + \\
 \text{Somme des actes évalués de bonne qualité} \\
 + \\
 \text{Cognitions, connaissances des règles de bonnes} \\
 \text{pratiques)} \\
 \\
 \text{Somme des cognitions consonantes} \\
 \text{avec la cognition génératrice} \\
 \\
 \text{(Somme des actes de qualité à parfaire pour un meilleur} \\
 \text{accueil du patient)}
 \end{array}
 }$$

Schéma 9 : Calcul du taux de dissonance d'après Festinger et Carlsmith (1959)

Ainsi, cet infirmier ayant un comportement, des actions de soins problématiques non acceptables face aux règles de bonnes pratiques pourra modifier l'amplitude de sa dissonance de deux manières :

- Par l'ajout de cognitions consistantes. Ainsi, par l'addition de cognitions consistantes, l'infirmier va réduire l'amplitude de sa dissonance. Notons aussi, que l'acte problématique débouchant sur la dissonance maximale est obtenu si les menaces, dans notre cas les pressions, ou les récompenses, ici la réponse favorable à la charge en soins (le gain de temps de quelques minutes à peine) sont simplement suffisantes à la genèse du comportement. Une personne entre d'autant plus facilement en dissonance quand cette dernière dispose « de raisons minimales pour réaliser un acte problématique ». Festinger et Aronson affirment que « l'ampleur de la dissonance éprouvée par une personne ayant accompli un acte immoral sera naturellement plus grande si les récompenses qu'il a obtenues à la suite de cet acte sont de faible importance » (Lévy, 2010, p. 196). De la même manière, « dans la mesure où être contraint et forcé à réaliser un acte problématique fournit des cognitions consistantes susceptibles de réduire la dissonance, les pressions explicites vont ainsi être évitées au

profit d'une « liberté toute relative » : l'essentiel étant de laisser à l'individu l'impression qu'il est libre d'accepter de réaliser un comportement tout en l'obligeant à réaliser l'acte » (Vaidis, p. 16-17).

- Par l'ajout de cognitions inconsistantes. Leur addition augmente de ce fait l'amplitude de la dissonance.

Encore, Beauvois et Joule (1982) et Beauvois et Rainis (1993) concluent qu'un acte problématique occasionnera encore davantage de dissonance si un expérimentateur adjoint une cognition inconsistante comme de mauvaises performances réalisées lors d'une tâche fastidieuse. Dans l'exemple ici mentionné, l'infirmier évalue l'accueil qu'il effectue de qualité médiocre puisqu'il majore potentiellement le risque d'anxiété encouru par le patient pris en charge. Ce professionnel, appréciant sa prestation perfectible, effectue une activité désagréable puisqu'elle n'est pas en adéquation avec ses cognitions.

La réduction de la dissonance cognitive.

La dissonance apparaît par exemple quand une personne prend la décision d'adopter un comportement non congruent avec les pratiques préconisées dont elle a la connaissance. Festinger souligne que quand cette dernière fait un choix entre plusieurs opinions, la solution sélectionnée ne sera pas totalement satisfaisante pour elle et les options réfutées ne seront pas totalement vaines : « si un individu choisit un mode d'action parmi plusieurs possibilités, il est presque certain de ressentir de la dissonance, car l'alternative choisie est rarement entièrement positive et les alternatives rejetées sont rarement entièrement négatives » (Lévy, 2010, p. 194). Les savoirs en rapport avec les côtés négatifs et préjudiciables de la solution retenue seront donc inconsistants avec les savoirs, les avantages qu'il détient pour avoir choisi cette solution. Faisons un parallèle avec les actes de non-respect volontaire de certains infirmiers. Lorsqu'un infirmier de bloc opératoire ne compte pas les textiles lors d'une intervention chirurgicale, il mobilise différentes connaissances qui s'affrontent. En effet, il a toute connaissance et est convaincu que si une compresse est oubliée dans le site opératoire, le patient risque une infection de ce même site ayant des conséquences très dommageables. Les arguments qu'il mobilise pour asseoir son choix de non-comptage sont par exemple le fait qu'aucune compresse n'a été oubliée à ce jour sur toutes les interventions similaires déjà effectuées par ce chirurgien et que ce dernier est vigilant lors de l'acte opératoire afin de ne pas en laisser *in situ*. Ainsi, deux cognitions ne s'accordent pas. L'argument retenu par l'infirmier pour justifier son comportement n'est pas totalement satisfaisant au regard des

arguments réfutés : aucun oubli de compresse n'a été constaté jusqu'alors mais il sait qu'un textilome peut se déclarer plusieurs mois après l'intervention chirurgicale. Le même raisonnement peut être envisageable pour les solutions rejetées et leurs attraits positifs. Ici, compter les compresses est une action garantissant la gestion du risque infectieux.

Festinger et Aronson mentionneront aussi que la dissonance « sera proportionnelle à l'attraction de l'alternative rejetée relativement à l'alternative choisie » (Lévy, 2010, p. 195). De même, suite à la décision d'un comportement adopté, la personne sera en mesure de ressentir de la dissonance, mais elle se persuadera que la solution retenue est encore meilleure qu'elle ne l'avait envisagée en premier lieu. La réduction de la dissonance aura lieu en suivant la prise de décision. De la même façon, le degré de réduction est en adéquation avec l'étendue de la dissonance.

Cherchons, maintenant à savoir, dans le contexte de l'exemple précédent lors d'un non-compte de compresse quelle(s) récompense(s) peuvent-être obtenue(s) par l'infirmier responsable du non-compte des textiles ? Un gain de temps ? Si cela s'avère être le cas, quelle importance cela a-t-il face à la garantie de soins sécuritaires que l'IBODE doit assurer ? Dans ce cas-là, l'amplitude de dissonance ressentie sera donc conséquente au regard du risque encouru par le patient.

Nous pouvons aussi, reconnaître la causalité du groupe comme origine de la dissonance comme le spécifient Festinger et Aronson. En effet, un désaccord avec d'autres peut en être un de ces fondements. De la sorte, lorsqu'une personne est face à un avis divergent au sien énoncé par des pairs, alors la conscience qui émane en regard de ses jugements est ambivalente face à l'avis de ces autres personnes. Ainsi, supprimer la dissonance dépendrait de l'absence d'interactions et d'échanges avec ces autres. En laboratoire, plusieurs expériences ont démontré que la grandeur de la dissonance est dépendante de l'importance de la personne ou du groupe mentionnant son opposition et de la pertinence, de la gravité pour cette même personne de la controverse ainsi créée.

Il existerait donc plusieurs modes de réduction de la dissonance cognitive. Une étude de terrain menée par Adams et ses collaborateurs montra que la dévalorisation de la personne en opposition et la modification de ses positions vis-à-vis de cette dernière pouvaient être une *alternative* à la dissonance. De plus, le groupe peut être un moyen de réduction de cette

dissonance. La personne dans un premier temps peut chercher « l'appui des gens qui croient déjà ce dont il veut se persuader » (*Ibid.*, p. 126). Dans un second temps, elle peut essayer de persuader les autres qu'ils devraient croire ou adopter les mêmes idées qu'elle.

Selon Vaidis, il existerait plusieurs modes de réduction qui se situent au regard de trois sortes de stratégies définies par Festinger en 1957. Il mentionne (Vaidis, 2011, p. 136) :

- Le changement d'un ou plusieurs éléments engagés dans la relation d'inconsistance
- L'apport de nouvelles cognitions consistantes
- La « réduction de l'importance des éléments impliqués dans la relation d'inconsistance ».

Par conséquent, nous pouvons exposer plusieurs modes de réduction de dissonance cognitive se classant dans différents domaines (Vaidis, 2011, p. 136 - 142) :

1. Le changement d'attitude :
 - a. la rationalisation cognitive : face à son comportement, la personne change son attitude initiale dans le but de la faire correspondre. Il apporte donc un certain nombre d'arguments qui justifieront ses actes.
 - b. la rationalisation comportementale (Joule, 1986) : au regard du comportement posant problème, le sujet agit dans un second temps d'une manière similaire, il effectue alors un acte allant dans le même sens que le précédent.
 - c. le support social : la personne peut modifier son univers social pour le rendre congruent avec ses croyances si celles-ci sont infirmées. Il va alors s'allier à des personnes ayant les mêmes opinions que lui et repousser les autres. L'exemple le plus célèbre étant celui décrit par Festinger (1956) lors du récit de la secte confrontée à une erreur de prophétie.
2. L'explication causale des conduites. L'explication causale (Heider 1958) permettrait une justification à l'accomplissement ou à l'approbation d'un comportement posant problème. Une personne peut convoquer des situations externes ou situationnelles pour argumenter le fait qu'elle ait accepté d'effectuer un acte problématique (Joule et Beauvois, 1987). En revanche, l'apport d'explications internes ou positionnelles augmenterait la dissonance (Channouf, LeManio, Py et Sonnat, 1993).
3. La trivialisation, décrite par Simon, Greenberg et Brehm en 1995 dans leur article « Trivialisation : the forgotten mode of dissonance reduction » : la personne « dévalorise son comportement problématique ou son attitude initiale ».

4. Le déni de responsabilité : ce mode de réduction a été mis en évidence en 2006 par Gosling, Denizeau et Oberlé. Il existe la réduction d'un sentiment de responsabilité conduisant à un déni de cette dernière. Ces chercheurs ont ainsi démontré que nier la responsabilité d'un acte problématique conduit à une réduction de la dissonance cognitive.
5. La sur confiance (overconfidence). Ce mode de réduction découle du « désir de percevoir le soi comme perspicace et compétent » (Blanton, Pelham, 2001, p. 374).

Nous ne présenterons pas dans notre travail les modes de réduction suivant : Modification des besoins physiologiques, l'affirmation de soi, la sélection de l'information et la restructuration cognitive.

Ce que nous devons aussi mentionner est que la résistance au changement des éléments en jeu dirige la réduction de la dissonance. Ainsi, la cognition la plus forte est gardée « gelée » tandis que la cognition la plus faible va être modifiée pour permettre la réduction de la dissonance.

Par ailleurs, Doise, Deschamps et Mugny (1991, p. 239), à partir des travaux effectués par Zajonc en 1968, résumant la théorie de la dissonance cognitive par les neuf propositions suivantes :

1. La dissonance cognitive est un état pénible.
2. L'individu essaie de réduire ou d'éliminer la dissonance cognitive et d'éviter tout ce qui l'augmenterait.
3. Dans un état de consonance cognitive l'individu éviterait tout ce qui pourrait produire de la dissonance.
4. L'intensité de la dissonance cognitive varie en rapport direct avec l'importance des cognitions concernées, la proportion de cognitions ayant une relation dissonante.
5. L'intensité des tendances décrites en 2 et 3 est en rapport direct avec l'intensité de la dissonance.
6. La dissonance cognitive peut être réduite ou éliminée :
 - a. en ajoutant de nouvelles cognitions ou,
 - b. en changeant des cognitions existantes.

7. Ajouter de nouvelles cognitions réduit la dissonance :
 - a. quand les nouvelles cognitions renforcent les éléments consonants et diminuent donc la proportion des éléments cognitifs qui sont dissonants,
 - b. quand les nouvelles cognitions diminuent l'importance des éléments cognitifs en état de dissonance.
8. Changer des cognitions existantes réduit la dissonance quand :
 - a. leur nouveau contenu les rend moins inconsistants ou,
 - b. leur importance diminue.
9. Cette augmentation ou ce changement de cognitions peut se faire en changeant les aspects cognitifs de l'environnement « par l'action ».

Il existerait donc deux principaux modes de réduction de la dissonance cognitive : la rationalisation cognitive et la rationalisation en acte.

LA THÉORIE RADICALE DE LA DISSONANCE COGNITIVE

Il existe plusieurs reformulations de la théorie de la dissonance cognitive apparues par la suite. Certaines énoncent des conditions, appuient sur un aspect de la théorie, d'autres apportent des modifications impactant l'objectif de la théorie. Nous différencierons alors deux types de reformulations. Il y a tout d'abord des « reformulations « fonctionnelles » apportant une modification de l'objectif du processus de la dissonance cognitive » puis, « des reformulations « techniques » qui spécifient ou précisent le concept de dissonance sans en modifier profondément l'essence ni les motivations » (Vaidis, 2011, p. 30).

Nous présenterons ici une reformulation technique. Elle nous offrira des précisions supplémentaires au regard de notre objet d'étude. Elle éclaircira le processus et le fonctionnement de la dissonance cognitive. Cette révision de la dissonance cognitive est dite radicale car elle se veut d'apporter des éléments supplémentaires sur le cœur de la théorie de Festinger.

Cette conception radicale voit son origine grâce à une expérience de Beauvois, Ghiglione et Joule (1976). Au sein d'un lycée, des dyades de lycéens devaient expliquer une argumentation pour persuader d'autres jeunes de l'existence de créatures extraterrestres. Après les conférences, ces étudiants devaient expliquer leur attitude au regard de la vie de ces

êtres extraterrestres. Ainsi, ces chercheurs ont observé que les jeunes ayant convaincu un autre lycéen de la vie vénusienne ou martienne, avaient toujours la même opinion après leur argumentaire. Cependant, ceux n'étant pas arrivés au même résultat, adoptèrent une conviction beaucoup moins tranchée. Ainsi, découlèrent de ces résultats une première reformulation de la théorie de la dissonance radicale de Festinger (1957) : la théorie radicale.

Pour Beauvois et Joule, cette théorie est relue sous l'angle de la théorie de l'engagement de Kiesler (1971). Pour ces chercheurs la théorie de la dissonance cognitive serait « une théorie post-comportementale de la rationalisation des conduites problématiques réalisées dans un contexte engageant » (Vaidis, 2011, p. 51). Ainsi, cette vision voit sa genèse de part le comportement d'une personne dans une situation d'engagement. Certaines violations en bloc opératoires peuvent être considérées comme des comportements problématiques qu'effectueraient certains infirmiers. De plus, elles sont commises dans un contexte fortement engageant au bloc opératoire. L'infirmier devra en assumer la responsabilité puisqu'il n'a été clairement pas obligé de transgresser.

La théorie radicale de la dissonance cognitive peut être synthétisée en quatre points incontournables et fondamentaux :

- L'état psychologique de dissonance cognitive génère un état motivationnel ;
- La cognition génératrice : elle fixe la référence pour établir le taux de dissonance puisque « le taux de dissonance est définie à partir d'une cognition et d'une seule : la connaissance génératrice » (Beauvois, Joule, 1981, p. 114). Elle permet d'estimer les cognitions consistantes et les cognitions inconsistantes. Elle n'est positionnée ni dans le numérateur ni au niveau du dénominateur et n'est donc pas prise en compte pour le calcul du taux de dissonance. Elle est « comportementale de nature » (Beauvois, Joule, 1996, p. 8), elle représente ainsi un comportement et indique un acte problématique. Cet acte est donc le déclencheur de la dissonance ;
- Le processus de rationalisation : son objectif est de diminuer l'inconsistance révélée au regard de la cognition génératrice. En sorte, comme la cognition est un comportement problématique en soumission induite, il suffit de le rationaliser. Ainsi, « la réduction de la dissonance n'a pas pour objet l'élimination de toutes les relations de dissonance, mais seulement de celles dans lesquelles la cognition génératrice est impliquée » (Beauvois et Joule, 1981, p. 114) ;

- Le statut de l'engagement : afin qu'une situation génère de la dissonance, la personne doit avoir accompli un acte problématique. Mais, elle doit aussi effectuer cette action dans un contexte d'engagement. Ainsi, cet engagement dans l'acte se veut d'attribuer la responsabilité de celui-ci à l'acteur du comportement. Par conséquent, le paradigme de la soumission forcée est une situation où la personne obtempère à une autorité. Ce n'est pas la position de pouvoir qui prévaut mais celle de se soumettre. Dès lors, « un agent de pouvoir déclare libre un sujet qui ne peut dans cette situation que se voir attribuer la responsabilité de l'acte extorqué et génère chez ce sujet un état de dissonance cognitive » (Vaidis, 2011, p. 52). Nous constatons alors que ce n'est pas la réalisation de l'acte problématique qui domine mais la seule acceptation de commettre ce comportement, pour notre objet d'étude la violation de quelque nature soit-elle. En soumission induite, la personne consent à une attitude d'obéissance à une autorité, alors qu'elle est déclarée libre. Cette reformulation affirme que la personne « rationalise ses comportements problématiques impliqués par son obéissance. (...). Il s'agit d'une rationalisation cognitive ». Cependant, afin de réduire l'inconfort psychologique généré par la réalisation d'un acte problématique dans un contexte d'engagement, le choix d'un mode de réduction de ce trouble évite que la personne en état de dissonance en choisisse un autre. De la sorte, « cela implique que si la tension peut être réduite par la voie cognitive, alors elle ne sera pas réduite par la voie comportementale » (Martinie, Girandola, Fointat, Lefeuvre, Halimi-Falkowicz, Joule, 2013, p. 122-123).

Joule et Beauvois définissent l'engagement, « dans une situation donnée, aux conditions dans lesquelles la réalisation d'un acte ne peut être qu'imputable qu'à celui qui l'a réalisé (Lefeuvre, Joule, 2002, p. 47). Rappelons les cinq facteurs de l'engagement. Ils permettent de moduler la force du lien qui existe entre la personne et ce qu'elle fait. Cependant, « l'ajout de ces facteurs n'est toutefois pas indispensable pour obtenir un effet de dissonance. Le libre choix, à lui seul, peut suffire » (*Ibid.*, p. 47). Pour engager un sujet, Joule et Beauvois (2009) mentionnent différents facteurs « pour obtenir l'engagement d'un partenaire dans un acte » :

- « le déclarer libre ». Plus la personne se voit libre de faire ou de ne pas faire, plus elle fera. Le simple rappel de ce sentiment de liberté par l'expérimentateur ou un collaborateur ou un hiérarchique : « vous êtes libre de ... » amène davantage les personnes à accepter et à effectuer l'acte ;

- « Mettre en relief les conséquences de son acte » ;
- Choisir un acte de coût élevé ; pour l’infirmier, majorer les risques encourus par le patient est à l’encontre de ses valeurs.
- Rendre l’acte le plus visible possible :
 - Lui donner un caractère public ; Il est plus engageant de faire quelque chose sous le regard d’autrui que dans l’anonymat. Chaque infirmier travaille en équipe pluri professionnelle et sous le regard de ses pairs, d’une hiérarchie fonctionnelle et médicale ;
 - Souligner le caractère explicite de sa signification ;
 - Faire en sorte que tout retour en arrière soit impossible ; une fois une pratique perfectible effectuée (non vérification de la stérilité des dispositifs médicaux par exemple), la faute est potentiellement dommageable.
 - Ne pas hésiter à faire exécuter plusieurs fois (ou s’il s’agit d’une décision, à faire réitérer la décision prise) ;
- Eviter toute justification d’ordre externe (pas plus de promesse de récompense que de menace de décision) ;
- Avancer une explication interne » (Joule, Beauvois, 2009, p. 72).

LA DOUBLE SOUMISSION FORCÉE

Il nous semble incontournable, avant de décrire le paradigme de la double soumission forcée d’apporter quelques éclairages entre deux paradigmes : celui de la soumission forcée (forced-compliance) (Festinger et Carlsmith, 1959) *et celui de la soumission induite* (induced compliance). En laboratoire, les participants réalisent un comportement contraire à leurs cognitions, leurs attitudes. C’est un comportement problématique ou contre-attitudinal. En soumission forcée, le participant est forcé de réaliser un comportement contre-attitudinal en recevant une récompense plus ou moins considérable ou bien il est menacé (sanction). Lorsque ces deux variables sont faibles alors l’amplitude de la dissonance se voit augmenter. Au contraire, quand les variables indépendantes de récompense ou de menace sont importantes, la dissonance est plus faible. Dans ce contexte de contrainte clairement exprimée, on considère le paradigme de la soumission forcée. Cependant, lorsque le participant dans le contexte de l’étude est déclaré libre de choisir ou de refuser de réaliser le

comportement problématique mais contraint par l'expérience, il ressent plus de dissonance que les participants récompensés ou menacés. On distingue alors la soumission induite. Ainsi, en regard de cette situation de liberté clairement exposée, les participants mobilisent moins de justifications face à la réalisation de l'acte problématique. Les expériences actuelles sur la dissonance cognitive ont lieu dans le contexte de la soumission induite. Rappelons qu'avant chaque protocole expérimental, le participant prend connaissance d'un consentement éclairé stipulant qu'il est libre à tout moment de se soustraire de l'étude. Beauvois et Joule quant à eux énoncent une *soumission librement consentie* (Vaidis, 2011, p. 109). Ainsi, le libre-choix détient un rôle incontournable pour générer de la dissonance.

La première expérience de Festinger et Carlsmith en 1959 consistait à faire tomber douze bobines par les participants sur un plateau durant une demi-heure. Durant la seconde demi-heure, ils avaient quarante-huit boutons à tourner dans le sens des aiguilles d'une montre d'un quart de tour. Suite à la réalisation de cette activité, le participant pouvait recevoir 20 dollars pour expliquer à un étudiant que cette tâche était attrayante, soit il pouvait recevoir 1 dollar pour expliquer l'attrait des gestes effectués. Dans la troisième condition de l'expérience, le participant ne devait pas expliquer ses activités. Suite à ces trois conditions, le participant répondait individuellement à un questionnaire en lien avec l'expérience. Il devait apprécier sur une échelle allant de -5 (activité extrêmement inintéressante et ennuyeuse) à +5 (activité extrêmement intéressante et agréable) l'attrait de ces tâches. Comme prévu, les participants ayant reçu une faible rétribution pour « mentir » à l'étudiant exprimaient plus de dissonance et une attitude plus propice à l'activité demandée contrairement à ceux mieux rétribués. Cette expérience de la tâche fastidieuse de Festinger et Carlsmith a suscité maints questionnements. A savoir :

- La dissonance est-elle générée par l'exécution d'une tâche fastidieuse jugée comme inintéressante ;
- La dissonance serait-elle engendrée par le fait de mentir à un étudiant ?

Ainsi, sont mobilisés en premier lieu le paradigme de la *soumission forcée*, puis en second, celui du jeu de rôle contre-attitudinal (counterattitudinal essay ; Janis et King, 1954). C'est ainsi que les chercheurs radicaux de la dissonance envisagent « qu'il n'y avait pas une situation de soumission forcée, mais deux » (Vaidis, 2011, p. 112).

Le paradigme de la double soumission forcée découle du développement de la théorie de la dissonance cognitive. Il étudie les retombées cognitives après l'exécution de deux comportements dans une situation de soumission induite. Le premier comportement (C1) est en désaccord avec les convictions de la personne. La nature du second comportement (C2), autrement dit, le fait qu'il soit problématique ou non donc consistant ou inconsistant avec le premier acte, engageant ou non, va entraîner ou non des changements d'attitude et générer ou non plus de dissonance. Il est à noter que «recourir au concept d'engagement devient indispensable dans les situations de soumission induite». (Lefeuvre et Joule, 2002, p. 48). Ainsi, pour les théoriciens radicaux, quand le premier comportement est très engageant, et le deuxième moins, alors, uniquement le premier acte est considéré comme cognition génératrice. De ce fait, un seul taux de dissonance «doit donc être posé» (Vaidis, 2011, p. 113). Au contraire, lorsque le deuxième comportement est inconsistant avec le premier, alors il est considéré comme une cognition inconsistante et augmente dès lors la dissonance dans un contexte non engageant. Mais, «si en revanche, le second comportement est réalisé dans des circonstances fortement engageantes, il joue alors le rôle d'une seconde cognition génératrice et les effets de la dissonance vont être cumulés» (Vaidis, 2011, p. 113). Selon Joule et Azdia (2003), un second comportement en accord avec le premier dans un contexte engageant augmente la dissonance.

Lorsque le second comportement est peu engageant :

A partir de la recherche de Joule (1991), nous allons exposer, dans un contexte de double soumission induite le cas où les deux comportements sont consistants et le cas où les deux comportements sont inconsistants. Notons que dans ces deux expériences, le second comportement est le moins engageant.

Si C1 et C2 sont consistants en double soumission induite :

Dans l'expérience de Joule (1991a), les participants étaient fumeurs. Les deux comportements demandés en soumission induite étaient tous deux contraires aux attitudes de chaque participant. C1 privait de tabac durant dix-huit heures chaque fumeur. Pour C2, il était demandé à chacun d'eux de rédiger un écrit démontrant la toxicité du tabac. Il est alors important de savoir si les attitudes d'un des deux comportements sont plus fortes que celles de l'autre. En considérant ces dernières comme cognition génératrice car plus résistante au changement, le taux de dissonance sera établi. De même, les facteurs d'engagement sont à prendre en compte. En effet, ne pas fumer durant dix-huit heures lorsqu'on est fumeur

demande des efforts conséquents. Nous mentionnons ici le « facteur d'importance de l'acte » de la théorie de l'engagement » de Kiesler (1971). Si nous mobilisons le « caractère public de l'acte », le fait d'élaborer un texte au laboratoire est moins remarquable que de ne pas fumer quand vos proches connaissent vos habitudes. De même, le « degré de volition » est évalué : il est nécessaire d'être fortement déterminé pour ne pas fumer. Enfin, si nous apprécions le facteur « répétition », chaque fumeur participant se prive d'allumer une cigarette à chaque fois qu'il en ressent l'envie durant dix-huit heures. A contrario, il ne rédigera qu'une fois le texte demandé. Ainsi, si nous considérons deux comportements contre-attitudinaux dans un contexte de double soumission induite, le taux de dissonance est à établir en fonction du comportement où le participant est le plus engagé.

Après l'expérience réalisée, il est à noter que les participants ayant réalisé les deux comportements contre-motivationnels changent moins d'attitude que ceux en ayant réalisé un. Cela signifie que ceux ayant effectué les deux comportements estiment leur privation de tabac moins difficile que ceux n'ayant que simplement arrêté de fumer durant la période demandée. Au bloc opératoire, un infirmier peut être amené à commettre deux violations. Par exemple, il peut ne pas accueillir le patient de manière personnalisée (C1). Dans un second temps, il peut être amené à expliquer à un étudiant infirmier les bénéfices d'un accueil individualisé en regard de la gestion du risque d'anxiété et du risque anesthésique (C2). Le changement moindre d'attitude est dû au fait que le second comportement, cohérent avec le premier, procure une cognition consistante supplémentaire. De ce fait, le taux de dissonance est diminué. Enfin, dans ce contexte de soumission induite, « seules les inconsistances impliquant la cognition génératrice doivent être réduites » (Martinie, Girandola, Fointat, Lefeuve, Halimi-Falkowicz, Joule, 2013, p. 126).

Si C1 et C2 sont inconsistants en double soumission induite :

Lors de la deuxième expérience que réalise Joule en 1991 (1991a), sont demandés deux comportements divergents donc non consistants. Comme pour la première expérience, le premier comportement (C1) oblige les participants fumeurs à se priver durant dix-huit heures de tabac. Cependant, le second comportement réside à écrire un texte minorant les dangers du tabac. Comme précédemment, le premier comportement est fortement engageant. De plus, le second comportement ne va pas à l'encontre du premier. Il est donc pro attitudinal puisqu'il est en accord avec la cognition du premier comportement « j'aime fumer ». Au stade post-

expérimental, les participants expriment aussi une difficulté inhérente à la privation de consommation de tabac. Il est démontré au terme de cette expérience que les participants effectuant les deux comportements inconsistants exposent plus de changements d'attitude que ceux ayant été privés seulement de tabac. Ils endurent alors plus de dissonance. Le taux de dissonance est fondé sur le premier comportement problématique : la privation de tabac. Le second comportement génère une cognition inconsistante complémentaire et de ce fait le taux global de dissonance est majoré.

En regard de ces deux expériences où le second comportement est moins engageant que le premier, les résultats vont à l'encontre de l'intuition et des prédictions (Martinie, Girandola, Fointat, Lefeuvre, Halimi-Falkowicz, Joule, 2013, p. 124). En effet, lors de la première expérience, on aurait pu attendre un taux de dissonance global plus fort. Cependant, les participants changeaient moins d'attitude puisqu'ils ressentaient moins d'inconfort. Dans la deuxième, il était attendu un taux de dissonance moins élevé et par conséquent moins de changement d'attitude. Pourtant, ce qu'il a été constaté : un taux de dissonance augmenté.

Si le second comportement est plus engageant que le premier ?

Lorsque les deux comportements sont inconsistants.

Dans leur expérience, Azdia et Joule (2001) font effectuer aux participants un premier comportement contre attitudinal dans un contexte fortement engageant : la rédaction d'un essai favorable à la sélection des étudiants à suivre un cycle universitaire. Le second comportement pro attitudinal consiste à tenir une plaidoirie orale soit dans un contexte fortement engageant ou bien dans un contexte faiblement engageant. Les résultats sont les suivants : lorsque le second comportement se réalise dans un contexte fortement engageant alors, les participants ressentent une dissonance moindre, puisqu'il réduit l'inconfort provoqué par le premier. Mais, lorsque le second comportement est demandé dans un contexte moins engageant, il génère une augmentation de dissonance provoquée par le premier. Finalement, il amène une cognition inconsistante en regard de la cognition génératrice qu'induit le premier comportement. Ainsi, lorsque un infirmier tolère qu'un personnel aide-soignant effectue des soins infirmiers en salle d'intervention (comportement

contre attitudinal) donc devant les chirurgiens et les anesthésistes, il ressentira plus de dissonance si le second comportement qu'il effectue est la préparation des dispositifs médicaux stériles dans un arsenal (hors salle d'intervention) en considérant les risques per opératoires. C2 (comportement pro attitudinal) s'effectue hors présence des médecins donc est moins engageant.

Lorsque les deux comportements sont fortement engageants.

De plus, Joule et Azdia (2004) ont mis en évidence que lorsque les deux comportements (C1 et C2) sont fortement engageants, alors, dans ce cas-là, chacune des cognitions se rapportant à chaque comportement sont des cognitions génératrices, « on est donc théoriquement fondé à attendre plus de dissonance – et donc plus de changement d'attitude – lorsque les deux comportements sont l'un et l'autre fortement engageants (Joule et Azdia, 2004, p. 10). Ainsi, la dissonance provoquée par l'une majeure celle engendrée par l'autre. Tout se déroule comme si le participant était placé dans deux situations de soumission induite. Les changements d'attitudes sont alors plus conséquents. De la sorte, afin de distinguer si les deux comportements sont d'importance égale, donc si leurs cognitions se comportent comme deux cognitions génératrices, ou si l'un de ces deux comportements mobilise une cognition plus résistante que celle de l'autre comportement étant alors la seule cognition génératrice, il convient de se référer à la théorie de l'engagement et à ses facteurs (libre choix, caractère public de l'acte, récompense ...). Nous pouvons illustrer ces conditions par le fait qu'un même infirmier dans le rôle de circulant ne comptera pas les textiles en per opératoire (C1), puis dans un second temps qu'il ne vérifie pas la stérilité des dispositifs médicaux avant leur présentation et utilisation par l'infirmier instrumentiste.

Nous reprendrons dans le tableau suivant les effets de ce paradigme de double soumission forcée.

De la sorte, dans un contexte d'engagement externe, comme décrit précédemment, l'infirmier commettant une deuxième violation pourrait ressentir une dissonance dont le taux augmenterait puisque le deuxième non-respect se comporterait comme une deuxième cognition génératrice. Nous situerons dans le tableau suivant l'acte problématique : la violation.

		Nature du second comportement (C2)	
		Comportement contre-attitudinal Violation (consistant)	Comportement pro-attitudinal Bonnes pratiques (inconsistant)
Contexte de réalisation du second comportement	Non engageant	Moindre changement d'attitude (cognition consistante)	Davantage de changement d'attitude (cognition inconsistante)
	Fortement engageant	Davantage de changement d'attitude (seconde cognition génératrice, cumul des effets de dissonance)	Moindre changement d'attitude (désengagement du participant)

Tableau 1: effets de double soumission à la suite de la réalisation d'un premier comportement problématique. (Vaidis, 2011, p. 113)

Retenons alors l'importance de la variable d'engagement. Ainsi, « la réalisation d'un comportement pro attitudinal faiblement engageant, juste après celle d'un comportement contre attitudinal fortement engageant, tend à augmenter la dissonance globale alors que la réalisation d'un comportement pro attitudinal fortement engageant la réduit » (Adzia et Joule, 2001, p.50). Un infirmier respectant de bonnes pratiques juste après la réalisation d'un comportement problématique tel qu'une violation induira alors une augmentation ou diminution de sa dissonance en regard de l'importance des facteurs d'engagement. Cependant, lorsque le comportement pro attitudinal peu engageant est réalisé avant le comportement contre attitudinal, il ne modifie pas la dissonance, « tout se passe ici, comme si la réalisation d'un comportement faiblement engageant avant que le sujet ne soit en état de dissonance-et donc avant qu'il ne soit dans une dynamique de réduction de dissonance - n'était pas à prendre en compte dans le calcul de la dissonance globale » (Adzia et Joule, 2001, p. 49). La réalisation d'un bonne pratique en présence de l'opérateur médical, donc la réalisation d'un comportement pro attitudinal fortement engageant avait pour fonction de rendre l'attitude initiale plus résistante au changement, lorsqu'il est réalisé en premier

(expérimentation 2), et de désengager le sujet (via la réversibilité de l'acte) lorsqu'il est réalisé en second (expérimentation 1) (*Ibid.*, p. 49).

Double contrat ou contrat global en double soumission induite

Nous avons vu précédemment que l'importance du niveau d'engagement de deux comportements problématiques dans un contexte de liberté influe sur la dissonance cognitive. Il est aussi important de tenir compte de la nature du second comportement. Cependant, dans les recherches exposées antérieurement, les deux comportements sont demandés de façon distincte. Il est d'abord demandé au participant d'effectuer C1, puis, une fois que celui-ci est terminé, une seconde requête est formulée pour obtenir de la part de la personne C2. De cette manière, le participant doit décider une première fois à un instant T1 d'effectuer C1 puis une seconde fois à un instant T2 de réaliser C2. C'est ce que Lefeuvre et Joule nomment le « double contrat » (2002). De la sorte ces chercheurs soutiennent que pour chaque participant, chaque comportement détient une cognition lui étant particulière. La personne possède donc une cognition en lien avec son attitude première, puis un autre représentant C1 et une troisième figurant C2. Si l'expérimentateur n'énonce qu'une seule demande pour obtenir les deux comportements c'est-à-dire qu'il expose un « contrat global », le participant ne décidera qu'une seule fois pour toutes, c'est-à-dire, réaliser les deux comportements ou ne pas les réaliser. Donc, une seule décision est prise pour deux comportements contrairement aux expériences exposées préalablement, ainsi il n'existe qu'une seule cognition les contenant. Par conséquent, la personne détiendrait une cognition symbolisant son attitude initiale et une cognition rassemblant les deux comportements C1 et C2. Ainsi, le participant mobiliserait donc moins de cognitions (deux en contrat global au lieu de trois en double contrat) ce qui aurait un retentissement sur son éventuel changement d'attitude. (Lefeuvre et Joule, 2002).

Si l'un des comportements est plus engageant que l'autre

De leur recherche de 2003, Lefeuvre et Joule font effectuer aux participants deux comportements soit dans les conditions d'un double contrat soit dans les conditions d'un contrat global. Un des comportements est plus engageant que l'autre. Le premier comportement consiste par écrit à exposer ses arguments favorables à la sélection à l'entrée

en université. Le second est de relater oralement ses raisonnements pour ou contre cette sélection. Il est alors effectué un enregistrement. En post expérimental, les participants sous contrat global changent plus d'attitudes que ceux ayant réalisé les deux mêmes comportements sous double contrat. L'explication est la suivante : sous contrat global, les deux comportements relatant que d'une seule décision, ne sont reliés qu'à une seule cognition les représentant. Dans l'univers cognitif du participant, tout se déroule comme s'il n'existait qu'un seul comportement puisqu'une seule décision. Les participants changent d'attitude comme s'ils commettaient qu'un seul acte problématique. Pour ceux sous double contrat, deux cognitions différentes sont en lien avec les deux comportements découlant de deux décisions différentes. Comme nous l'avons vu auparavant le comportement le plus engageant génère la cognition génératrice de dissonance. Le comportement le moins engageant est consistant avec cette dernière. Ainsi, le fait d'effectuer ce second comportement minore la dissonance générée par la cognition génératrice. Par conséquent, le participant sous contrat global change moins d'attitude que celui sous double contrat (Joule, Lefeuvre, 2003).

Si le second comportement est pro attitudinal

En 2003, Lefeuvre et Joule démontrent que les participants sous un contrat global ne changent pas d'attitude à l'inverse de ceux réalisant l'expérience sous double contrat. Quand les participants sous contrat global apprennent qu'ils vont devoir réaliser un comportement pro attitudinal, ils ne changent pas d'attitude. Au contraire, ils majorent l'importance de C2 (comportement pro attitudinal) et minimisent C1 (comportement contre attitudinal). Il y a un effet de désengagement.

Si les deux comportements problématiques sont aussi engageants l'un que l'autre

En 2004, Lefeuvre démontre que quand les deux comportements sont l'un et l'autre aussi engageants, alors les résultats se permutent. En double contrat chaque comportement apporte une cognition génératrice. Lorsque le second comportement est effectué, la dissonance au final se voit majorée car à celle engendrée par C1 vient s'associer celle générée par C2. Cela implique donc un changement d'attitude plus important. Rappelons qu'en double

contrat, même si le participant réalise deux actes problématiques tout se déroule dans son univers cognitif comme s'il n'en commettait qu'un.

En conclusion, en regard de ces recherches, le changement d'attitude résulte de la nature du contrat énoncé par l'expérimentateur et du contexte plus ou moins engageant des comportements demandés au participant. Les mêmes comportements sont obtenus en situation de double soumission, mais, seul change l'énoncé de la consigne, « c'est dire l'importance du type de contrat qui lie le sujet à l'expérimentateur » (Lefeuvre et Joule, 2002, p. 55). Qu'en est-il au bloc opératoire ? L'infirmier serait contraint en situation de soumission induite car il se trouve dans un contexte de liberté et engageant. La nature des comportements qu'il réalise est pro attitudinale et dans certains cas contre attitudinale lorsqu'il commet des soins directs ou indirects perfectibles. Quoiqu'il en soit, il ne réalise pas systématiquement et fort heureusement de façon continue des actions de soins répréhensibles et potentiellement dommageables pour le patient. Il se situe ainsi soit en situation de soumission induite, soit en double soumission induite sous double contrat ou sous contrat global.

Le processus post comportemental : le processus de rationalisation.

La rationalisation cognitive ne semble pas être le seul mode de rationalisation (version radicale de la dissonance). Ce mode de rationalisation se fondant sur de nombreuses recherches est le plus étudié. Après avoir commis l'acte problématique, il consiste à un rééquilibrage des idées par rapport aux actes. Ainsi, la personne effectue un changement d'attitude en faveur du comportement problématique. Mais, qu'en est-il de la rationalisation en acte ? La voie comportementale conduit la personne à réaliser un autre comportement plus problématique que le premier. Si après le premier comportement la personne ne réduit pas son inconfort par la voie cognitive, alors la rationalisation en acte a de forte chance d'être choisie.

Rationalisation en acte

C'est en 1986 que Joule étudie ce mode de rationalisation. Lors de sa recherche princeps, Joule élabore trois groupes de fumeurs à qui il va demander d'arrêter de fumer à deux reprises sur des durées conséquentes. Le premier groupe savait avant de venir effectuer l'expérience au laboratoire qu'il devrait arrêter de fumer durant dix-huit heures : premier comportement contre-motivationnel. La seconde demande faite à ce groupe est de ne pas consommer de tabac trois jours durant. Dans la deuxième condition d'expérience, tous les participants apprenaient qu'ils devraient ne pas fumer durant dix-huit heures. Puis, dans un second temps, de suite après avoir donné leur accord à effectuer la première demande, l'expérimentateur les sollicitait pour ne pas fumer durant trois jours. Le troisième groupe ne connaissait qu'après avoir effectué le premier comportement qu'il devrait se priver de tabac pendant trois jours. Ce que constata Joule : les participants du deuxième groupe concédèrent à se priver de tabac plus facilement que ceux des deux autres groupes. Ces derniers (groupe 1 et groupe 3) eurent le temps de rationaliser leur premier comportement (privation durant dix-huit heures de tabac). Les participants du groupe 2 étaient placés le dos au mur. Il ne leur était pas donné le temps de la réflexion. Pour eux, consentir à la privation de trois jours permettait de tolérer mieux la tension générée par celle de quelques heures. Ils rationalisaient donc en acte avec la réalisation d'un comportement plus coûteux.

Beauvois Joule et Brumetti (1994) réalisent l'expérience suivante : un premier groupe de participants fumeurs devait exposer les justifications qui les avaient conduits à arrêter de fumer pendant dix-huit heures. Ce comportement est donc le comportement générateur de dissonance puisqu'il est lié à la cognition génératrice. Le second groupe quant à lui n'a pas eu cette consigne, il lui a été demandé de suite après la réalisation du premier comportement de se priver de tabac durant six jours. Le résultat de la recherche est le suivant : 26.1% des participants du premier groupe se sont privés de tabac pendant six jours, alors que 82.6% du deuxième n'ont pas fumé pendant six jours. En définitive, les participants du premier groupe se sont justifiés de leur comportement problématique, ils n'ont donc pas rationalisé en acte puisqu'ils ont rationalisé de façon cognitive en faisant évoluer leur attitude face à la privation de dix-huit heures. Cependant, les autres n'ont pas pu rationaliser en changeant leur attitude, ils ont donc rationalisé en acte. (Martinie, Girandola, Fointat, Lefeuvre, Halimi-Falkowicz, Joule, 2013, p.135).

Coût cognitif : voie cognitive, voie comportementale et trivialisation

Martinie et Larigauderie ont étudié le coût cognitif de la réduction de dissonance en considérant le changement d'attitude et la trivialisation dans un contexte de soumission forcée (2007). Les participants devaient élaborer dans un contexte de liberté un écrit contre attitudinal. Par la suite, un groupe devait « se positionner sur la mesure d'attitude, l'autre moitié sur la mesure de trivialisation. Les participants réalisaient leur positionnement sans tâche ajoutée, ou avec une tâche ajoutée peu coûteuse en ressources cognitives, ou avec une tâche ajoutée demandant davantage de ressources » (Martinie et Larigauderie, 2007, p. 5). Ces auteures citent Hardyck et Kardush (1968) qui déclinaient des degrés croissants des coûts cognitifs dans le processus de réduction de la dissonance. Trois classes sont décrites de la plus à la moins coûteuse : « arrêter de penser », changer un des éléments pris dans la relation de dissonance » et la restructuration ». La trivialisation correspond à la catégorie « arrêter de penser ». La personne, inconsciemment, tente de minorer « l'importance de la relation de dissonance » en oubliant sa dissonance. Par exemple, un infirmier pourrait minimiser un risque encouru par la personne prise en charge au bloc opératoire : « ce n'est pas grave, ce n'est pas la première fois, et ça ne sera pas la dernière ». La deuxième catégorie dans le contexte de la soumission induite correspondrait au « changement d'attitude ou au changement comportemental » qui s'avère plus coûteux (Martinie et Larigauderie, 2007, p. 9). La conclusion de leur étude considère que la trivialisation n'est pas empêchée par la réalisation d'une tâche secondaire peu coûteuse cognitivement. Cependant lorsque « cette tâche ajoutée implique davantage de ressources cognitives, la réduction de la dissonance via le changement d'attitude est inopérante. Néanmoins, les ressources disponibles s'avèrent suffisantes pour que la dissonance soit réduite via la trivialisation ». Les résultats de cette étude montrent que : 1/ le changement d'attitude et la trivialisation impliquent des processus coûteux et 2/ le changement d'attitude est davantage contrôlé et donc demande plus de ressources cognitives que la trivialisation » (Martinie et Larigauderie, 2007, p. 25). Ainsi, au sein d'un bloc opératoire, un infirmier ayant réalisé une violation et effectuant par la suite un acte de soins complexes lui demandant de mobiliser ses savoirs et savoir-faire tout en étant très attentif (double tâche), devrait banaliser son comportement problématique afin de réduire sa dissonance.

En conclusion, si la rationalisation cognitive est inopérante car impossible, alors le professionnel pourra rationaliser en acte (Joule, 1991*b*). Cependant, si le changement

d'attitude très coûteux en ressources cognitives est impossible, alors ce même soignant mobilisera la trivialisation.

LA TOLÉRANCE DE LA DISSONANCE ET SON SEUIL.

Si tolérer la dissonance cognitive était une solution pour remédier à un inconfort psychologique ? Festinger (1957) et d'autres auteurs (Kiesler, 1971 ; Pallak et Pittman, 1972) quelques décennies après lui vont observer que certaines personnes peuvent tolérer la dissonance. En 1974, Wyer pense que « chaque personne disposerait d'un seuil de tolérance à la dissonance (dissonance threshold) » (Vaidis, 2011, p. 145). Chacune supporterait une certaine quantité de dissonance. Tout en acceptant le taux de dissonance établi par Festinger et Carlsmith (1959), il conçoit le concept de seuil de tolérance : « les personnes auraient un niveau de tolérance et réduirait la dissonance jusqu'à ce seuil tolérable » (*Ibid.*, p. 145). Cependant, cette limite serait propre à chacun.

Comment cette théorie de la dissonance cognitive née en 1957 ayant tant de reformulations techniques ou fonctionnelles, peut-elle expliciter notre objet d'étude ? Dans notre première partie, nous remarquons l'existence d'un écart entre les pratiques préconisées, enseignées et validées et les faits que certains des infirmiers spécialisés en bloc opératoire ne respectent pas ces recommandations. De plus, depuis les années 90, ayant comme finalités de réduire les dépenses de santé, les politiques en santé demandent une grande rigueur pour rationaliser les soins. La tarification à l'activité (T2A), la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires ont comme fer de lance la maîtrise des coûts pour une meilleure qualité des soins. Cette « industrialisation des soins » (Gentil, 2013) paraît incontournable. Ainsi, la gestion des établissements de santé est fortement impactée et maints documents et outils de gestion voient le jour. Certains évoquent un risque de « gestionite » dans ces établissements (Detchessarhar et Grevin, 2009). Les soins paraissent réduits à des procédures. Ainsi, pour Gentil, nous serions face à une contradiction : « d'une part, afin de faire face aux contraintes de coût, de délais et de qualité qui pèsent simultanément sur les établissements hospitaliers, de nombreux outils de gestion incitant à la normalisation des pratiques et à la planification du flux ont été déployés en interne. Mais, d'autre part, les procédures développées pour cette standardisation ne permettent pas de réagir à l'évènement de l'activité hospitalière » (Gentil, 2009, p. 35-36).

Cet auteur se questionne ainsi « comment et par le biais de quels acteurs est-il géré, au quotidien, dans les établissements de santé ? » Quels arrangements informels face à ces tourments gestionnaires ?

Ainsi, différents mondes, celui du « prendre soin » et celui du « faire du soin » coexistent mais ceux-ci semblent dichotomiques et ne promeuvent pas les mêmes valeurs de façon similaire. Si le cas était, elles sont soit des valeurs utilitaristes au service d'une « gestionite », soit des valeurs déontologiques. En effet, la déontologie des professionnels infirmiers stipule que tout doit être mis en œuvre pour garantir la sécurité des soins prodigués à la personne soignée. De même, certains professionnels peuvent promouvoir une culture du don, des principes professionnels allant à l'encontre de leur agissement lors d'une violation. Encore, la définition de la qualité qui semblerait une intersection entre ces mondes, ne paraît pas similaire au sein des différents univers. De plus, la recherche de l'efficacité engendrerait une prise de risques en défaveur de la personne soignée jugée majorée par l'infirmier. Ainsi, nous constatons qu'il peut apparaître certaines tensions chez un même soignant car les valeurs soignantes du « prendre soin » qu'il peut prôner seront malmenées par ses actes et comportements dont lui seul est acteur pour répondre aux valeurs du « faire du soin ». Encore, en parallèle de ces valeurs existent des savoirs, des connaissances professionnelles, des savoir-faire, des compétences évaluées et validées lors de formations reconnues par des diplômes et des procédures qualité. Les non-respects volontaires des procédures sécuritaires dans un contexte de soumission induite vont à l'inverse et ne sont pas congruents avec ces savoirs validés et formalisés. Comment ces soignants, positionnés comme autonomes et libres face à leurs gestes, peuvent-ils et mettent-ils à mal leurs savoirs, leurs croyances, leurs valeurs ? Ne naît-il pas un inconfort psychologique quand ces infirmiers commettent des actions non recommandées par les savoirs infirmiers afin de répondre à des pressions organisationnelles et temporelles ? Nous différencions pareillement une intersection où différentes composantes cognitives sont encore en discordance. Nous citons ici toutes les recommandations émanant du cadre législatif. La check-list « sécurité patient au bloc opératoire » initiée par l'HAS oblige à des actions de vérification. Ne pas respecter librement ces préconisations, mettant ainsi à mal leurs responsabilités, n'est pas en corrélation avec la sécurité des patients, avec les devoirs de ces paramédicaux et avec leur vision de la qualité des soins. En soumission forcée, les situations sont variées mais ici, nous sommes face à une situation de prestation de service contre attitudinal. Ces agents en position d'autonomie en soumission forcée pourraient être « des adultes ayant acquis des valeurs morales universelles.

Là, le libéralisme de l'agent exerçant la pression, ne donne plus un accès intime à des valeurs universelles : il vient appuyer la rationalisation d'utilités très contingentes » (Beauvois, Bungert, Rainis, Tornior, 1993. 154-155)

Percevons-nous chez les infirmiers de bloc opératoire un état, un inconfort psychologique décrit par Festinger dans la théorie de la dissonance cognitive ? Alors si ce malaise existe, ces professionnels tentent-ils de réduire leur dissonance ? Quelle serait la cognition génératrice ? Ces personnes sont-elles engagées au regard de leur acte, de leur comportement en action de soin ? Quels modes de réduction mettent-ils en place ? Ces infirmiers ressentent-ils une dissonance ? Ces soignants arrivent-ils à une consonance avérée en regard de certaines violations ? Quelles stratégies mettent-ils alors en œuvre ? Dans quelles dimensions intercèdent les membres de l'équipe soignante pluri professionnelle, la hiérarchie, les experts, dans la naissance de cet inconfort pour sa réduction ?

7- FORMULATION DES HYPOTHÈSES

Notre recherche évolue au regard d'un schéma hypothético déductif. Commenant par une question de départ, nous avons fait le choix d'une problématique progressant au regard de la psychologie sociale. Notre modèle théorique se fonde sur la théorie de la dissonance cognitive. Ainsi, nous formulerons des hypothèses qui seront par la suite confrontées au terrain. Cela nous permettra alors de les confirmer ou non. Ces affirmations provisoires que sont les hypothèses émergent suite à notre question de départ qui résidait à appréhender ce qui conduisait des infirmiers spécialisés à ne pas respecter volontairement et de manière consciente des procédures sécuritaires. Nous nous sommes intéressés par la suite à ce que pourrait provoquer chez le soignants ces déviations puisque certains perdent le sens de leur travail et par là-même pourraient ressentir une certaine souffrance en répondant aux demandes implicites d'un monde où efficacité, efficience sont primordiales. Certains pourraient alors ressentir une forte menace pour leur soi puisque engagés par leur comportement.

En aucun cas, nous ne voulons expliquer les conséquences dommageables pour les personnes prises en charge dans les blocs opératoires, des violations, des non-respects éventuels. Encore, s'il est nécessaire d'en avoir fortement conscience, nous nous attacherons à ce qu'induisent psychologiquement ces mêmes violations chez le professionnel spécialisé en bloc opératoire. Ces violations sont *routinières* et donc tolérées par la hiérarchie dans le cadre

d'un travail réel. Elles se situent dans une zone de fonctionnement tolérée par le système. Rappelons que la zone la plus sûre est la zone où les règles et les protocoles sont respectés. En vis-à-vis des contraintes de diverses formes comme les progrès technologiques, les pressions de l'organisation pour une meilleure rentabilité, ces zones vont évoluer vers une zone plus risquée, une « zone accidentogène » car y croîtront des « violations pour le plaisir » *ou* « par nécessité ». Plus nous évoluons vers des zones où les risques sont majorés, plus la rentabilité semble priorisée selon le schéma « glissement des règles et des violations » d'Amalberti. Encore, les violations possèdent différents degrés : nous les qualifierons de violations mineures ou majeures. Il semblerait que l'infirmier en bloc opératoire les effectue afin de répondre à une certaine gestion du paradoxe découlant des deux mondes évoluant en parallèle et simultanément.

Ainsi, nous pouvons formuler les hypothèses suivantes :

1. Les violations routinières (mineures) ou majeures ne provoquent pas chez les infirmiers spécialisés des tensions inconfortables psychologiquement si ces derniers font leurs les valeurs de performance et d'efficience du « faire du soin ».
2. Après avoir effectué des violations mineures et par nécessité (majeures) les infirmiers spécialisés ressentent un inconfort psychologique lorsqu'ils répondent aux valeurs du « prendre soin ».
3. Les IBODE les moins expérimentés mobilisent la trivialisatation comme mode de réduction pour réduire leur inconfort psychologique.
4. Les IBODE expérimentées mobilisent le changement d'attitude afin de réduire leur inconfort psychologique.

IV : LE CADRE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

1- QUELLE POSTURE POUR RECUEILLIR DES DONNÉES PERTINENTES EN LIEN AVEC LA RECHERCHE ?

La prochaine étape de notre démarche de recherche est celle du recueil de données. Ainsi, nous rapprocherons et confronterons nos hypothèses à un modèle d'analyse émergeant des données observables du terrain. La réalité de ce même « terrain » se mesurera à la construction abstraite des hypothèses qui permettent quelques clefs de compréhension d'un réel. Notre démarche de recherche en sciences sociales se voudra alors de renseigner les trois interrogations suivantes : « Observer quoi ? (dans notre cas, quelles données recueillir), Sur qui ? Comment ? » (Quivy, Campenhoudt, 1995, p. 155).

Cependant, nous devons questionner notre posture car elle se situe entre un statut de Cadre Supérieur formateur en Ecole d'Infirmiers de Bloc Opératoire et une position de chercheur lors de notre enquête.

Comment observer et recueillir des données ? Répondre à cette question, nous incite à extraire les données pertinentes afin d'éprouver nos hypothèses. Mais quelles données, comment les réunir ? Un écueil supplémentaire transparait alors, celui de vouloir trop bien faire, c'est-à-dire vouloir être le plus exhaustif possible au risque de s'y perdre. Comment mettre alors en évidence des données pertinentes au regard d'un cadre d'analyse à venir ? Cette partie empirique « n'apporte souvent des éléments fiables de contrôle des hypothèses de caractère général que si lui-même se présente au contraire comme un examen précis et approfondi de situations singulières » (Quivy, Campenhoudt, 1995, p. 159). De la sorte, identifier des données pertinentes issues de ces situations nous permettra la vérification de nos hypothèses en nous reposant sur un modèle d'analyse. De plus, certains indicateurs émanant de nos recueils de données faciliteront cette étape.

En sciences humaines, « c'est l'homme qui constitue l'objet de la réflexion que produit l'homme, quelles que soient les thèses par ailleurs défendues » (Quentel, 2007, p. 6). Lors de notre travail, nous étudierons donc des femmes et des hommes en situations professionnelles et nous étudierons un aspect du problème. De même, « quoi qu'il en soit, tout homme peut prétendre, non seulement se connaître lui-même. » (*Ibidem*). Il nous faut donc

effectuer « une prise de distance par rapport aux fameuses données immédiates de la conscience chères au philosophe Bergson : ce qui se donne à l'homme sous le sceau de l'évidence répond toujours à une construction qui s'opère en lui à son insu » (Quentel, 2007, p.8). Quentel conseille donc la complémentarité de deux méthodes afin de considérer « l'humain comme objet de recherche ». Ainsi, les biais de sa présence participeront à l'investigation de l'objet de recherche. (Quentel, 2007, p.16).

Etre familier du terrain des enquêtés de par notre expérience professionnelle nous permet de maîtriser le langage et les pratiques professionnels. Cela facilite la mise en lumière de ce qui peut paraître sous-entendu et inexprimé. De même, pour Beaud et Weber, le terrain doit être abordable pour le chercheur mais il ne doit pas lui être trop coutumier. Cette promiscuité est néfaste à la prise de distance nécessaire à l'abandon de nos pré-notions. Ainsi, un objectif de notre enquête est de « dénaturiser le monde social » (Beaud, Weber, 2010, p.33). Ce travail reste impossible sans mise à distance afin de permettre le « dépaysement ». Ce dernier doit être considéré comme un double phénomène car il permet de rendre étranger ce qui est familier et de permettre une familiarité à ce qui est étranger. Laplantine décrit ce « dépaysement » comme un rapport d'étonnement face à lui-même et grâce à la confrontation à d'autres cultures (Laplantine, 1996, p. 21).

Faire preuve de scientificité est notre dessein. Mais comment y tendre en situation d'entretiens de par notre statut ? Comment ne pas être source de distorsions ? En effet, « l'instrument scientifique, au sens où il serait exempt de toute distorsion, apparaît aujourd'hui pour plusieurs à la fois réducteur, utopique et peu souhaitable ». Réducteur car la scientificité des recherches équivaudrait aux seuls instruments utilisés. Utopique, car « le jeu des interactions sociales et des rapports sociaux impliqués dans la production même des discours recueillis par entretiens » est incontournable. Et, « peu souhaitable, finalement, dans la mesure où, par exemple, la subjectivité de l'interviewé est peut-être moins un obstacle à vaincre qu'une ressource à utiliser dans la production des connaissances. » (Poupart, 1993, p. 108). Ainsi, étudier l'inconfort psychologique des IBODE, les justifications des infirmiers quand ces derniers évoqueront les contournements éventuels de bonnes pratiques équivaut à mettre en exergue leur subjectivité.

En convoquant notre regard psychosocial et le schéma ternaire sujet - alter - objet défini par Moscovici (1970, 1984) et cité précédemment, la position du chercheur en situation

d'entretien se veut d'être interrogée. A partir de ce schéma, la relation d'Ego (ici l'interviewé) à l'Objet est biaisé par l'Alter qui peut être perçu comme un pair, un IBODE, donc un alter ego, ou au contraire comme différent c'est-à-dire comme un alter strict, ici, un cadre supérieur de santé (Hass, Masson, 2006, p.79). Nous comprenons aisément que cette posture d'Alter est essentielle. Moscovici précise qu'« on observe ces deux mécanismes psychosociaux fondamentaux, celui de la comparaison sociale et celui de la reconnaissance sociale (Moscovici et Paicheler, 1973) » et qu'ils « correspondent à deux manières de percevoir l'autre dans le champ social » (Moscovici, 1984, p.10).

2- LE TERRAIN DE RECHERCHE

Les IBODE en France

Pareillement, vouloir établir un échantillon représentatif de notre population d'infirmiers spécialisés en bloc opératoire ne sera pas notre dessein. Notre objet sera de respecter une démarche scientifique pour la vérification de nos hypothèses. Nous élaborerons par conséquent un échantillon diversifié. Ainsi, nous nous appuierons sur des composantes caractéristiques de la population IBODE. Par conséquent, répondre à la deuxième question antérieure « sur qui ? », évitera les redondances. Nous diversifierons donc les professionnels enquêtés. En France, les infirmiers de bloc opératoire sont au nombre de 7 225 en 2016. En métropole, il y a 638 248 Infirmiers Diplômés d'Etat toutes spécificités confondues¹. Ces professionnels exercent soit dans la fonction publique hospitalière soit dans des structures privées participant au service public ou non. 6736 IBODE exercent dans le secteur hospitalier, 350 IBODE exercent dans le secteur libéral ou mixte. Tous ces infirmiers spécialisés travaillent dans des blocs opératoires pluridisciplinaires ou non. Ces services assurent une activité programmée et/ou en urgence. Certains blocs opératoires sont ouverts vingt quatre heures sur vingt-quatre. Cette population est cependant faiblement masculinisée puisque seuls 931 hommes sont infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état en France soit 12.88%. Ces chiffres sont issus d'un document « La démographie des professions de santé » de la DRESS. Nous aurons donc plus d'entretiens avec des femmes qu'avec d'hommes travaillant dans le secteur public.

¹ Source DRESS mars 2015

La population IBODE de l'enquête par entretiens

Un échantillon de dix infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état (IBODE) a donc été constitué dans un objectif qualitatif. Aucun professionnel n'a été contacté par le biais de sa hiérarchie. Cependant, nous les avons contactés après accord de la direction des soins d'un centre hospitalier universitaire pour enquêter auprès des professionnels spécialisés en bloc opératoire et de deux centres hospitaliers.

Nous reprendrons les caractéristiques de cette population dans les tableaux suivants. A savoir :

- Les années de diplôme de la spécialité concernée ;
- Le genre ;
- L'âge ;
- L'établissement de soins ;
- La spécificité du bloc opératoire.

Nous avons exposé antérieurement que l'échantillon allant être étudié pour cette étude aurait des caractéristiques de la population observée. Nous souhaitons donc échanger avec des IBODE qui travailleront soit dans un Centre Hospitalier Universitaire, soit dans un Centre Hospitalier Périphérique. Ces établissements de santé ont des missions identiques : accueil en soins, formation, recherche et prévention. Nous tiendrons compte aussi de la notion de « genre » bien que cette population soit faiblement masculinisée comme nous l'avons dit. Les infirmiers interviewés sont soit des professionnels nouvellement diplômés dans leur spécialité (moins de cinq années de spécialité), soit expérimentés (plus de cinq années de spécialité). Nous nous permettrons de préciser que nos moyens, aussi bien techniques qu'humains, et les contraintes temporelles qui s'imposent à nous, nous permettent d'obtenir un échantillon hétérogène de la population étudiée. Nous élaborerons donc notre échantillon sur un principe d'hétérogénéité autant que faire se peut.

Les IBODE ayant moins de cinq années d'exercice professionnel :

Genre N° entretien	Age	Années de diplôme IBODE	Etablissement et N° du bloc opératoire	Spécificités du bloc
♀ E1	28 ans	3 ans	Groupe hospitalier universitaire BO1	<ul style="list-style-type: none"> - Bloc opératoire mono disciplinaire assurant les urgences 24 h/24. - Système d'astreintes à domicile. - Garde de week-end une fois tous les deux mois
♀ E2	43 ans	4 ans	Centre hospitalier universitaire BO2	<ul style="list-style-type: none"> - Bloc opératoire pluridisciplinaire. - Bloc fermé la nuit et le week-end.
♂ E3	30 ans	3 ans	Centre hospitalier universitaire BO3	Bloc opératoire mono disciplinaire assurant des interventions programmées (pas d'urgence). Bloc fermé la nuit les samedis/dimanches et jours fériés.
♀ E4	36 ans	5 ans	Centre hospitalier universitaire BO4	<ul style="list-style-type: none"> - Bloc opératoire mono disciplinaire assurant des interventions programmées et des d'urgences en fin de programme. - Bloc fermé la nuit. - Garde de weekend une fois tous les deux mois.
♀ E5	39 ans	5 ans	Centre hospitalier universitaire BO5	<ul style="list-style-type: none"> - Bloc opératoire des urgences (24 h/24). <p>Travaille un week-end sur deux.</p>

Tableau 2: IBODE en début de carrière

Les IBODE ayant une expérience professionnelle de plus de cinq ans :

Genre N° entretien	Age	Années de diplôme IBODE	Etablissement et N° du Bloc opérateur	Spécificités du bloc
♀ E6	40 ans	6 ans	Groupe hospitalier universitaire BO 6	<ul style="list-style-type: none"> - Bloc opératoire mono disciplinaire assurant les urgences 24 h/24. - Système d'astreintes à domicile la nuit. - Travaille un week-end sur huit
♂ E7	42 ans	8 ans	Centre hospitalier universitaire BO 4	<ul style="list-style-type: none"> - Bloc opératoire mono disciplinaire assurant des interventions programmées et des urgences en fin de programme. - Bloc fermé la nuit. - Garde de weekend 1 fois tous les deux mois.
♀ E8	44 ans	10 ans	Centre hospitalier universitaire BO 7	<ul style="list-style-type: none"> - Bloc opératoire mono disciplinaire assurant des interventions programmées et en urgence. - Bloc fermé la nuit - Garde de weekend 1 fois tous les deux mois.
♀ E9	46 ans	15 ans	Centre hospitalier Périphérique BO 8	<ul style="list-style-type: none"> - Bloc opératoire poly disciplinaire assurant des interventions programmées et les urgences en fin de programme. Bloc fermé la nuit mais disponible. Astreinte à domicile la nuit. - Travaille un weekend sur huit. - Travaille quatre jours de neuf heures par semaine
♀ E10	53 ans	19 ans	Centre hospitalier périphérique BO 8	

Tableau 3 : IBODE expérimentés

Les populations IBODE de l'enquête par questionnaires

Nous avons enquêté 125 IBODE dont 9.6% d'hommes.

GENRE M/F	Nb.cit.	Fréq.
Masculin	12	9,6%
Féminin	113	90,4%
TOTAL OBS.	125	100%

Tableau 4: Genre des IBODE questionnés

Les questionnaires ont été distribués sur leur lieu de travail. Ainsi, ils sont issus de deux centres hospitaliers universitaires des régions Nouvelles Aquitaine (24%) et Occitanie et de quatre centres hospitaliers du département de la Gironde puis un centre hospitalier de Lorraine. Notons que 22,4% des IBODE ont été questionnés lors d'un congrès national d'études et de perfectionnement d'IBODE en mai 2016 et 11.2% questionnés lors d'un congrès régional d'études et de perfectionnement d'Alsace (Haut-Rhin , Bas-Rhin, Territoire de Belfort et Haute-Saône).

Le tableau suivant présente l'origine des IBODE ayant répondu au questionnaire, leur établissement d'origine et la fréquence de leur répartition.

Etablissements	Nombre d'IBODE	Fréquence
CHU Nouvelle Aquitaine	30	24%
CHU Occitanie	3	2.4%
CH Gironde 1	4	3.2%
CH Gironde 2	12	9.6%
CH Gironde 3	8	6.4%
CH Gironde 4	3	2.4%
Congrès régional Alsace	14	11.2%
CH Lorraine	21	16.8%
Congrès national 2016	28	22.4%
Autres	2	1.6%
Totaux	125	100%

Tableau 5: Etablissement d'origine des IBODE questionnés

Le centre hospitalier universitaire de Nouvelle Aquitaine propose 2827 lits et 805 places (accueil pour moins de 24h) dont 30% en chirurgie. En 2016, 52 469 interventions chirurgicales y ont été pratiquées soit 218 interventions par jour ouvrable. Les IBODE questionnés représentent 24 % de l'échantillon « questionnaire ».

Le centre hospitalier universitaire d'Occitanie propose quant à lui 2456 lits et 530 places dont 22% en chirurgie. En 2015, 46 679 interventions chirurgicales ont été réalisées.

Le centre hospitalier Gironde 1 offre 588 lits dont 10.5% en chirurgie.

Le centre hospitalier Gironde 2 détient 1260 lits et places. Il a pratiqué, en 2015, 12922 interventions chirurgicales.

Le centre hospitalier Gironde 3 propose 1243 lits dont 10% en chirurgie. Nous n'avons pas de chiffres pour le nombre d'interventions comme pour le centre hospitalier Gironde 1

Le centre hospitalier Gironde 4 offre 250 lits et pratique 15 000 anesthésies générales au bloc opératoire par an.

L'âge moyen de la population questionnée est de 43 ans (42.98). l'IBODE le plus jeune a 26 ans et le plus âgé a 62 ans.

Age	Nombre d'IBODE	Fréquence.
Moins de 26	0	0,0%
De 26 à 30	7	5,6%
De 30 à 35	17	13,6%
De 35 à 40	17	13,6%
De 40 à 45	30	24,0%
De 45 à 50	23	18,4%
De 50 à 55	20	16,0%
De 55 à 60	9	7,2%
60 et plus	2	1,6%
TOTAL OBS.	125	100%

Minimum = 26, Maximum = 62 Moyenne = 42,98 Ecart-type = 8,36

Tableau 6: Age des IBODE questionnés

3- LES METHODOLOGIES DE RECUEIL DE DONNEES

Des méthodologies complémentaires

Que penser des différentes manières d'appréhender le réel ? Pouvons-nous opposer les méthodes qualitatives et quantitatives ? Y aurait-il dans cette éventuelle opposition un conflit épistémologique ? Force est de constater que la combinaison de ces deux méthodes en éducation est actée depuis les années 80 (Crahay, 2006, p. 34). La tradition positiviste infère une connaissance objective du monde physique et social. D'après De Landsherre (1982, p. 22) cité par Crahay (2006, p. 34), le positivisme a trois principes :

1. « L'unité de la science
2. La méthodologie de la recherche doit être celle des sciences exactes : mathématiques, physique
3. L'explication scientifique est de nature causale. »

Selon Dithley, les sciences de l'Homme accèdent à une compréhension et non à une explication des faits sociaux. De même, d'après Herman (1983), contrairement au positivisme, « étudier le social, c'est le comprendre ». Ainsi, pour Erikson (1986) cité par Crahay, le comprendre, c'est conférer un « intérêt pour la signification donnée par les acteurs aux actions dans lesquelles ils s'engagent. [...] le terme action comprend le comportement physique plus les significations que lui attribuent l'acteur et ceux qui sont en interaction avec lui » (Crahay, 2006, p.36). Dès lors, les personnes en interaction, traduisent les agissements d'autrui en fonction des valeurs qu'ils y apportent. Ainsi, les infirmiers peuvent, lors de notre enquête, faire part de la valeur qu'ils attribuent à leurs actes ainsi qu'à ceux de leurs pairs. Ils mobiliseront les cognitions qui fondent leurs agissements ou celles qui les justifient.

Pour le même auteur, il n'y a pas d'opposition entre les deux approches méthodologiques. La quantification est fréquente pour le fondement scientifique de l'analyse qualitative pour permettre de rassembler les données en indicateurs mathématiques et les présenter. Il nous faut alors identifier des indicateurs des violations de différents types en bloc opératoire pour les exposer. Les méthodes quantitatives permettent la construction de connaissances. De ce fait, le réel est codé et quantifié. L'unité d'encodage est un construit scindant la réalité en tenant compte des modèles l'interprétant.

En conséquence, comprendre le réel humain par nature complexe nécessite des méthodes plurielles. Les faits sociaux « doivent être mis en lumière dans leur importance quantitative car, s'ils sont fréquents, ils composent irrémédiablement le substrat événementiel auquel l'individu est confronté » (Crahay, 2006, p. 49). Mais, il faut compléter ces données en saisissant le sens apporté à ces comportements par les personnes.

Notre dessein est le suivant : comment recueillir des données objectivables ? Voici le point auquel nous nous efforçons de répondre pour confronter au réel nos hypothèses. De la sorte, quelles méthodes de recueil d'informations privilégier pour mettre au jour un inconfort psychologique éventuel chez les infirmiers ? Comment mettre en évidence les actions et comportements des IBODE face aux bonnes pratiques, face aux procédures sécuritaires ? Comment recueillir des données pour mettre au jour des déviations possibles ? Comment amener les infirmiers spécialisés à s'exprimer sur leurs perceptions, sur leur affect dans leurs situations de travail ? Comment faciliter leur expression pour mettre en exergue leur dissonance si malaise il y a ? Certes, il faudra favoriser leurs dires. Mais quelles stratégies mettre en place pour accompagner ces professionnels à formuler leurs modes de réduction ?

La méthode par questionnaire peut favoriser l'objectivation de certains non-respects de procédures ou bonnes pratiques, de certaines difficultés, de certains ressentis, de valeurs, d'une subjectivité certaine en les quantifiant. Ainsi, il facilite la mesure des différentes violations routinières, par nécessité ou par commodité. Il nous aide aussi à préciser certains affects qu'éprouvent les IBODE questionnés quand ils relatent les non respects de bonnes pratiques.

La méthode qualitative peut permettre de comprendre les modes de réduction notamment le changement d'attitude généré par l'état motivationnel induit par la dissonance. Elle peut aussi favoriser l'expression de violations de quelques types soient-elles. Ainsi, nous pourrions mettre en évidence la nature des violations versus état de dissonance et modes de réduction éventuels. Elle peut compléter de même notre recueil de données quant aux valeurs et qualités professionnelles exprimées par les IBODE.

La technique de l'entretien quant à elle, est bien antérieure à celle reconnue en sciences sociales. Il y a des siècles son usage diplomatique renvoyait au dialogue établi entre deux souverains. Mais avec l'étude réalisée à la Western Electric, « se déroule une enquête

d'évaluation d'un style nouveau qui sera rapportée, commentée et théorisée en 1943 par ceux que l'on considère comme les fondateurs de l'entretien de recherche : Roethlisberger et Dickson » (Blanchet, Gotman, 1992, p. 9). Ces chercheurs étudièrent l'ampleur et l'étendue des « relations interpersonnelles dans la motivation au travail » (*Ibid.*, p. 10). Ainsi, le questionnaire ne satisfaisait plus dans la mesure où les ouvriers interrogés se trouvaient dans l'incapacité de s'exprimer librement puisqu'ils devaient renseigner des questions envisagées par les chercheurs. De la sorte, « d'une information qui constituait une réponse ponctuelle à une question directe de l'enquêteur, on est passé à une réponse-discours obtenue par des interventions indirectes de l'enquêteur » (Blanchet, Gotman, 1992, p. 9). En conséquence, par le biais des échanges, la mise en mots de la subjectivité de l'enquêté pourrait être facilitée car « les méthodes d'entretien se distinguent par la mise en œuvre des processus fondamentaux de communication et d'interactions humaines. De plus, « correctement mis en valeur, ces processus permettent au chercheur de retirer de ses entretiens des informations de réflexion très riches et nuancées » (Quivy, Campenhoudt, 1995, p. 194). Par conséquent, ce dialogue entretiendra l'expression des perceptions d'un évènement et de leurs pratiques de travail. L'infirmier IBODE pourra justifier son interprétation de certaines situations, de certains comportements au regard de questionnement singulier. Ainsi, le fait d'être en interrelation lors de la communication favorisée par la méthode de l'entretien pourra encourager différents niveaux de communication. Nous retrouverons alors différents degrés où la communication se développera. Tout d'abord, « le niveau corporel correspond au comportement non verbal, le niveau émotionnel intègre les émotions, les sentiments, le niveau intellectuel repose sur le discours, les raisonnements, l'argumentation. Le niveau spirituel représente les valeurs et les croyances de l'individu. » (Guittet, 2008, p. 7). Nous essaierons donc de permettre l'expression de ces diverses dimensions. Ainsi, l'entretien « fait appel au point de vue de l'acteur et donne à son expérience vécue, à sa logique, à sa rationalité, une place de premier plan » (Blanchet, Gotman, 1992, p. 23).

De façon complémentaire, le questionnaire est censé interroger des variables telles que des affects auto-rapportés, la typologie des violations. Il permet ainsi d'appréhender la population des IBODE face aux procédures contournées. Les entretiens permettront de donner du sens à des comportements. Ils faciliteront une compréhension de phénomènes vécus.

La méthodologie pour l'étude des violations et leurs impacts

La méthode du questionnaire

Pour quelles raisons produire des chiffres ? Pourquoi une enquête quantitative ? De Singly décrit des chiffres « descriptifs » et des chiffres « explicatifs » (De Singly, 2016, p.9). Les chiffres « descriptifs » doivent dénombrer de manière précise. Les produire nécessite un arbitrage, des décisions à mener : quelle nature de pratiques perfectibles pour quels types de violations ? Le questionnaire permet d'atteindre les buts suivants :

- « estimer certaines grandeurs absolues, (...) »
- Estimer des grandeurs relatives ; par exemple, lorsqu'on a élaboré une typologie, estimer la population de chaque type dans une population étudiée
- Décrire une population ou des sous populations ; par exemple, donner les caractéristiques des acheteurs d'un produit, des lecteurs d'un journal, etc.
- Vérifier des hypothèses : sous la forme de relations entre deux ou plusieurs variables ; par exemple, vérifier si la nature ou la fréquence d'un comportement varie avec l'âge ... » (Ghiglione, Matalon, 1978, p. 94).

Techniques et tests statistiques : le test du Khi2

Nous avons utilisé le logiciel Sphinx Plus 2 Version 5 pour les calculs statistiques de l'étude des violations et de la nature des affects auto rapportés, nous exposons le principal test statistique utilisé lors de l'étude.

Le test de khi2 est un test statistique. Il permet d'analyser la relation statistique entre deux variables. Il permet d'analyser la relation statistique entre des variables explicatives et des variables expliquées. Il est aussi appelé le test de khi2 d'indépendance. Il permet de se prononcer sur le lien entre deux variables. Comment affirmer que les deux variables de notre distribution ne sont pas indépendantes ? Autrement dit, comment savoir si deux variables n'ont aucune relation statistique entre elles ? Ce test mesure l'écart entre la distribution observée et la distribution théorique. Une distribution théorique est une idéalisation

mathématique qui ne se rencontre jamais exactement. Cependant, de nombreuses distributions étant observées peuvent s'en rapprocher.

Lorsque deux variables sont dépendantes, la répartition de leurs modalités n'est pas aléatoire. Ce test permet de comparer deux variables afin de mettre en évidence leur indépendance ou non. Il établit à quel seuil de probabilité l'hypothèse d'indépendance entre des effectifs observés et des effectifs théoriques peut être acceptée ou rejetée.

Le test du Khi2 est un test statistique conçu pour déterminer si la différence entre deux distributions est attribuable à une erreur d'échantillonnage ou si elle est suffisamment grande pour être statistiquement significative.

Un test de Khi2 s'applique uniquement sur des tableaux de contingence comportant au moins deux lignes et deux colonnes. Il ne doit comporter que des valeurs positives entières. Soixante observations sont nécessaires à sa réalisation. Chaque case du tableau doit comporter au minimum cinq observations.

Ainsi, nous observerons différentes distributions : des distributions en fonction de la nature des violations et d'autres en lien avec les états d'inconforts psychologiques résultant d'une dissonance cognitive éventuelle. Nous étudierons ainsi si ces distributions sont dépendantes entre elles.

La méthodologie pour la mesure de la dissonance cognitive

Rappelons que la dissonance cognitive est un état de motivation, un processus dynamogène. L'état d'inconfort psychologique généré motive la personne à recouvrer un état satisfaisant. Pour ce faire, cet individu utilise des stratégies de réduction. La mesure de la dissonance a d'abord été réalisée grâce à ces modes de réduction. Afin de mettre en évidence l'inconfort psychologique, les chercheurs ont identifié les stratégies de réduction de cet état d'inconfort. Ces mesures dites « globales » convoquent l'état d'inconfort. Une des premières mesures expérimentales de la dissonance fut de mettre en évidence le changement d'attitude. Mais, force est de constater que cette rationalisation se veut la conséquence d'un comportement problématique. Ainsi, « plus le changement d'attitude est important, plus la

dissonance est considérée comme importante de manière rétrospective » (Vaidis, 2011, p.133). Il apparaît donc comme un « indicateur indirect de l'éveil ou de la réduction » (Vaidis, 2011, p.161). Encore, Vaidis, citant Devine et al. (1999), signifie que l'absence de changement d'attitude ne permet pas d'affirmer l'absence de dissonance (*Ibid.*, p. 161).

Mesure d'affects auto rapportés : « thermomètre » de la dissonance

Afin de convoquer les émotions des professionnels face à leurs comportements perçus comme perfectibles, un des moyens les plus fiables consiste à les questionner sur leurs émotions. Le biais de cette méthode est le prisme plus ou moins conscient avec lequel le professionnel questionné transforme ses troubles éventuels. La première étude à mesurer l'inconfort psychologique par une mesure d'affects auto rapportés est celle d'Elliot et Devine en 1994. Cette mesure globale de la dissonance est une échelle d'affects auto rapportés composée de 24 items. Ces affects se répartissent en quatre groupes : les affects négatifs généraux, les affects négatifs tournés vers le soi (« negself »), les affects positifs et l'inconfort psychologique. Cette dernière composante sert à mesurer la dissonance. Cet indice de l'inconfort psychologique appelé « thermomètre » de la dissonance se distribue en trois items : « uncomfortable », « uneasy » et « bothered ». Leur première étude s'est effectuée auprès d'étudiants devant rédiger un essai contre-attitudinal pour l'augmentation de 10% des frais de scolarité durant le semestre à venir. Les étudiants sont séparés en trois groupes où les conditions d'expérimentations sont différentes. Le premier groupe se compose d'étudiants non engagés, ils appartiennent à la condition de contrôle. Ils restituent leurs affects avant la présentation de l'essai et leur attitude à la fin de l'écriture de l'essai (« Baseline »). Le deuxième groupe est composé de participants engagés pour la rédaction d'un essai pro-attitudinal. Ils restituent leurs affects après l'accord pour ce comportement et écrivent ensuite leur essai en rapportant leur attitude (« Proatt »). Enfin le dernier groupe, est constitué d'étudiants engagés dans la rédaction de l'essai contre-attitudinal. Après avoir accepté leur accord, ils reconnaissent leurs affects et rédigent en dernier leur essai et expriment leur attitude (« Pré Aff/Att »). Elliot et Devine montrent que le troisième groupe rapporte plus d'inconfort au regard de la moyenne des trois items. Encore, ils ne mettent en évidence aucune différence entre les trois conditions pour les indices d'affects négatifs dirigés vers le

soi et les indices d'affects positifs. Ainsi, ils montrent que l'induction de la dissonance n'augmente pas les affects mais bien l'inconfort psychologique.

Dans leur deuxième expérimentation, Elliot et Devine mettent en balance deux conditions. La condition de contrôle est identique à celle de la première expérimentation (« Baseline »). Pour la deuxième condition, les étudiants engagés dans l'écriture de l'essai contre-attitudinal restituent leurs affects en suivant la rédaction de l'essai puis leur attitude (« Post Aff/Att »). Enfin, pour la dernière condition, les participants sont engagés dans la rédaction et restituent leur attitude puis leurs affects (« Post Att/Aff »). De la même façon, les auteurs distinguent que les participants engagés décrivent plus d'inconfort que les étudiants non engagés. Il n'y a aucune différence pour les autres indices d'affects.

Le tableau suivant présente l'échelle d'affects d'Elliot et Devine.

Below are words that can describe different types of feelings. For each word, please indicate how much it describes how you are feeling right now by circling a number on the scale. "1" means "does not apply at all" and "7" means "applies very much" to how you are feeling right now. Don't spend much time thinking about each word, just give a quick, gut-level response.

	does not apply at all							applies very much						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1. content	1	2	3	4	5	6	7							
2. uncomfortable	1	2	3	4	5	6	7							
3. angry at myself	1	2	3	4	5	6	7							
4. shame	1	2	3	4	5	6	7							
5. uneasy	1	2	3	4	5	6	7							

6. negative	1	2	3	4	5	6	7							
7. friendly	1	2	3	4	5	6	7							
8. disgusted with myself	1	2	3	4	5	6	7							
9. concerned	1	2	3	4	5	6	7							
10. embarrassed	1	2	3	4	5	6	7							

11. bothered	1	2	3	4	5	6	7							
12. optimistic	1	2	3	4	5	6	7							
13. annoyed at myself	1	2	3	4	5	6	7							
14. frustrated	1	2	3	4	5	6	7							
15. tense	1	2	3	4	5	6	7							

16. disappointed with myself	1	2	3	4	5	6	7							
17. happy	1	2	3	4	5	6	7							
18. guilty	1	2	3	4	5	6	7							
19. anxious	1	2	3	4	5	6	7							
20. self critical	1	2	3	4	5	6	7							

21. energetic	1	2	3	4	5	6	7							
22. distressed	1	2	3	4	5	6	7							
23. regretful	1	2	3	4	5	6	7							
24. good	1	2	3	4	5	6	7							

Tableau 7 : Echelle d'Elliot et Devine 1994

Fointat et al. mentionnent que « seule la mesure d'inconfort psychologique est sensible à la manipulation de la dissonance. Les autres affects (Negself, SoiPos et Anxiété) ne sont pas affectés ». (Fointat et al., 2013, p.61). Encore, ces mêmes auteurs, en s'appuyant sur les recherches de Gosling, Denizeau et Oberlé en 2006 et ceux de Matz et Wood en 2005 confirment l'intérêt de cette échelle (*Ibidem.*). Il est à noter que les travaux de Matz et Wood en 2005 distinguent que les affects relatifs à la perception négatifs de soi « Negself » sont réceptifs à l'éveil de la dissonance. Dans sa recherche, Lecrique affirme que l'affect éveillé est « principalement l'inconfort psychologique. Il est dans de rares cas accompagné d'une augmentation des affects négatifs ou d'une diminution des affects positifs » (Lecrique 2007, p. 26).

Sénémeaud et Somat, en s'appuyant sur les expérimentations conduites par Lecrique en 2007, affirment que la mesure de l'inconfort psychologique peut être envisagée malgré les « faiblesses de cette échelle en raison de sa réactivité » (Séménaud et Somat, 2008, p.77). Nous entendons par « réactivité » que cette échelle ne perturbe pas les processus de réduction d'inconfort psychologique (Lecrique, 2007, p. 22).

Dans sa thèse, Lecrique a pour objectif de démontrer que l'inconfort psychologique médiatise les effets de dissonance (Festinger, 1957). Il décrit dix expérimentations pour confirmer son hypothèse au regard du paradigme de la soumission induite (Festinger, Carlsmith, 1959). Il a alors élaboré une nouvelle échelle d'affects auto-rapportés en langue française pour mesurer l'inconfort de participants dissonants dans son étude pilote. Les cinq premières expérimentations démontrent que cette échelle est réactive c'est-à-dire qu'elle médiatise les stratégies de réduction. Cependant, elle ne conduit pas à démontrer que l'inconfort amène au changement d'attitude. Ainsi, elle ne permet pas le changement d'attitude chez les participants les plus dissonants. De plus, au regard de sa sixième expérimentation, il confirme que la réactivité de son échelle est généralisable aux échelles utilisant une stratégie de mesure basée sur les affects auto-rapportés comme celle d'Elliot et Devine (1994).

Le tableau suivant présente l'échelle de 20 affects auto rapportés en langue française de Lecrique.

	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens
Je suis mécontent(e) de moi-même	1	2	3	4
Je me sens frustré(e)	1	2	3	4
Je me sens dégoûté(e) par moi-même	1	2	3	4
Je me sens déçu(e) par moi-même	1	2	3	4
Je me sens coupable	1	2	3	4
Je suis plein(e) de regret	1	2	3	4
Je me sens honteux(se)	1	2	3	4
Je me sens en colère contre moi-même	1	2	3	4
Je me sens mal à l'aise	1	2	3	4
Je me sens troublé(e)	1	2	3	4
Je ressens une gêne	1	2	3	4
Je me sens embarrassé(e)	1	2	3	4
Je me sens incommodé(e)	1	2	3	4
Je suis content(e)	1	2	3	4
Je me sens plein(e) de vie	1	2	3	4
Je me sens satisfait(e)	1	2	3	4
Je suis heureux (se)	1	2	3	4
Je me sens soucieux (se)	1	2	3	4
Je me sens anxieux (se)	1	2	3	4
Je me sens stressé(e)	1	2	3	4

Tableau 8: Echelle d'affects auto-rapportés en langue française de Lecrique (2007)

Cette échelle organise de la façon suivante les items :

- Les huit premiers items sont des affects négatifs tournés vers soi-même ;
- Les cinq items suivants sont ceux du thermomètre de la dissonance : mal à l'aise, troublé, gêné, embarrassé, incommodé ;
- Les sept derniers sont des affects positifs.

Nous constatons que cet outil paraît facile à remplir car il présente les items regroupés en fonction de leurs aspects négatifs et positifs. Les affects concernant l'inconfort psychologique les séparent au milieu. Ils sont au nombre de cinq alors que dans l'échelle d'Elliot et Devine, ils sont au nombre de trois : inconfortable (inconfortable, désagréable, mal à l'aise), uneasy (inquiet, gêné), bothered (ennuyé). Les cinq items en langue française identifient de façon plus précise et explicite l'inconfort éventuel provoqué. Les termes anglais paraissent vagues pour la personne questionnée.

La mesure de la dissonance ne peut se réduire au thermomètre de la dissonance cognitive. Il est aussi nécessaire de convoquer les modes de réduction.

Les modes de réduction

L'état d'inconfort psychologique est un processus dynamogène car il est difficilement tolérable pour la personne. Il conduit donc l'individu à le réduire grâce à des stratégies de réduction. Ainsi, cet inconfort psychologique généré par l'inconsistance de deux cognitions génère des pressions à sa réduction. Ainsi, mesurer la dissonance est possible par la mesure de ces modes de réduction qui sont identifiables. On peut les percevoir comme des « symptômes », des indices, des manifestations rétrospectives de la dissonance.

Les expressions de ce malaise généré par des cognitions inconsistantes sont les modes de réduction, les stratégies établies afin de réduire cet état intolérable. Donc, « la majorité des études mesurent ainsi la réduction de la dissonance, soit le « symptôme » de l'état de dissonance cognitive, et non pas l'état de dissonance en tant que tel » (Vaidis, 2011, p. 135). Ainsi, mesurer les réductions de ce malaise psychologique a été abordé par plusieurs méthodologies. Le changement d'attitude (rationalisation cognitive) fut le pionnier dans les mesures. Si cette résultante de l'état de dissonance est importante alors la dissonance est majeure. Cette mesure s'effectue de manière rétrospective à l'état de dissonance. Les autres modes de réduction permettent la mesure de la dissonance et de son amplitude à postériori (*Ibid.*, p.133). Ainsi, un état motivationnel de la personne, du professionnel va le presser à la réduction proportionnelle à la quantité de dissonance. En se sentant responsable de ses actes, de la violation qu'il a commise, alors l'IBODE mettra en place des stratégies afin de réduire son état de dissonance. Ainsi, « sans la responsabilité personnelle les éléments dissonants ne sont pas psychologiquement pertinents pour la personne » (Wicklund et Brehm, 1976, p. 7). Avant les années 90 n'est étudié que le changement d'attitude ; par la suite, la rationalisation en acte (le second étant plus coûteux que le premier), la trivialisatation, le déni de responsabilité sont à leurs tours observés. En 1995, Simon et al. opposent le mode de changement d'attitude au mode de réduction par trivialisatation. Ce mode de réduction motive l'individu à dévaloriser son comportement problématique ou l'attitude qu'il avait avant vis-à-vis de ce comportement (Simon, Greenberg, et Brehm, 1995). Par exemple, il n'accordera que peu d'importance au comportement réalisé ou considérera in fine son attitude initiale comme secondaire. Dans leur expérience, ils font commettre à des participants un essai contre-attitudinal de manière libre ou non. Après l'écriture de cet essai, les chercheurs mesurèrent l'attitude soit avant (étude 1) soit après la mesure de la trivialisatation (étude 2). Les résultats sont les suivants : quand la trivialisatation est évaluée avant le changement d'attitude, alors les participants optent pour le

mode de réduction par trivialisatation. Au contraire, si l'attitude est mesurée avant la trivialisatation, alors les participants mobilisent le mode de réduction par changement d'attitude. En 2006, Gosling et al effectuent une étude confrontant d'autres modes de réduction. L'étude est quelque peu semblable. Ainsi, la mesure de trivialisatation est substituée par la mesure du déni de responsabilité (étude 1), et la mesure d'attitude est quant à elle suppléée par la mesure du déni de responsabilité (étude 2). Les résultats sont les suivants : les participants usent la première voie de réduction en état de dissonance. Nous observons ainsi, que la pression à la réduction engage la personne à mobiliser le premier mode de réduction. Cependant, si l'état de dissonance persiste, alors la personne peut à nouveau choisir un autre mode de réduction pour réduire la dissonance restante (Aronson, Blanton, Cooper, 1995). En 2007, Martinie et Larigauderie mesurent le coût cognitif de la réduction de la dissonance en convoquant comme modes de réduction celui du changement d'attitude et celui de la trivialisatation dans un contexte de soumission forcée. Cette étude est menée dans un paradigme de double tâche. Ainsi, les participants écrivent librement un essai contre-attitudinal. La première moitié était évaluée sur leur attitude, les autres sur leur trivialisatation. De même, les participants devaient se positionner sans tâche ajoutée, ou avec une tâche ajoutée peu coûteuse en ressources cognitives tandis que les autres étudiants avaient une tâche cognitive mobilisant plus de ressources. Un groupe contrôle existait où les participants ne pouvaient pas choisir d'écrire l'essai contre-attitudinal. Cette étude met en évidence que les modes de réduction par changement d'attitude et par trivialisatation demandent beaucoup de ressources cognitives. Cependant, le changement d'attitude demande plus de moyens cognitifs que le mode de réduction par trivialisatation.

La technique de recueil

Nous avons choisi aussi l'entretien semi-directif afin de recueillir des données à des fins d'analyse. Grace au discours produit par l'interviewé, un thème donné est abordé au regard de l'intimité, de « pensées privées » (Blanchet et al., 2005, p. 83). Ainsi, « à travers la construction du discours de la connaissance objectivante d'un problème, fut-il subjectif » nous élaborerons « un savoir socialement communicable et disputable » (*Ibid.*, p. 84). Dès lors, la production écrite est une information biographique générée à la demande de A pour l'avancée de la recherche et de son représentant B. Il s'agit donc d'une exploration conçue à deux : l'interviewer et l'interviewé. (Blanchet et Gotman, 92, p. 20).

Nous avons donc conduit des entretiens semi-directifs fondés sur un guide d'entretien nous servant de fil conducteur pour aborder les différents thèmes sur lesquels nous voulions recueillir des données. Au contraire du questionnaire, il n'impose pas d'ordre. Il laisse libre la personne enquêtée. Cette démarche participative, cette rencontre entre deux personnes est une « expérience, un évènement singulier, que l'on peut maîtriser, coder, standardiser, professionnaliser, gérer, refroidir à souhait, mais comporte toujours un certain nombre d'inconnues (et donc des risques) inhérents au fait qu'il s'agit d'un processus interlocutoire, et non pas simplement d'un prélèvement d'informations » (*Ibid.*, p. 22). Ce rapport dynamique produisant un discours s'installe dans un contrat de communication. Ainsi, il existe trois niveaux d'inscription du discours : la situation sociale, le contrat de communication et le système des interventions (Blanchet et *al.*, 2005, p. 91) . Tout d'abord, par situation sociale, il faut entendre les particularités sociales, culturelles, professionnelles, économiques ... La condition socio-culturelle de la personne interviewée peut être invoquée pour la compréhension de quelques méprises, embarras ou résistances (*Ibid.*, p. 92). Le contrat de communication est fondé sur les savoirs partagés des interlocuteurs sur les « enjeux et objectifs du dialogues » (*Ibid.*, p. 93). Le contrat initial doit donc être entendu par l'interviewé : « pourquoi cette recherche ? Pourquoi avoir choisi cet interviewé ? » (*Ibid.*, p. 96). Ainsi, ce dialogue devrait avoir un sens pour la personne. Enfin, les interventions de l'interviewer sont de deux types : les consignes et les commentaires. Les premières précisent et recentrent les thèmes de l'objet de recherche. Les seconds revêtent les formes de remarques, de questions, et d'observations jalonnant les dires de l'interviewé (*Ibid.*, p. 98). Ainsi, pourront être exprimés différents types de violations, des valeurs professionnelles. Certains modes de réduction permettront la justification des professionnels, état motivationnel les poussant à réduire leur état de dissonance.

La technique d'analyse de contenu

Après nos questionnements sur les entretiens, après avoir recueilli des données, cette étape primordiale de l'analyse s'impose à nous. Elle nous semble aussi périlleuse que redoutable. Pour cette étape incontournable, il nous faudra « savoir comment on analyse, et l'explicitier pour savoir comment analyser » (Bardin, 2005, p. 134). De plus, il nous faudra beaucoup d'objectivité dans l'interprétation des données. Mais comment s'y prendre ? Être méthodique et objectif, dans une analyse tout en interprétant de manière la plus neutre possible, voilà notre dessein. Analyser c'est faire un « effort d'interprétation », et « l'analyse

de contenu balance entre les deux pôles de la rigueur de l'objectivité et de la fécondité de la subjectivité » (Bardin, 2005, p. 13). Un autre écueil se distingue encore. Comment ne pas se hâter vers une interprétation trop facile de par nos expériences professionnelles par exemple ? Notre intuition devra être mise de côté. Nous devons garder toujours en ligne de mire la posture scientifique, il nous faudra afficher une détermination de « se ranger aux côtés de ceux qui, de Durkheim à P. Bourdieu en passant par Bachelard, veulent dire non à l'illusion de la transparence des faits sociaux et refusent ou tentent d'écarter les dangers de la compréhension spontanée. » (Bardin, 2005, p. 31). Nous voilà donc à nouveau face à une rupture épistémologique. Comment alors parvenir à une interprétation de données, aux classements des dires des interviewés, de leur subjectivité, tout en restant objectif ?

Nous devons aussi « dépasser nos incertitudes : ce que je crois voir dans le message y est-il effectivement contenu et cette voyance toute personnelle peut-elle être partagée par d'autres ? » (Bardin, 2005, p. 31). Notre autre objectif est également « l'enrichissement » de notre lecture (*Ibid.*, p. 32). Autrement dit, c'est discerner de façon nouvelle pour une meilleure compréhension des éléments dont jusqu'alors nous ne saisissons pas tout le sens pour confirmer ou infirmer nos hypothèses.

Analyser, comme Mucchielli le pense, est une opération que nous effectuons à chaque fois que nous sommes vigilante à quelconque objet car « en effet, chacun de nous effectue une analyse de contenu dès qu'il perçoit ou applique son attention à quelque information, mais encore tout être vivant ne peut survivre que par une incessante analyse de contenu effectuée sur son environnement écologique » (Mucchielli, 1998, p. 11). Nous analysons donc depuis toujours, mais comment faire fi de nos préjugés ? C'est la raison pour laquelle, il nous faudra une méthode « capable d'effectuer l'exploitation totale et objective des données informationnelles » (*Ibid.*, p. 23), qu'est l'analyse de contenu. Elle est un « ensemble de techniques d'analyse des communications utilisant des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages » (Bardin, 2005 p. 42). Ces techniques, ces méthodes, quelles sont-elles ?

Bardin présente plusieurs techniques que nous rappellerons : analyse catégorielle, analyse de l'évaluation ... Pour cette dernière, « on considère que le langage représente, reflète directement celui qui l'utilise » (Bardin, 2005, p. 208). Elle se fonde sur la mesure des attitudes, elle extrait des indicateurs manifestes du discours « les pivots attitudinaux » de

l'émetteur (Bardin, 2005, p. 209). L'analyse propositionnelle du discours ou autrement appelée « analyse par grappes », reconnaît l'univers de références des interviewés par le « repérage de référents noyaux » et par le découpage du texte en « propositions », expliquant les « référents noyaux » (Bardin, 2005, p. 244).

L'analyse de l'expression quant à elle, étudie la forme du discours pour approfondir le fond : « il existe une correspondance entre le type de discours et les caractéristiques du locuteur ou de son environnement (Bardin, 2005, p.255). Cette analyse se sert d'indicateurs précis d'un niveau lexicométrique, (*Ibid.*, p.267). De plus, l'analyse des relations développe l'analyse des co-occurrences ou l'analyse de contingence » (Bardin, 2005, p. 268). Elle s'assoit, tout d'abord sur l'analyse des co-occurrences qui considère les « présences simultanées de deux ou plusieurs éléments dans une même unité de contexte ». De plus, l'analyse structurale met en évidence « l'ordre immuable sous le désordre apparent, le squelette ou l'ossature invariable sous l'hétérogénéité patente des phénomènes » (*Ibid.*, p. 276). Enfin, l'analyse des relations s'appuie sur l'analyse du récit, de la structure narrative en remarquant les fonctions, les actions types, les événements de base... (*Ibid.*, p. 286).

Enfin, l'analyse de l'énonciation peut nous paraître pertinente même si nous ne la privilégions pas. Elle considère la « conception du discours comme parole en acte » (Bardin, 2005, p. 224). Il faut appréhender le discours comme un « processus d'élaboration où s'affrontent les motivations désirs, les investissements du sujet et les contraintes imposées, le code de la langue et les conditions de la production » (*Ibid.*, p. 224). Il faut alors prendre en considération les silences, les rires, les hésitations, certains oublis.

L'analyse catégorielle, quant à elle, est la plus ancienne des techniques. La plus utilisée, « elle fonctionne par opérations de découpage du texte en unités puis classification de ces unités en catégories selon des regroupements analogiques » (Bardin, 2005, p. 207). Découper les corpus des entretiens en thèmes, les rassembler en faisant des « tas » en est une démarche. Mais quels en sont les principes ? Qu'est-ce que catégoriser ? La catégorisation se définit comme « une opération de classification d'éléments constitutifs d'un ensemble par différenciation puis regroupement par genre (analogie) d'après des critères préalablement définis » (*Ibid.*, p. 150). Mais quels sont ces critères ? Quels sont les qualités des « bonnes catégories » ? (*Ibid.*, p. 153).

Bardin cite cinq qualités :

- L'exclusion mutuelle : « chaque élément ne peut être attribué à plus d'une case » (*Ibid.*, p. 153) ;
- L'homogénéité : « on ne peut fonctionner que sur un registre, une dimension d'analyse dans un même ensemble catégoriel » (*Ibid.*, p.153) ;
- La pertinence : « le système de catégorie doit refléter les intentions de recherche, les questions de l'analyste et/ou correspondre aux caractéristiques des messages » (*Ibid.*, p.153) ;
- L'objectivité et la fidélité : « soumises à plusieurs analyses, des parties d'un même matériel, auquel on applique la même grille catégorielle, doivent être codées de la même manière » (*Ibid.*, p. 154) ;
- La productivité : « un ensemble de catégories est productif s'il apporte des résultats riches : riches en indices d'inférences, riches en hypothèses nouvelles, riches en données fiables » (*Ibid.*, p.154)

Analyser thématiquement, établir une « grille d'analyse catégorielle » amène donc à déconstruire l'unité des discours et à les rassembler transversalement en des mêmes thèmes. Il nous faudra alors regrouper les « éléments signifiants dans une sorte de sac à thèmes » (Bardin, 2005, p. 95).

Nous avons procédé à une retranscription aménagée (Beaud et Weber, 2010, p. 245) des entretiens. Nous avons sélectionné les idées majeures de chaque entretien en mentionnant les silences, les expressions, les mots choisis. Ainsi, nous n'avons pas procédé à une retranscription littérale de tous les entretiens.

La méthodologie pour l'étude des valeurs professionnelles et de la conception du soin

Nous avons souhaité aborder les valeurs professionnelles dans les entretiens et dans les questionnaires. Le biais qu'il fallait éviter était de mettre les IBODE interviewés ou questionnés en position d'hypocrisie induite.

Priolo et Liégeois rappellent que « les travaux réalisés dans le cadre de l'hypocrisie induite (e.g., Aronson, Fried et Stone, 1991 ; Dickerson, Thibodeau, Aronson et Miller, 1992 ; Fointiat, 2004 ; Fried, 1998 ; Fried et Aronson, 1995 ; Stone, Aronson, Crain, Winslow et Fried, 1994 ; Stone, Wiegand, Cooper et Aronson, 1997) révèlent que le rappel de transgressions d'un discours pro-attitudinal, (envers une cause socialement souhaitable) génère un état de dissonance cognitive. Les personnes placées dans cet état réduisent la dissonance en changeant leur attitude et/ou leur comportement, en fonction des opportunités saillantes dans l'environnement (Festinger, 1957) » (Priolo, Liégeois, 2008, p. 19). Ainsi, lors de nos entretiens aborder dans un premier temps les valeurs professionnelles, puis les pratiques perfectibles et/ou les violations commises par les IBODE, aurait généré de la dissonance cognitive au regard de la théorie de l'hypocrisie induite. Ainsi, demander d'énumérer les normes de pratiques professionnelles et les valeurs de soins soit développer un argumentaire normatif, puis faire remémorer à l'infirmier une violation c'est-à-dire un comportement contre-normatif pourrait conduire cette personne vers un inconfort psychologique. Notre but étant de ne pas provoquer un état d'inconfort de façon « artificielle », nous avons abordé les questions se rapportant au thème des valeurs et de la conception des soins à la fin de notre questionnaire. Il en est de même durant nos entretiens. Ainsi, nous avons pu recueillir des données sur des cognitions inconsistantes avec celles portées par les violations de natures diverses, les mesures au regard du thermomètre de dissonance cognitive ou les modes de réduction étant recueillis auparavant.

4- LES DISPOSITIFS DE RECUEIL

Nous ne mobiliserons pas dans notre recherche l'observation participante. A son opposé se situerait la méthode expérimentale, méthode très sollicitée dans les études sur la dissonance cognitive. Nous avons appuyé précédemment nos propos sur certaines d'entre elles. Lors de ces méthodes expérimentales, le chercheur intervient sur le réel. Il provoque certaines conditions. On nomme alors ces recherches : recherche in vitro, à l'opposé des recherches in vivo. Le chercheur veut mettre en évidence un rapport de cause à effet entre différentes variables indépendantes et dépendantes dans une situation donnée et maîtrisée. Il opère donc par expérience, par expérimentation, pour vérifier son hypothèse. Cette méthode est une méthode quantitative mobilisant un grand nombre de participants (souvent des étudiants) divisés en différents groupes. Les résultats sont analysés par tests statistiques. Cette

méthode permet de mettre en évidence un lien de causalité ayant une validité statistique. Mais, il serait à déplorer un manque de validité externe. Ainsi, « le procédé observé en laboratoire est-il actif dans une situation naturelle ? Cette question renvoie à la notion de validité écologique s'il se manifeste de la même façon en situation naturelle et en situation de laboratoire » (Bègue et Desrichard, 2013, p.71).

Nous avons donc choisi la méthode du questionnaire et de l'entretien. L'enquête quantitative permettra une analyse quantitative afin de mesurer l'ampleur des phénomènes (inconfort psychologique *versus* nature des violations). Elle est cependant limitée pour en expliciter le sens de par son caractère quantitatif. Alors, l'enquête qualitative devrait mettre en exergue les stratégies individuelles des infirmiers en tenant compte d'une complexité éventuelle. Cependant, nous aurons recours aux données quantitatives afin de préciser la nature des comportements marginaux ou généraux.

Présentation des deux recueils de données

Le questionnaire :

L'approche quantitative pour un chercheur en Sciences Humaines et Sociales paraissait avant ces dernières années quelque peu singulière. En effet, « il y a souvent, de la part des chercheurs en sciences humaines et sociales, appréhension et méfiance à l'égard des données chiffrées et des calculs » (Guibert et Jumel, 1977, p. 146). Parler de méthode quantitative se veut de mobiliser « l'analyse collectées des données » (*Ibid.*, p.146). Ici, le terme « statistique » renvoie à la validation ou à la non-validation en fonction de la significativité ou non des résultats.

Pour nous, le choix du questionnaire s'imposait pour différentes raisons. Tout d'abord, pour la complémentarité des méthodes quantitatives et qualitatives, mais pas seulement. Cette méthode de recueil, outre son attrait méthodologique, nous permet de nous distancier de nos prénotions de cadre formateur en école d'infirmiers de bloc opératoire. Notre recherche d'objectivité, de par l'hétérogénéité de notre échantillon, par le recueil et la mobilisation de différentes données, nous aident à la prise de recul incontournable, à la mise à distance de notre posture de cadre supérieur de santé IBODE, professionnel impliqué dans la gestion des

blocs opératoires et dans la formation des infirmiers. Ainsi, notre position de chercheur devrait se trouver facilitée.

Nous avons donc favorisé cette méthode pour plusieurs raisons outre celle épistémologique présentée précédemment :

- recueillir des données sur la nature de violations éventuellement commises par des IBODE,
- évaluer un éventuel malaise psychologique à postériori causé par des cognitions s'opposant comme la majoration des risques pour le patient et certaines valeurs professionnelles par exemple.
- recueillir des données sur la durée des expériences professionnelles, sur la spécificité des blocs opératoires dans lesquels travaillent les IBODE.

Le questionnaire nous permet de mobiliser des données encore non collectées à ce jour dans les blocs opératoires tant sur le plan relationnel que sur les pratiques professionnelles et leur contournements.

Présentation des questions

Le questionnaire comprend 24 questions. En majorité, il se compose de questions fermées. Nous avons cependant été vigilante à ce que les infirmiers questionnés puissent s'exprimer. Nous avons proposé des questions ouvertes pour ce faire. Il est notable que ces questions, plus coûteuses que les questions fermées, « demandent, après la phase de terrain, de procéder à un inventaire des réponses avant la construction du code » (De Singly, 2016, p. 66). De plus, les informations recueillies sont parfois « trop dispersées, ou inutilisables en référence aux préoccupations de la recherche » (De Singly, 2016, p. 67). Certaines questions peuvent être mixtes : une première partie fermée et une seconde partie ouverte. Ainsi, la dernière question approche le sens de la réponse « fermée » (De Singly, 2016, p. 69).

De même, nous avons été attentive à ne pas imposer notre problématique. Nous avons été prudente quant à la tonalité des mots. Par exemple, nous avons employé le terme de commodité pour caractériser un type de violation au lieu d'utiliser le terme de « facilité ». Encore, nous n'avons pas retenu le terme de « violation » mais de « comportement perfectible ». Enfin, pour favoriser l'expression personnelle, nous avons construit trois rubriques en conservant la même trame.

Elaboration du questionnaire

Nous avons élaboré le questionnaire (annexe 3) en commençant de « façon classique » par des questions sur des déterminants sociaux et professionnels : âge, expériences professionnelles, spécificité du bloc opératoire où ils travaillent... Nous avons par la suite divisé le questionnaire en quatre parties :

- Partie 2 : les violations routinières / thermomètre de dissonance cognitive ;
- Partie 3 : les violations par nécessité / thermomètre de dissonance cognitive ;
- Partie 4 : les violations par commodité / thermomètre de dissonance cognitive ;
- Partie 5 : valeurs professionnelles et conception des soins.

Parties 2, 3 et 4

Les trois premières rubriques ont été élaborées de façon similaire. Dans un premier temps, nous avons défini le type de violation. Comme précisé précédemment, nous avons évoqué un comportement perfectible se caractérisant de manière différente en fonction de la typologie de la violation. Nous avons par la suite illustré nos propos en apportant trois exemples pour les violations routinières et par nécessité et deux exemples pour les violations ou comportements dits perfectibles pour les violations par commodité. Les exemples proposés se situent soit:

- Dans une dimension organisationnelle et fonctionnelle : nous avons évoqué le travail en équipe, le rôle de l'institution ;
- Dans une dimension technique : nous nous sommes référés à des pratiques au regard de la gestion des risques infectieux ou hémorragique ;
- Dans une dimension relationnelle : nous avons cité la relation soignant-soigné.

Ces exemples sont extraits de nos travaux de recherche de Master 1 et Master 2. Lors des entretiens de recherche de Master 2 les IBODE interviewés ont témoigné de bonnes pratiques contournées. Ils les ont caractérisées de quotidiennes et connues de l'encadrement. Pour d'autres violations comme les violations par nécessité, ils ont mentionnés pour l'un d'entre eux : « comment voulez-vous faire ? Si je ne le fais pas, ça ne fait pas avancer les choses ! Il faut continuer ! » (Extrait entretien Travail de Recherche M2).

Nous avons autorisé les réponses doubles et triples. Nous avons aussi favorisé l'expression personnelle face à chaque nature de violation pour permettre aux professionnels de convoquer des expériences en lien avec chaque type des comportements perfectibles.

Dans chaque rubrique, une fois que le professionnel s'était remémoré éventuellement ses actes de soins perfectibles, nous lui demandions de remplir l'échelle des vingt affects auto rapportés de Lecrique. Cette échelle est présentée en trois parties :

- Les huit premières propositions sont des affects négatifs tournés vers soi-même
- Les cinq items suivants composent le thermomètre de la dissonance cognitive (mal à l'aise, troublé, gêné, embarrassé, incommodé)
- Les sept derniers items sont des affects auto rapportés positifs tournés vers soi-même.

Partie 5

Cette dernière rubrique aborde les valeurs professionnelles. Elle questionne aussi sur les dimensions du soin que l'infirmier privilégie afin de pouvoir mettre en évidence s'il positionne les notions de prendre soin ou de faire du soin.

Le degré de satisfaction au regard de la prise en charge est questionné ainsi que les difficultés rencontrées lors de la prise en soins.

Le tableau suivant précise les différentes questions en fonction des parties.

Parties	Numéros des questions
1-Déterminants professionnels	1 à 6
2-Violation routinières / thermomètre dissonance cognitive : Violation commise ou non Echelle d'affects auto rapportés	7, 8, 9 10
3-Violation par nécessité / thermomètre dissonance cognitive : Violation commise ou non Echelle d'affects auto rapportés	11, 12, 13 14
4-Violation par commodité / thermomètre dissonance cognitive : Violation commise ou non Echelle d'affects auto rapportés	15, 16, 17 18
5-Valeurs professionnelles, conception du soin	19 à 24

Tableau 9: Tableau récapitulatif des questions suivant les rubriques

Pré-enquête

Le questionnaire a été testé durant une enquête préliminaire. Nous l'avons testé auprès de huit professionnels issus de blocs opératoires différents et d'années d'expérience IBODE allant de un an à 12 ans. Les professionnels l'ont testé de manière individuelle. Chaque passation a débuté par une présentation de l'objectif de la rencontre. Nous étions connue en tant que Cadre de Santé mais, nous avons tenu à préciser notre posture de chercheur dans cette interaction. En moyenne, les IBODE questionnés pour cette pré-enquête ont répondu à l'ensemble des questions en 35 minutes.

Les questions renseignant les déterminants professionnels n'ont occasionné aucune difficulté. Les IBODE n'ont posé aucune question. Ils n'ont manifesté de façon non verbale aucune surprise ou embarras. Ces professionnels ont l'habitude de se présenter en fonction de leur parcours professionnel et de la spécialité du bloc opératoire où ils travaillent.

Durant la passation du questionnaire, les infirmiers étaient calmes et n'ont pas évoqué de difficulté majeure à la compréhension des questions. Cependant, à la question 15, le terme « commodité » a semblé poser problème à une infirmière. Sur les sept autres professionnels participant à cette pré-enquête, aucun n'a posé de question ou demandé une précision sur ce terme. Nous restions vigilante quant à cette formulation.

Au fur et à mesure que les professionnels renseignaient les questions, certains spécifiaient qu'ils leur semblaient important « qu'on s'intéresse à eux et à leur conditions de travail ». Par la suite, certains ont voulu partager différentes expériences sur des pratiques qu'ils se remémoraient. Une infirmière, en remplissant la question 8 interrogeant sur l'accueil perfectible des patients, me regarde et me demande : « On a le droit de dire pourquoi ? Par manque de temps par exemple ? » Elle précise plus tard en renseignant la question 11 en lien avec les violations par nécessité : « On n'est pas content mais on nous pousse ! ». Une autre infirmière ayant une année d'expérience en tant qu'IBODE me demande : « On peut rajouter une rubrique après chaque tableau pour expliquer pourquoi on fait comme ça ? »

Durant cette pré-enquête, nous avons pu noter l'importance d'adapter nos expressions et le vocabulaire concernant les violations en termes simples sans aucune valence négative comme pourrait générer le mot « violation ».

De même, certains infirmiers manifestaient le besoin de justifier leurs actes. Ces témoignages peuvent être identifiés comme des « symptômes » d'un état d'inconfort psychologique. Ces infirmiers tentaient de mobiliser certains modes de réductions. Ces manifestations démontrent que les questions posées pouvaient engendrer un malaise psychologique, provoquant un processus dynamogène qui conduit à la réduction de cet inconfort. Le questionnaire ainsi construit en mobilisant l'échelle d'affects auto-rapportés de Lecrique (2007) est réactif c'est-à-dire qu'il ne perturbe pas les processus de réduction de l'état de dissonance. Placées juste après les questions sur chaque type de violations, les échelles d'affects auto rapportés de Lecrique permettent de mesurer l'augmentation de l'inconfort psychologique généré par une inconsistance cognitive (violation / valeurs, gestion des risques, etc.).

Le guide d'entretien

Mais, quels éléments, quelles données mobiliserons-nous pour approcher au mieux, le réel, le vécu professionnel, leurs comportements, leurs non respects éventuels de certaines bonnes pratiques, les émotions de chacun de ses infirmiers ? Quels objectifs poursuivrons-nous ? Comment tendre vers un niveau certain d'objectivité dans notre partie empirique face à une inévitable subjectivité des enquêtés ? Lors des entretiens, quels thèmes évoquer ? Pour répondre à ce questionnement, l'étape préalable à la rencontre et aux échanges avec les infirmiers passe par l'élaboration d'un guide d'entretien. Il est un chaînon incontournable entre la partie conceptuelle et la partie empirique. De plus, nous reconnaitrons que « le plan de l'entretien est donc à l'interface du travail de conceptualisation de la recherche et de sa mise en œuvre complète ». (Blanchet, Gotman, 1992, p.61). Il nous faut alors formaliser une construction capable de nous guider, d'étayer les propos, les discours dans un « processus d'objectivation qui va se poursuivre durant la campagne d'entretiens et l'analyse du discours » (*Ibid.*, p. 61). Cette trame soutiendra donc nos prises de paroles et notre vigilance par rapport à la communication de l'interviewé. Le guide sera divisé, de ce fait, en plusieurs thèmes, en « un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (*Ibid*, p. 61). Notre guide doit nous permettre de mettre en exergue un inconfort psychologique éventuel. Ce malaise découlerait de deux composantes inconsistantes telles qu'un non-respect volontaire de procédure et des éléments cognitifs comme des savoirs et pratiques professionnelles préconisées, reconnues

par des sociétés savantes et parfois même légiférées et adossées à des valeurs professionnelles qui seraient malmenés.

Notre guide aura donc une structure thématique. Il appellera différents thèmes ou « fonctions » au nombre de six, chacun d'eux se référant à des « opérateurs » découlant vers des « indicateurs » :

- Le parcours professionnel :
 - Les raisons du choix de la profession d'infirmier ;
 - Les raisons du choix de la spécialité ;
- La conception de la fonction de la spécialité de bloc opératoire :
 - Les valeurs en découlant ;
 - Les qualités professionnelles requises ;
- L'exercice professionnel actuel :
 - Les difficultés ;
 - Le non-respect éventuel de procédures, de bonnes pratiques ;
 - Les affects auto rapportés à travers leur vécu : les sentiments des infirmiers ;
- La conception du soin :
 - Notion de prendre soin
 - Notion de faire du soin
- La qualité ;
- L'avenir professionnel.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, ce guide nous aidera à structurer notre discours, à aider nos prises de parole. Cependant, en aucune façon l'ordre des thèmes présentés ne pourra être respecté. Cette trame facilitera le recueil des indicateurs élaborés au regard des questions de notre recherche. Elle soutiendra aussi l'anticipation des enchaînements, des interactions. Elle mettra en évidence des thèmes non abordés par l'enquête, des zones d'ombres récurrentes. Pour ce faire, nous avons conçu des questions oralisées, des relances.

La procédure de l'enquête

La date de passation

La passation de l'enquête s'est déroulée en deux étapes. Dans un premier temps nous avons sollicité l'accord des Directeurs De Soins des différents centres hospitaliers. Nous les avons contactés soit par courriel soit par téléphone. A deux reprises, nous les avons rencontrés pour leur présenter notre recherche et ses objectifs. Certains ont tenu à prendre connaissance de notre questionnaire. Une fois cette autorisation obtenue, nous avons rencontré les Cadres de Bloc Opératoire. Si les contraintes géographiques étaient trop importantes, nous avons formalisé un entretien téléphonique.

Dans un second temps, nous avons rencontré les IBODE pour leur présenter notre questionnaire et le leur remettre. Nous leur avons laissé un délai d'un mois pour le remplir. Nous souhaitions toucher le plus d'IBODE possible pour recueillir un échantillon le plus caractéristique possible. Nous avons noté un faible pourcentage d'infirmiers spécialisés en bloc opératoire dans les blocs opératoires sollicités pour notre enquête.

La passation du questionnaire au niveau des établissements de santé a été délicate car nous n'avons pu nous dégager un temps dédié. Certains Cadres de Santé nous ont demandé de leur envoyer les questionnaires, d'autres de leur amener. Certains IBODE des blocs opératoires concernés ont été contactés pour effectuer un relais auprès des équipes d'IBODE.

Nous avons donc pu commencer à distribuer nos questionnaires à partir de juin 2015. Pour des raisons professionnelles prégnantes, nous n'avons pu nous dégager des périodes afin de rencontrer les professionnels. Le recueil des questionnaires ne s'est pas fait sans difficulté.

Nous avons alors contacté la Présidente de l'Union Nationale des Associations d'Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat pour lui demander l'autorisation de contacter ses membres lors de congrès nationaux ou régionaux. Cette association comporte dix-neuf associations régionales : Nouvelle Calédonie (ACALIBO), Aquitaine (AIBOA), Bretagne (AIBOB), Est (AIBODEE), Midi-Pyrénées (AIBOMP), Ouest (AIBOODE), Rhône Alpes (AIBORRA), Nord (AIDBORN), Île de France (AIFIBODE), Alsace (AISOIF), Provence Cote d'Azur (AISOPCA), Lorraine (ALIBODE), Pays de Loire (APLIBODE),

Polynésie (APOLIBO), Réunion (ARIBODE), Languedoc Roussillon (ARIBOLR), Nord Est (ARIBONE), Normandie (ASIBONOR), Touraine (ATIBODE), Auvergne Limousin (IBORAL).

Le tableau suivant reprend les établissements et positionne les congrès nationaux et régionaux en fonction des dates de passation.

Etablissements	Questionnaires récoltés	Date
CHU Nouvelle Aquitaine	30	06/15
CHU Occitanie	3	10/15
CH Gironde 1	4	09/15
CH Gironde 2	12	11/15
CH Gironde 3	8	10/15
CH Gironde 4	3	10/15
Congrès régional Alsace	14	02/16
CH Lorraine	21	03/16
Congrès national 2016	28	05/16
Autres	2	16
Totaux	125	

Tableau 10 : Provenance des IBODE questionnés : Etablissements et congrès

Le mode de passation et taux de réponse

Le mode de passation et le taux de réponse des questionnaires

Nous aurions souhaité que tous les IBODE, répondant à l'enquête quantitative, fussent questionnés dans les mêmes conditions. Cela fut très délicat en regard des contraintes temporelles et organisationnelles des blocs opératoires et de chacun des infirmiers. C'est la raison pour laquelle nous avons désiré questionner des IBODE lors de différents congrès. Nous avons donc, à plusieurs fois, reporté des rendez-vous avec les cadres de santé ou avec les professionnels.

En ce qui concerne le congrès régional, la présidente régionale s'est chargée de distribuer les questionnaires et de les récupérer. Pour le congrès national à Lille en mai 2015,

nous avons remis nous-mêmes les questionnaires aux IBODE en leur exposant les objectifs de notre recherche et en nous présentant en tant que chercheur.

Nous avons distribué au total 260 questionnaires et nous en avons recueillis 125 soit 48.07%. Le tableau ci-dessous répertorie le nombre de questionnaires distribués et récupérés (chiffre et pourcentage).

Etablissements	Questionnaires distribués	Questionnaires récoltés	%
CHU Nouvelle Aquitaine	50	30	60%
CHU Occitanie	5	3	60%
CH Gironde 1	10	4	40%
CH Gironde 2	15	12	80%
CH Gironde 3	15	8	53.33%
CH Gironde 4	10	3	30%
Congrès régional Alsace	75	14	18.66%
CH Lorraine	30	21	70%
Congrès national 2016	50	28	56%
Autres		2	
Totaux	260	125	48.07%

Tableau 11 : Nombre de questionnaires distribués et récupérés

Le mode de passation et le taux de réponse des entretiens

Les entretiens se sont déroulés de septembre 2013 à fin février 2014. Une infirmière a été rencontrée puis interviewée à son domicile. Sept interviews se sont déroulées sur les lieux de travail hors du bloc opératoire et hors temps professionnel après accord de la direction des soins. Deux professionnelles ont été interviewées dans des lieux neutres. Face à ces infirmiers, nous nous sommes présentés comme un étudiant effectuant un travail de recherche sur les pratiques professionnelles des infirmiers spécialisés en bloc opératoire.

Mais, comment sommes-nous entrée en contact avec ces professionnels en ayant pour dessein d'induire un minimum de biais, de favoriser le maximum de neutralité tout en étant efficace ? Sollicitant des infirmiers, il nous fallait donc passer soit par une voie

institutionnelle, soit par un « mode d'accès indirect » en sollicitant un tiers (Blanchet, Gotman, 1992, p.57). Notons que le fait de demander à la direction de l'institution de rencontrer certains professionnels pouvait aussi engendrer des biais. De la sorte, ces infirmiers, en abordant la notion de non-respect des procédures à l'intérieur de leur établissement, auraient pu juger ne pas pouvoir user au mieux de transparence par crainte de « représailles éventuelles ». Solliciter le réseau personnel d'un enquêté, en mobilisant la « méthode de proche en proche » (Blanchet, Gotman, 1992, p.58), nous a permis de contacter des professionnels rapidement sans engendrer chez eux une forme d'autocensure dans leur discours. Becker, dans « Outisiders. Études de sociologie de la déviance », contacte de façon indirecte des fumeurs de marijuana en premier lieu à partir de son propre réseau de musiciens. Depuis quelques temps, il était musicien de jazz professionnel. Il exprime : « J'ai d'abord interviewé des gens que j'avais rencontrés dans le monde de la musique. A ma demande, ils me mirent en contact avec d'autres fumeurs qui acceptaient de discuter avec moi de leurs expériences » (Becker, 1985, p.67). A notre tour, nous avons donc mobilisé les réseaux de certains infirmiers pour faciliter l'expression d'autres professionnels quant à leurs pratiques professionnelles sans vouloir engendrer inquiétude et questionnement quant à de potentielles retombées.

Un échantillon de dix infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état (IBODE) a donc été constitué dans un objectif qualitatif. Aucun professionnel n'a été contacté par le biais de sa hiérarchie. Cependant, nous les avons contactés après accord de la direction des soins d'un centre hospitalier universitaire pour enquêter auprès des professionnels spécialisés en bloc opératoire.

Considérant, notre guide comme notre fil rouge, notre posture quant à elle se voulant facilitatrice, il se devait de permettre à notre enquête d'identifier et de croiser diverses informations incontournables et dépendantes les unes des autres. Nous avons alors collecté et recueilli :

- « des faits (j'ai vu, j'ai entendu, j'ai perçu, j'ai senti, j'ai observé) ;
- de l'émotion, du vécu (j'ai ressenti, j'ai le sentiment) ;
- de l'opinion, du jugement, de l'intuition (je pense, je sais, j'ai l'impression) ;
- des valeurs, des croyances (je crois, j'ai la conviction, j'adhère) » (Guittet, 2008, p.41).

Les faits illustreraient certaines pratiques professionnelles, diverses déviations. De même, les émotions verbalisées informeraient sur un possible inconfort psychologique face à ces dernières. Encore, les opinions et les croyances se réfèreraient aux procédures, aux bonnes pratiques ainsi qu'à la mesure de leur écart entre le travail réel de la situation de travail et le travail prescrit. Enfin, certaines croyances et certaines valeurs apporteraient éventuellement des éléments et dimensions se montrant non congruentes avec le non-respect de procédure relaté par le professionnel infirmier spécialisé en bloc opératoire.

En nous appuyant sur le schéma suivant, nous illustrerons les différents niveaux d'informations que nous recherchions en lien avec nos hypothèses.

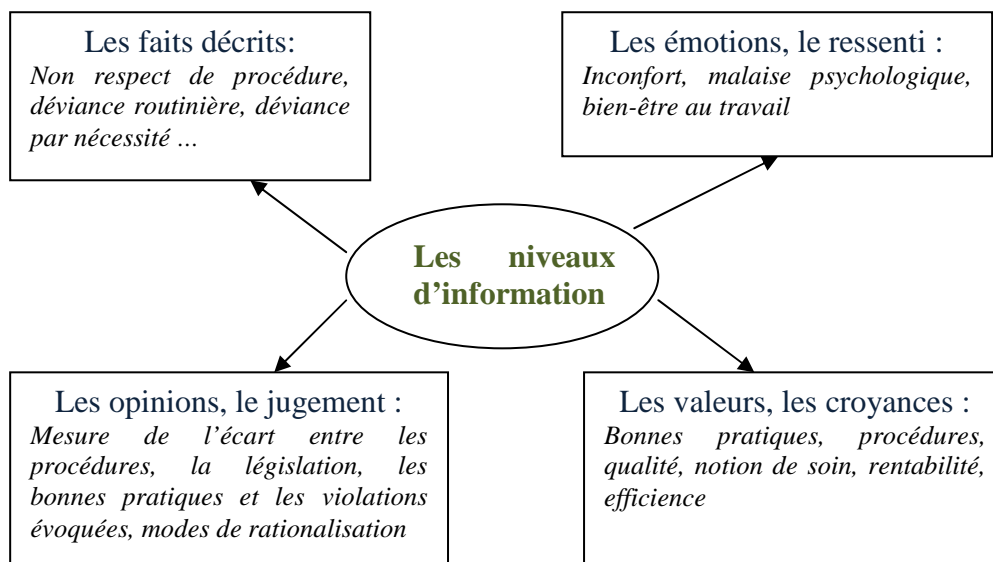


Figure 1: les niveaux d'information selon Guittet (2008)

Notre objectif est d'obtenir une « image suffisamment claire et précise de l'environnement humain et matériel d'une personne » (Guittet, 2008, p. 41). Nous nous sommes efforcée de même à saisir les contextes des situations de travail dans les blocs opératoires et les réalités vécues que les enquêtés nous décriraient. Pour saisir le discours de l'enquêté, il nous fallait aussi relever les écarts entre ses perceptions, ses sentiments et ses

opinions. Nous demandions aussi les « différences et les similitudes à partir de rapports de comparaison entre : vous/les autres (l'interviewé et les autres infirmiers), ici et ailleurs, avant et maintenant » (Guittet, 2008, p. 42). Ainsi, l'enquêté en convoquant différents éléments dans diverses dimensions comme l'espace, le temps et les collègues, clarifiait sa pensée car « la comparaison facilite la production d'informations nouvelles et amène à préciser, nuancer son point de vue » (*Ibid.*).

Notre stratégie était de partir des éléments les moins impliquant vers des dimensions plus personnelles. Nous suivions une chronologie, le déroulement de la carrière d'un infirmier par exemple. Nous partions des faits pour nous diriger vers le subjectif, le ressenti, les impressions, les sentiments de ce professionnel.

Cependant, comment avons-nous mené les échanges, les interactions ? Comment avons-nous encouragé la verbalisation d'un éventuel inconfort psychologique en regard d'une déviance plus ou moins avouable ? Comment avons-nous installé un climat propice se voulant exempt de quelque jugement de valeur que ce soit ? Comment avons-nous favorisé la mise en mots de sentiments, de ressenti ? Nos gestes, notre posture, notre regard, notre voix étaient-ils nos meilleurs alliés ou nos pires ennemis ? Pour aborder chaque entretien, il nous fallait faire preuve de maîtrise de soi tout en étant et paraissant détendu. Nous avons favorisé un espace où chacun puisse s'entendre. L'aménagement de l'espace favorisait l'expression de l'infirmier. Nous avons privilégié la position spatiale autour d'une table rectangulaire en « position d'angle, de coopération » (Guittet, 2008, p. 18). Notre attitude au moment de l'accueil était déterminante pour le reste de l'entretien, il nous a fallu préférer des gestes d'ouverture : « sourire, mains tendues vers son interlocuteur » (Guittet, 2008, p. 22). Lors de l'entretien, « une voix calme, douce, va apaiser, créer de la complicité » (Guittet, 2008, p. 28) et aider à l'expression des émotions face à certains contextes de soins, certaines pratiques professionnelles par exemple. Il fallait établir un climat favorisant la confiance. L'évocation du parcours professionnel et de son choix conduisait vers cette mise en confiance. De plus lors de l'échange, nous faisons appel à des relances, des reformulations. Nous tâchions d'influencer les réponses le moins possible. Notre vigilance devait aussi nous amener à nous adapter à la personne au regard de sa posture, de son expression, de son attitude...

Ainsi, nous avons conduit 11h30 d'entretiens. Nous reprenons dans les tableaux suivants la durée des entretiens

Genre N° entretien	Age	Années de diplôme IBODE	Etablissement et N° du bloc opératoire	Durée de l'entretien
♀ E1	28 ans	3 ans	Groupe hospitalier universitaire BO1	58 minutes
♀ E2	43 ans	4 ans	Centre hospitalier universitaire BO2	1h14
♂ E3	30 ans	3 ans	Centre hospitalier universitaire BO3	1h05
♀ E4	36 ans	5 ans	Centre hospitalier universitaire BO4	40 minutes
♀ E5	39 ans	5 ans	Centre hospitalier universitaire BO5	1h05

Tableau 12: Durée des entretiens pour l'échantillon IBODE peu expérimentés

Genre N° entretien	Age	Années de diplôme IBODE	Etablissement et N° du Bloc opératoire	Spécificités du bloc
♀ E6	40 ans	6 ans	Groupe hospitalier universitaire BO 6	59 minutes
♂ E7	42 ans	8 ans	Centre hospitalier universitaire BO 4	1h12
♀ E8	44 ans	10 ans	Centre hospitalier universitaire BO 7	46 minutes
♀ E9	46 ans	15 ans	Centre hospitalier Périphérique BO 8	1h18
♀ E10	53 ans	19 ans	Centre hospitalier périphérique BO 8	1h04

Tableau 13: Durée des entretiens pour l'échantillon IBODE expérimentés

La retranscription des données

Nous avons retranscrit les données grâce au logiciel Sphinx Plus 2. Grâce à son utilisation, nous traiterons les données qualitatives et quantitatives. Il rend possible aussi l'analyse multidimensionnelle. Mais, nous l'utiliserons aussi pour le traitement des données en utilisant des tests simples pour des questions à réponse unique sur une échelle, des questions à réponse ouverte numérique. Nous créerons aussi des groupes ou des strates dans l'échantillon que nous avons constitué. Nous constituerons des groupes en fonction de la nature des violations que les questionnés ont rapporté avoir commis en fonction de leurs expériences professionnelles IBODE.

V : ANALYSE QUANTITATIVE DES DONNEES

1- LES DETERMINANTS PROFESSIONNELS

Nous avons questionné 125 IBODE. Qui sont-ils ? Quel âge ont-ils ? Quelles sont leur nombre d'années d'exercice infirmier et d'exercice d'IBODE ? Le bloc opératoire dans lequel ils travaillent est-il mono ou pluridisciplinaire ? Si oui, de quelle spécialité chirurgicale ?

Le genre

Sur les 125 IBODE questionnés, 113 sont des femmes soit 90.4% et 12 des hommes soit 9.6%. Notre échantillon n'est pas représentatif de la population IBODE qui se compose de 12.88 % d'hommes.

GENRE M/F	Nb.cit.	Fréq.
Masculin	12	9,6%
Féminin	113	90,4%
TOTAL OBS.	125	100%

Tableau 14: Le genre des IBODE questionnés

L'âge

Les IBODE questionnés sont âgés de 26 à 62 ans. La moyenne d'âge est de 43 ans. L'écart type est de 8 ans.

Les femmes ont une moyenne d'âge de 42.73 ans.

Les hommes ont un âge moyen de 45.42 ans.

Près d'un quart (24%) de ces professionnels ont entre 40 et 45 ans. 8.4% ont entre 45 et 50 ans.

Pour la classe de 40 à 45 ans, 10 IBODE proviennent du CHU Nouvelle Aquitaine, 6 du CH de Lorraine, 5 ont répondu durant le congrès national, 4 travaillent au CH Gironde 3, 3 au CH Gironde 2 et 2 au CH Gironde 4. Ils ont un âge moyen de 41.87 ans.

Pour la classe de 45 à 50 ans, 5 IBODE proviennent du CHU Nouvelle Aquitaine, 5 ont répondu au questionnaire durant le congrès national, 3 durant le congrès régional d'Alsace. Trois IBODE exercent leur activité au CH Gironde 2, et 2 travaillent au CH Gironde 3 et 2 exercent au CH de Lorraine. Ils ont une moyenne d'âge de 46.87 ans. Il y a 3 hommes.

Age	Nb.cit.	Fréq.
Moins de 26	0	0,0%
De 26 à 30	7	5,6%
De 30 à 35	17	13,6%
De 35 à 40	17	13,6%
De 40 à 45	30	24,0%
De 45 à 50	23	18,4%
De 50 à 55	20	16,0%
De 55 à 60	9	7,2%
60 et plus	2	1,6%
TOTAL OBS.	125	100%
Minimum = 26, Maximum = 62		
Somme = 5373		
Moyenne = 42,98 Ecart-type = 8,36		

Tableau 15: L'âge des IBODE questionnés

Les années du diplôme d'Etat d'Infirmier

Les professionnels répondant aux questionnaires sont diplômés depuis 19.56 ans.

Pour 20.8% de ces professionnels, ils sont infirmiers depuis 15 à 20 ans. Sur ces 26 IBODE, 10 ont répondu lors du congrès national. Cinq proviennent du CHU Nouvelle Aquitaine, quatre du CH Gironde 2, trois du CH Gironde 3. 24 de ces IBODE sont des femmes. La moyenne d'âge est de 41 ans pour 17 ans de Diplôme d'Etat Infirmier.

17.6% ont à leur actif 20 à 25 ans de diplôme d'Etat d'Infirmier. Leur moyenne d'âge est de 44.82 ans. 8 IBODE travaillent au CHU Nouvelle Aquitaine, 5 au CH de Lorraine et 3 au CH Gironde 3.

Année IDE	Nb.cit.	Fréq.
Moins de 4	0	0,0%
De 4 à 5	1	0,8%
De 5 à 10	18	14,4%
De 10 à 15	20	16,0%
De 15 à 20	26	20,8%
De 20 à 25	22	17,6%
De 25 à 30	15	12,0%
De 30 à 35	15	12,0%
35 et plus	8	6,4%
TOTAL OBS.	125	100%
Minimum = 4, Maximum = 40		
Somme = 2445		
Moyenne = 19,56 Ecart-type = 8,82		

Tableau 16: Nombre d'années suite à l'obtention du Diplôme d'Etat Infirmier

Les années du diplôme d'Etat d'Infirmier de Bloc Opératoire

Sur les 125 IBODE questionnés, 31.2% ont moins de 5 ans d'expérience professionnelle tant qu'infirmier spécialisé en bloc opératoire. 21 % ont entre 5 à 10 ans d'expérience en tant qu'IBODE. Ils ont une moyenne d'âge de 36.13 ans. Ils ont à leur actif 11.51 années d'expérience infirmière pour 2.23 d'années tant qu'IBODE.

La classe de 5 à 10 ans est ensuite la plus importante puisqu'elle représente 21.6% des IBODE. Ces IBODE pour 9 d'entre eux travaillent au CHU Nouvelle Aquitaine, 3 au CH Gironde 3, 3 au CH de Lorraine. 3 ont répondu au questionnaire au congrès régional d'Alsace. Ces IBODE sont âgés en moyenne de 40.07 ans. Ces infirmiers sont depuis 16.55 ans Infirmiers et IBODE depuis 6.85 ans.

Année IBODE	Nb.cit.	Fréq.
Moins de 1	0	0,0%
De 1 à 5	39	31,2%
De 5 à 10	27	21,6%
De 10 à 15	19	15,2%
De 15 à 20	23	18,4%
De 20 à 25	12	9,6%
De 25 à 30	2	1,6%
30 et plus	3	2,4%
TOTAL OBS.	125	100%
Minimum = 1, Maximum = 33		
Somme = 1278		
Moyenne = 10,22 Ecart-type = 7,68		

Tableau 17: Années d'exercice en tant qu'IBODE

Caractéristique du bloc opératoire

66.4 % des IBODE questionnés travaillent au sein de blocs pluridisciplinaires. Les 33,6 % restant exercent dans des blocs mono disciplinaires. 19.1% d'entre eux travaillent en bloc opératoire de chirurgie orthopédique et traumatologique. 16.7% travaillent en bloc opératoire de chirurgie vasculaire. 11.9% des IBODE travaillant en bloc mono disciplinaire sont en bloc opératoire de chirurgie thoracique. 9.5% travaillent dans la spécialité chirurgicale d'Otorhinolaryngologie. 7.1% exercent leur activité en neurochirurgie. 7.1% travaillent en secteur d'urologie, 7.1% effectuent leur activité professionnelle en bloc opératoire de gynécologie.

Bloc mono disciplinaire	Nb.cit.	Fréq.
oui	42	33,6%
non	83	66,4%
TOTAL OBS.	125	100%

Tableau 18 : Caractéristique des blocs opératoires

2- LES VIOLATIONS

Nous aborderons les violations que les professionnels ont dit commettre dans les six derniers mois de leur exercice professionnel. Pour chacun des trois types de violations, nous présenterons le pourcentage d'IBODE déclarant commettre des violations au regard de l'explication leur étant donnée. Puis dans un deuxième temps, nous présenterons les pourcentages récoltés pour chaque exemple. Enfin, nous exposerons les comportements perfectibles ne satisfaisant pas les infirmiers au regard de chaque type de violation. Enfin, avant une synthèse, nous observerons si les IBODE déclarant effectuer des violations routinières déclarent commettre des violations par nécessité et par commodité.

Les violations routinières

Sur 125 IBODE questionnés, 57,6% affirment avoir commis une violation routinière dans les six derniers mois. De même, 75,2% déclarent avoir accueilli un ou plusieurs patients de manière perfectible. De plus, 72,8% avouent tolérer un nombre important de personnes en salle d'intervention.

Nous constatons qu'un taux moins important d'IBODE (57,6%) déclare avoir commis une violation alors que les taux d'IBODE reconnaissant commettre des pratiques perfectibles entraînant peu de risque pour le patient décrites dans les exemples proposés sont plus importants. Ainsi, 68,9% des IBODE ayant affirmé avoir réalisé des accueils perfectibles déclarent avoir commis des violations routinières. Autrement dit, 31,1% des IBODE déclarant avoir commis un accueil perfectible n'ont pas affirmé commettre de violations routinières. 71,8 % des IBODE ayant déclaré tolérer un nombre important de personnes en salle déclarent avoir commis une violation routinière.

De plus, 35,2 % (44) des IBODE ayant rempli le questionnaire déclarent avoir commis d'autres types de violations routinières. 20,5% de ces IBODE disent tolérer de nombreuses allers-venues en salles. 15,9% témoignent que les contrôles des dispositifs médicaux stériles doivent être mieux effectués. 13,9% témoignent que la réalisation de check-list sécurité patient doit être améliorée ou effectuée. Signalons que 6,4% des IBODE déclarent ne pas avoir commis de violations routinières.

Les violations par nécessité

Sur tous les IBODE ayant répondu au questionnaire, 47, 2% affirment avoir commis des violations par nécessité durant le dernier semestre. Nous notons que 44% de la totalité des IBODE déclarent tolérer des aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant en salle d'intervention. Sur ces 44%, 50.9% déclarent avoir commis des violations par nécessité. Nous remarquons aussi que 57.6% des IBODE n'effectuent pas de manière satisfaisante la check-list sécurité patient au bloc opératoire. Sur ce pourcentage d'IBODE, 62% d'infirmiers témoignent à la question précédente (n°11) avoir commis des violations par nécessité. Encore, 19.2% témoignent qu'ils n'ont pas vérifié les dispositifs médicaux. Sur ces 19,2%, 54.2 des IBODE déclarent avoir commis des violations par commodités. Par conséquent, nous notons que 62% des IBODE déclarant avoir réalisé des check-lists perfectibles déclarent avoir commis des violations par nécessité.

Nous notons que 17.6% signalent d'autres types de violations qu'ils identifient comme violation par nécessité. Il y a 22 valeurs différentes. Nous les avons regroupées de la façon suivante. 22.7% déclarent ne pas contrôler de manière exhaustive les dispositifs médicaux stériles et implantables. 13.6% de ces IBODE déclarent tolérer des pratiques perfectibles de la part des soignants médicaux et paramédicaux. 9.1% déclarent que les aides-soignants réalisent l'ouverture de la salle (contrôle des dispositifs médicaux de haute technologie).

Il n'y a que 0.8% de non réponse au regard des violations par nécessité.

Les violations par commodité

Pour ce type de violation, 23.2% des IBODE affirment en avoir effectué. 12% des IBODE questionnés déclarent ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux stériles réutilisables. Au contraire des deux premiers types de violations, les IBODE déclarant ne pas compter ont déclaré commettre des violations par commodité. 12% de la totalité des IBODE affirment ne pas mettre les dispositifs médicaux nécessaires à une conversion chirurgicale de voie d'abord. 53.3% de ces infirmiers spécialisés ont témoigné qu'ils accomplissaient des violations par commodité.

5.6% des IBODE témoignent d'autres violations qu'ils considèrent comme des violations par commodité : renseigner la check-list sécurité patient alors qu'elle n'est pas

réalisée, ne pas se positionner devant le chirurgien, tolérer des pratiques perfectibles, ne pas contrôler la mise en posture chirurgicale, ne pas connaître les différents temps chirurgicaux d'une intervention chirurgicale, ne pas contrôler la date des dispositifs implantables... Il y a une non-réponse concernant les violations par commodité.

Les violations routinières / violations par nécessité / violations par commodité

Sur les 57.2% d'IBODE déclarant commettre des violations routinières, un peu plus de la moitié (52.8%) relatent qu'ils réalisent des violations par nécessité et 26.8% affirment qu'ils accomplissent des violations par commodité.

Synthèse

Le tableau ci-dessous synthétise les réponses en pourcentages. Ils sont présentés au regard de la typologie des violations et au regard des exemples mobilisés.

Violations	Pourcentages
Routinières	57.6%
• Accueil patient perfectible	75.2%
• Nombre important des personnes en salle	72.8%
• Non-respect asepsie progressive	32%
• Autres	35.2%
• Non réponse	6.4%
Par nécessité	47,2%
• Aide-soignant dans le rôle de circulant	44%
• Non-respect check-list sécurité patient au bloc opératoire	57.6%
• Non vérification dispositifs médicaux	19.2%
• Autres	17.6%
• Non réponse	0.8%
Par facilité	23.2%
• Non compte des textiles et dispositifs médicaux	12%
• Pas de dispositifs médicaux pour la conversion	12%
• Autres	5.6%
• Non réponse	0.8%

Tableau 19: violations commises et pourcentages

Nous remarquons que pour les violations routinières et pour les violations par nécessité, certains IBODE ne déclarant pas commettre de violations de ces types affirment commettre ces types de violations au regard des exemples fournis lors de la passation du questionnaire. Nous remarquons, ainsi, que près de 30% de ces IBODE ne témoignent pas de la réalisation de violations routinières alors qu'ils ont répondu de façon positive aux deux premiers exemples de la question n°8. Il en est de même pour les violations par nécessité et le deuxième exemple de la question n°12. Par conséquent, 38% des IBODE effectuant en tant que coordonnateur la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de manière perfectible ne déclarent pas accomplir de violation par nécessité d'ordre général.

Nous remarquons que 75.2% des IBODE commettent des violations routinières en mentionnant ne pas réaliser un accueil du patient les satisfaisant BODE. 57.6% des IBODE témoignent qu'ils réalisent des violations par nécessité en remplissant de façon perfectible la check-list « sécurité patient au bloc opératoire ».

Nous constatons, de plus, que les IBODE révèlent réaliser plus de violations routinières (57.6% violations routinières d'ordre général et 75.2% accueil patient perfectible) que de violations par nécessité (47.2% violations par nécessité d'ordre général et 57% non-respect « check-list sécurité patient au bloc opératoire ») et que de violations par commodité (23.2%). Enfin, tous les professionnels effectuant des violations routinières n'effectuent pas de violations par nécessité ou par commodité.

3- LES AFFECTS AUTO-RAPPORTES / DISSONANCE

Dans l'échelle d'affects auto-rapportés en langue française de Lecrique (2007), les items la composant sont au nombre de vingt. Les huit premiers sont des affects auto-rapportés négatifs tournés vers soi-même. Les sept derniers sont des affects positifs. Enfin, nous trouvons au milieu de l'échelle les cinq affects auto rapportés composant le thermomètre de la dissonance : mal à l'aise, troublé, gêné, embarrassé et incommodé. Nous présentons dans cette partie les résultats sous forme de tableaux croisés : type de violation / items du thermomètre de dissonance.

Les violations routinières

Les violations routinières d'ordre général

Mal à l'aise

Violations Routinières/ Mal à l'aise	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,0	1,6	2,4	2,4	0,0	6,4
oui	0,8	15,2	20,8	13,6	7,2	57,6
non	10,4	12,8	6,4	3,2	3,2	36,0
TOTAL	11,2	29,6	29,6	19,2	10,4	100

Tableau 20: Violations routinières / mal à l'aise

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 29,68$, $ddl = 8$, $1-p = 99,98\%$.

15.2 % des IBODE affirmant avoir réalisé des violations routinières ne ressentent aucun malaise. Ils ont une moyenne d'âge de 40.16 ans (écart type 6.57). Ils sont infirmiers depuis 20.8 ans (écart type de 6.83). Ils sont devenus IBODE depuis 7 ans en moyenne (écart type 4.90). Ils travaillent pour 47.4% dans un bloc mono-disciplinaire.

20.8% des IBODE ayant témoigné de violations routinières se sentent un peu mal à l'aise. Ils sont âgés de 45.23 ans (écart type 8.65). Ils ont obtenu leur diplôme infirmier il y a 22.85 ans (écart type 9.23). Ces infirmiers se sont spécialisés il y a 13.31 ans (écart type 8.79). Ils travaillent pour 34.6% dans un bloc mono disciplinaire.

Encore, 13.6 % des infirmiers ayant dit commettre des violations routinières cochent la case « s'applique beaucoup à ce que je ressens », c'est-à-dire qu'ils se sentent très mal à l'aise. Ces IBODE travaillent à 52.9% dans un bloc opératoire mono disciplinaire. Ils ont une moyenne d'âge de 42.59 ans (écart type de 7.41). Ces IBODE sont depuis 19.24 ans infirmiers (écart type 6.56) et IBODE depuis 11.29 ans (écart type 6.73).

De même, 7.2 % des infirmiers déclarant effectuer des violations routinières éprouvent totalement un malaise. Elles ont un âge moyen de 39.11 ans (écart type 5.71). Ils exercent depuis 13.11 ans (écart type 4.96) en tant qu'infirmiers et depuis 4.44 ans (écart type 5.34) en tant qu'IBODE. Ils travaillent à 44% dans un bloc pluridisciplinaire. Nous constatons que

20.8% des IBODE déclarant avoir commis des violations routinières ressentent un malaise quand 20.8% disent sentir un peu un malaise.

Troublé

Violations Routinières/Troublé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,0	3,2	2,4	0,8	0,0	6,4
oui	0,8	24,8	21,6	8,8	1,6	57,6
non	10,4	16,8	3,2	4,0	1,6	36,0
TOTAL	11,2	44,8	27,2	13,6	3,2	100

Tableau 21: Violations routinières / troublé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 29,33$, ddl = 8, 1-p = 99,97%.

24.8% des IBODE ayant dit avoir effectué des violations routinières ne se sentent pas du tout troublés. Ils détiennent une moyenne d'âge de 41.71 ans (écart type 6.98). Ils sont infirmiers depuis 18.81 ans (écart type de 7). Ils se sont spécialisés il y a 9.65 ans (écart type 7.43). Ils travaillent pour 41.9% dans un bloc opératoire mono disciplinaire.

21.6% des IBODE relatant des violations routinières se sentent un peu troublés. Ces professionnels sont âgés en moyenne de 43.85 ans (écart type 9.03). Ils sont infirmiers depuis 21.07 ans (écart type 9.60). Ils ont suivi les études d'IBODE, il y a 11.67 ans (écart type 8.67). Ils travaillent à 44% dans des blocs opératoires mono disciplinaires.

8.8% se sentent très troublés. Leur moyenne d'âge est de 41.91 ans (écart type de 7.05). Ils sont infirmiers depuis 17.82 ans (écart type 6.71). Ils sont IBODE depuis 7.82 années (écart type 5.44). Ils pratiquent leur activité dans un bloc opératoire mono disciplinaire pour 45.5%.

1.6% ressentent totalement un trouble. Ils sont âgés de 38.50 (écart type 2.12). Ils sont infirmiers depuis 10.50 ans (écart type 3.54). Ils sont IBODE depuis 5.5 ans (écart type 2.12). Ils travaillent pour chacun d'eux dans un bloc mono disciplinaire et dans un bloc pluridisciplinaire. En fait, 10.4% des IBODE déclarant avoir commis des violations routinières ressentent un trouble.

Gêne

Violations Routinières/Gêne	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,0	2,4	2,4	1,6	0,0	6,4
oui	0,8	16,0	22,4	12,8	5,6	57,6
non	10,4	11,2	8,0	1,6	4,8	36,0
TOTAL	11,2	29,6	32,8	16,0	10,4	100

Tableau 22: Violations routinières / gêne

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 29,48$, ddl = 8, 1-p = 99,97%.

16 % des IBODE ne se sentent pas gênés. Ils détiennent une moyenne d'âge de 43.70 (écart type de 7.43). Ils sont infirmiers depuis 21.10 ans (écart type 7.81) et IBODE depuis 11.05 ans (écart type 7.10). Ils exercent pour 40% d'entre eux dans un bloc mono disciplinaire.

22.4% des IBODE spécifiant avoir réalisé des violations routinières ressentent une légère gêne. Ils ont une moyenne d'âge de 43.54 ans (écart type de 8.54). Ils ont fait leurs études d'infirmiers il y a 20.93 ans (écart type 9.01) et leurs études d'infirmier de bloc opératoire, il y a 12.21 ans (écart type 8.77). Ils travaillent pour 39.3% dans des blocs mono disciplinaires.

12.8% des IBODE ont répondu « s'applique beaucoup à ce que je ressens ». Ces IBODE ont une moyenne d'âge de 40.50 ans (écart type 7.18). Ils sont infirmiers depuis 16.19 ans (écart type 6.16) et IBODE depuis 6 ans (écart type de 4.32). Ils travaillent à 50% dans des blocs opératoires mono disciplinaires.

5.6% des IBODE déclarent ressentir une gêne en cochant le choix « s'applique tout à fait à ce que je ressens ». Ils ont 39.14 ans (écart type 5.70). Ils sont infirmiers depuis 14.57 ans (écart type 6.19). et IBODE depuis 7.43 ans (écart type 7.14). Ils travaillent pour 57.1% d'entre eux dans des blocs mono disciplinaires.

Embarrassé

Violations Routinières/Embarrassé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,0	3,2	1,6	1,6	0,0	6,4
oui	0,8	20,8	20,0	10,4	5,6	57,6
non	10,4	12,8	6,4	4,0	2,4	36,0
TOTAL	11,2	36,8	28,0	16,0	8,0	100

Tableau 23: Violations routinières / Embarrassé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 25,20$, ddl = 8, 1-p = 99,86%.

20.8% des IBODE ne se sentent aucunement embarrassé après avoir commis des violations routinières. Ils sont âgés de 42.54 ans (écart type de 7.53). Ils sont infirmiers depuis 20.12 ans (écart type 7.75). Ils sont IBODE depuis 9.62 années (écart type 7.38). Ils travaillent pour 46.2% dans des blocs mono disciplinaires.

20% se sentent un peu embarrassés. Ils ont 41.96 ans en moyenne (écart type 8.76). Ils ont obtenu leur diplôme d'infirmiers il y a 19.16 ans (écart type 9.30) et celui d'IBODE il y a 11.40 ans (écart type 8.91). Ils travaillent dans des blocs mono disciplinaires pour 32% d'entre eux.

10.4% des IBODE se sentent beaucoup embarrassés. Ils détiennent une moyenne d'âge de 45.23 ans (écart type 6.86). Ils sont devenus infirmiers en moyenne 21 ans (écart type 6.63) auparavant et IBODE il y a 10.15 ans (écart type 5.94). Ils travaillent à 53.9% en bloc opératoire mono disciplinaire.

5.6% des IBODE affirmant commettre des violations routinières se sentent totalement embarrassés. Ils sont âgés en moyenne de 38.86 ans (écart type 5.27). Ils ont passé leur diplôme infirmier il y a 13.43 ans (écart type 5.74) et sont devenus IBODE il y a 6.29 ans (écart type 6.32). Pour 57.1% d'entre eux, ils exercent en bloc mono disciplinaire.

Incommodé

Violations Routinières/Incommodé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,0	4,0	1,6	0,8	0,0	6,4
oui	1,6	29,6	12,8	8,0	5,6	57,6
non	10,4	18,4	3,2	2,4	1,6	36,0
TOTAL	12,0	52,0	17,6	11,2	7,2	100

Tableau 24: violations routinières / Incommodé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 22,99$, ddl = 8, 1-p = 99,66%.

29.6% des IBODE ne se sentent pas incommodés. Ils sont en moyenne 41.70 ans (écart type 6.92). Ils sont infirmiers depuis 19.11 ans (écart type 7.21). Ils sont IBODE depuis 9.78 ans (écart type 7.03). Ils pratiquent leur activité d'infirmiers spécialisés en bloc mono disciplinaire pour 43.2% d'entre eux.

12.8% des IBODE déclarant avoir réalisé des violations routinières se sentent un peu incommodés. Ils sont âgés de 45.51 ans en moyenne (écart type 10.43). Ils sont infirmiers depuis 22.44 ans (écart type 11.27). Ils sont IBODE depuis 12.69 ans (écart type 9.84). Ils exercent à 43.8% dans des blocs opératoires mono disciplinaires.

8% des IBODE se sentent beaucoup incommodés. Ils sont âgés en moyenne de 40.90 ans (écart type de 7.19). Ils sont infirmiers depuis 17.10 ans en moyenne (écart type 5.41). Ils sont spécialisés depuis 7.90 ans (écart type 5.32). Ils exercent leur activité en bloc opératoire mono disciplinaire pour 40.0%.

5.6% des IBODE se sentent totalement incommodés. Ils ont en moyenne 41.57 ans (écart type 5.26). Ils ont obtenu leur diplôme d'infirmier il y a 15.29 ans (écart type 5.85) et leur diplôme d'IBODE, il y a 7.14 ans (écart type 7.38). Ils sont IBODE dans des blocs opératoires mono disciplinaires pour 42.9% d'entre eux.

Synthèse

Expérience IBODE (ans) Violations routinières / Thermomètre	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens
Mal à l'aise	7.00	13.31	11.29	4.44
Troublé	9.65	11.67	7.82	5.50
Gêné	11.05	12.21	6.00	7.43
Embarrassé	9.62	11.40	10.15	6.29
Incommodé	9.78	12.69	7.90	7.14

Tableau 25: Violations routinières et thermomètre de dissonance / années d'expérience professionnelle IBODE

Nous remarquons que l'intensité de l'affect auto rapporté augmente alors que les années d'expérience IBODE s'amenuisent. Autrement dit, les IBODE ayant le moins d'expériences professionnelles en tant qu'IBODE ressentent plus intensément les états d'inconfort psychologique lorsqu'ils disent commettre des violations routinières d'ordre général.

Ainsi, les IBODE ressentant le plus de malaise car elles ont coché la case « S'applique tout à fait à ce que je ressens » sont les IBODE ayant à leur actif 4.44 années d'exercice professionnel IBODE. Leurs collègues ayant commis des violations routinières disant ressentir un malaise moins important en cochant la case « S'applique beaucoup à ce que je ressens » détiennent quant à eux 11.29 ans d'expérience professionnelle IBODE. Pour les IBODE déclarant se sentir légèrement mal à l'aise car ils ont coché la case « S'applique un peu à ce que je ressens » ont 13.31 ans d'activité infirmière en tant qu'infirmier de bloc spécialisé. Nous remarquons ainsi cette diminution d'années d'expérience professionnelle IBODE pour les affects « troublé », « embarrassé » et « incommode ».

Nous notons que pour l'affect auto-rapporté « gêné », les IBODE ressentant le plus de gêne ont en moyenne 1.43 ans d'expérience IBODE en plus car les IBODE le moins gêné ont 6 ans d'exercice IBODE (écart type 4.32, répartition de 1 an à 16 ans) et les IBODE ressentant le plus de gêne ont une moyenne de 7.43 ans (écart type 7.14, répartition de 1an à 18 ans).

L'accueil du patient non satisfaisant

Mal à l'aise

Accueil patient/Mal à l'aise	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
oui	2,4	24,0	23,2	16,0	9,6	75,2
non	8,8	5,6	6,4	3,2	0,8	24,8
TOTAL	11,2	29,6	29,6	19,2	10,4	100

Tableau 26: Accueil du patient non satisfaisant / Mal à l'aise

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 25,48$, ddl = 4, 1-p = >99,99%.

24% des IBODE déclarant ne pas réaliser un accueil satisfaisant ne sentent pas du tout mal à l'aise. Ils détiennent une moyenne d'âge de 41.40 (écart type 8.09). Ils sont infirmiers depuis 17.27 (écart type 7.27). Ils sont devenus IBODE, il y a 7.90 ans (écart type 6.27). 30% exercent dans un bloc mon disciplinaire.

23.2 % des IBODE non satisfaits de l'accueil offert au patient se sentent un peu mal à l'aise. Ils ont une moyenne d'âge de 44.6 ans (écart type 8.29). Ils sont devenus infirmiers 22.66 ans auparavant (écart type 9.02). Ils se sont spécialisés 12.38 ans (écart type 8.66) plus tôt. Ils travaillent pour 37.9% dans un bloc mono disciplinaire.

16% des IBODE déclarant un accueil perfectible se sentent beaucoup mal à l'aise. Ils sont âgés en moyenne de 40.95 (écart type 9.35). Ils sont infirmiers depuis 18.05 (écart type 8.42) et IBODE depuis 9.65 ans (écart type 6.16). Ils sont employés dans un bloc opératoire mono disciplinaire pour 45% d'entre eux.

9.6% des IBODE témoignant d'un accueil de mauvaise qualité affirment qu'ils ressentent tout à fait un malaise. Ils ont une moyenne d'âge de 41.33 ans (écart type 6.54). Ils

ont à leur actif 15.25 ans d'exercice infirmier (écart type 7.51) et 4.75 ans d'exercice IBODE (écart type 4.99). Ils travaillent dans un bloc mono disciplinaire à 50%.

Troublé

Accueil patient/Troublé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
oui	2,4	33,6	22,4	13,6	3,2	75,2
non	8,8	11,2	4,8	0,0	0,0	24,8
TOTAL	11,2	44,8	27,2	13,6	3,2	100

Tableau 27: Accueil du patient non satisfaisant / Troublé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 29,57$, ddl = 4, 1-p = >99,99%.

33.6% des IBODE non satisfaits par leur accueil prodigué au patient ne se sentent pas troublés. Ils sont âgés de 41.14 ans (écart type de 8.20). Ils sont devenus infirmiers en moyenne il y a 17.36 ans (écart type 7.27) et IBODE il y a 8.71 ans (écart type 6.90). Ils travaillent pour 28.6 % dans un bloc mono disciplinaire.

22.4% des IBODE ayant répondu positivement à la question sur l'accueil non satisfaisant se sentent un peu troublés. Ils sont âgés de 43.79 ans (écart type 8.91). Ils ont passé leur diplôme d'infirmier 21.36 ans (écart type 9.65) en amont. Ils sont devenus IBODE il y a 11.25 ans (écart type 8.71). Ils travaillent pour 46.% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

13.6 % des IBODE évaluant l'accueil du patient à parfaire se décrivent très troublés. Ils ont une moyenne d'âge de 42.59 ans (écart type 8). Ces professionnels sont infirmiers depuis 18.53 ans (écart type 8.52) et IBODE depuis 8.24 ans (écart type 6.14). 47.1% de ces IBODE exercent en bloc mono disciplinaire

3.2% des IBODE non satisfaits par l'accueil prodigué à la personne bénéficiant d'une intervention chirurgicale sont totalement troublés. Ils sont âgés de 44.25 ans (écart type 6.95). Ils sont devenus infirmiers il y a 19.25 ans (écart type 10.60) et IBODE 6.25 années en amont. Ils travaillent pour 50% en bloc mono disciplinaire.

Gêne

Accueil patient/Gêne	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
oui	2,4	22,4	24,8	16,0	9,6	75,2
non	8,8	7,2	8,0	0,0	0,8	24,8
TOTAL	11,2	29,6	32,8	16,0	10,4	100

Tableau 28: Accueil du patient non satisfaisant / Gêne

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 30,35$, ddl = 4, 1-p = >99,99%.

22.4% des IBODE non contentés par leur accueil ne ressentent aucune gêne. Ils ont 43.64 ans (écart type 8.53). Ils sont infirmiers depuis 19.64 ans (écart type 7.92) et IBODE depuis 10.43 (écart type 6.82). 32.1% travaillent dans un bloc mono disciplinaire.

24.8% déclarant l'accueil fait à la personne à améliorer déclarent un peu ressentir une gêne. Ils sont âgés de 42.65 (écart type 8.51). Ils ont été diplômés infirmiers 20.23 ans (écart type 9.29) auparavant. Ils sont IBODE depuis 10.87 (écart type 8.66). 32.3% sont IBODE en bloc mono disciplinaire.

16% des IBODE ressentent beaucoup une gêne. Ils détiennent une moyenne d'âge de 41.05 ans (écart type 8.51). Ils sont infirmiers depuis 17.40 ans (écart type 8.17) et IBODE depuis 7.20 ans (écart type 5.57). Ils œuvrent en bloc monodisciplinaire pour 45% d'entre eux.

9.6% ressentent « tout à fait » une gêne. Ils sont âgés de 40.83 ans (écart type 7.23). Ils ont étudié les soins infirmiers 16.17 ans auparavant (écart type 7.95). Ils sont devenus IBODE il y a 6.08 ans (écart type 6.01). Ils travaillent pour 41.7% en bloc opératoire mono disciplinaire.

Embarrassé

Accueil patient/Embarrassé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
oui	2,4	28,0	20,8	16,0	8,0	75,2
non	8,8	8,8	7,2	0,0	0,0	24,8
TOTAL	11,2	36,8	28,0	16,0	8,0	100

Tableau 29: Accueil du patient non satisfaisant / Embarrassé

La différence est très significative. $\chi^2 = 31,63$, ddl = 4, 1-p = >99,99%.

28% des IBODE percevant leur accueil perfectible auprès du patient ne se sentent pas du tout embarrassés. Ils sont âgés en moyenne de 41.97 (écart type 8.22). Ces IBODE sont devenus infirmiers il y a 18.46 ans (écart type 7.83) et IBODE 8.40 années auparavant (écart type 6.62). Ils travaillent à 37.1% en bloc pluridisciplinaire.

20.8% des professionnels non contents de l'accueil se sentent un peu embarrassés. Ils sont âgés en moyenne de 42.58 ans (écart type 8.73). Ils ont suivi leurs études d'infirmiers il y a 19.85 ans (écart type 9.37) et leurs études de spécialité de bloc opératoire 11.65 (écart type 8.90) années avant l'enquête. Ils exercent pour 26.9% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

16% des IBODE se disant non satisfait de leur accueil se sentent beaucoup embarrassés. Ils présentent une moyenne d'âge de 43.35 ans (écart type 9.25). Ils sont auxiliaires médicaux depuis 20.15 ans (écart type 8.76) et spécialisés depuis 9.50 ans (écart type 6.34). Ils travaillent à 45% en bloc opératoire mono disciplinaire.

8% des IBODE n'évaluant pas de manière acceptable leur accueil se sentent tout à fait embarrassés. Ils sont âgés de 41.20 ans (écart type 6.13). Ils ont suivi leurs études d'infirmiers il y a 15.40 ans (écart type 7.68). Ils sont devenus IBODE depuis 5.90 ans (écart type 5.76). Les blocs opératoires les accueillant en tant qu'IBODE sont pour 60% mono disciplinaires.

Incommodé

Accueil patient/Incommodé	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique à tout à fait à ce que je ressens	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	TOTAL
oui	3,2	39,2	14,4	11,2	7,2	75,2
non	8,8	12,8	3,2	0,0	0,0	24,8
TOTAL	12,0	52,0	17,6	11,2	7,2	100

Tableau 30 : Accueil du patient non satisfaisant / Incommodé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 27,05$, ddl = 4, $1-p = >99,99\%$.

39.2% des IBODE non satisfaits par leur accueil offert au patient ne se sentent pas incommodés. Ils sont âgés de 41.41 (écart type de 7.99). Ils sont devenus infirmiers en moyenne il y a 18.02 ans (écart type 7.66) et IBODE il y a 8.74 ans (écart type 6.64). Ils travaillent pour 34.7 % dans un bloc mono disciplinaire.

14.4% des IBODE ayant répondu affirmativement à la question sur l'accueil non satisfaisant se sentent un peu incommodés. Ils sont âgés de 44.89 (écart type 9.96). Ils ont passé leur diplôme d'infirmier 21.78 ans en amont (écart type 11.05). Ils sont devenus IBODE il y a 11.67 ans (écart type 9.79). Ils travaillent pour 44.4% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

11.2 % des IBODE évaluant l'accueil du patient à parfaire se décrivent beaucoup incommodés. Elles ont une moyenne d'âge de 41.71 ans (écart type 8.77). Ces professionnels sont infirmiers depuis 18.64 ans (écart type 8.30) et IBODE depuis 9.21 ans (écart type 6). 35.7% de ces IBODE exercent en bloc mono disciplinaire.

7.2% non satisfaits par l'accueil prodigué à la personne bénéficiant d'une intervention chirurgicale sont totalement incommodés. Ils sont âgés de 43 ans (écart type 5.79). Ils sont devenus infirmiers il y a 17.56 ans (écart type 7.32) et IBODE 6.89 années en amont. (écart type 6.88). Ils travaillent pour 44.4% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

Synthèse

Expérience IBODE (ans) Accueil non satisfaisant/ Thermomètre	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens
Mal à l'aise	7.90	12.38	9.65	4.75
Troublé	8.71	11.25	8.24	6.25
Gêné	10.43	10.87	7.20	6.08
Embarrassé	8.40	11.65	9.50	5.90
Incommodé	8.74	11.67	9.21	6.89

Tableau 31 : Accueil non satisfaisant et thermomètre de dissonance / années d'expérience professionnelle IBODE

Nous remarquons que l'intensité de l'affect auto-rapporté augmente alors que les années d'expérience IBODE s'amenuisent. Autrement dit, les IBODE ayant le moins d'expériences professionnelles en tant qu'IBODE ressentent plus intensément les états d'inconfort psychologique lorsqu'ils déclarent accueillir le patient pris en charge d'une manière non satisfaisante.

Tolérer un nombre important de personnes en salle

Mal à l'aise

Nombre important/Mal à l'aise	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,8
oui	0,8	24,0	23,2	15,2	9,6	72,8
non	10,4	5,6	5,6	4,0	0,8	26,4
TOTAL	11,2	29,6	29,6	19,2	10,4	100

Tableau 32: Nombre important de personnes en salle / Mal à l'aise

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 38,98$, ddl = 8, 1-p = >99,99%.

24.0% des IBODE déclarant tolérer un nombre important de personnes en salle ne se sentent pas du tout mal à l'aise. Ils détiennent une moyenne d'âge de 41.70 ans (écart type 8.94). Ils sont infirmiers depuis 17.60 ans (écart type 8.48). Ils sont devenus IBODE, il y a 8.93 ans (écart type 8.46). 33.3% exercent dans un bloc mono disciplinaire.

23.2 % des IBODE tolérant des personnes en salle en nombre considérable se sentent un peu mal à l'aise. Ils ont une moyenne d'âge de 47.35 ans (écart type 6.20). Ils sont devenus infirmiers 24.72 ans auparavant (écart type 7.63). Ils se sont spécialisés 13.94 ans (écart type 8) plus tôt. Ils travaillent pour 41.1% dans un bloc mono disciplinaire.

15.2% des IBODE déclarant admettre un nombre important de personnes en salle se sentent beaucoup mal à l'aise. Ils sont âgés en moyenne de 42.37 ans (écart type 9.54). Ils sont infirmiers depuis 19.47 ans (écart type 8.97) et IBODE depuis 10.58 ans (écart type 5.95). Ils sont employés dans un bloc opératoire mono disciplinaire pour 52.6% d'entre eux.

9.6% des IBODE témoignant d'un accueil de mauvaise qualité affirmant qu'ils ressentent tout à fait un malaise. Ils ont une moyenne d'âge de 41.08 ans (écart type 7.01). Ils ont à leur actif 15.17 ans d'exercice infirmier (écart type 7.61) et 4.83 ans d'exercice IBODE (écart type 4.93). Ils travaillent dans un bloc mono disciplinaire à 41.7%.

Troublé

Nombre important/Troublé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,8
oui	0,8	32,8	24,0	12,0	3,2	72,8
non	10,4	12,0	2,4	1,6	0,0	26,4
TOTAL	11,2	44,8	27,2	13,6	3,2	100

Tableau 33: Nombre important de personnes en salle /Troublé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 42,88$, ddl = 8, 1-p = >99,99%.

32.8% des IBODE ayant dit avoir admis un nombre important de personnes en salle d'intervention ne se sentent pas du tout troublés. Ils détiennent une moyenne d'âge de 42.29 ans (écart type 8.84). Ils sont infirmiers depuis 18.24 ans (écart type de 8.49). Ils se sont spécialisés il y a 9.56 ans (écart type 8.34). Ils travaillent pour 34.2% dans un bloc opératoire mono disciplinaire.

24% des IBODE relatant admettre un nombre important de personnes en salle se sentent un peu troublés. Ces professionnels sont âgés en moyenne de 45.37 ans (écart type 8.03). Ils sont infirmiers depuis 22.87 ans (écart type 9.60). Ils ont suivi les études d'IBODE, il y a 12.90 ans (écart type 8.03). Ils travaillent à 46.7% dans des blocs opératoires mono disciplinaires.

12% des IBODE relatant tolérer un grand nombre de personnes en salle déclarent qu'ils se sentent beaucoup troublés. Leur moyenne d'âge est de 43.33 ans (écart type de 7.93). Ils sont infirmiers depuis 19.07 ans (écart type 8.50). Ils sont IBODE depuis 8.47 ans (écart type 6.19). Ils pratiquent leur activité dans un bloc opératoire mono disciplinaire pour 46.7%.

3.2% des IBODE ayant commis la même violation routinière ressentent totalement un trouble. Ils sont âgés de 44.25 ans (écart type 6.95). Ils sont infirmiers depuis 19.25 ans (écart type 10.60). Ils sont IBODE depuis 6.25 ans (écart type 3.59). Ils travaillent pour chacun d'entre eux dans un bloc mono disciplinaire et dans un bloc pluridisciplinaire.

Gêne

Nombre important/Gêne	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,8
oui	0,8	21,6	26,4	13,6	10,4	72,8
non	10,4	8,0	5,6	2,4	0,0	26,4
TOTAL	11,2	29,6	32,8	16,0	10,4	100

Tableau 34: Nombre important de personnes en salle / Gêne

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 41,60$, ddl = 8, 1-p = >99,99%.

21.6 % des IBODE tolérant un nombre de personnes important ne se sentent pas gênés. Ils détiennent une moyenne d'âge de 45.30 ans (écart type de 8.79). Ils sont infirmiers depuis 21.37 (écart type 8.90) et IBODE depuis 11.96 ans (écart type 8.61). Ils exercent pour 33.3% d'entre eux dans un bloc mono disciplinaire.

26.4% des IBODE spécifiant avoir réalisé ce genre de violations routinières ressentent un peu une gêne. Ils sont une moyenne d'âge de 44.24 ans (écart type de 8.19). Ils ont fait leurs études d'infirmiers il y a 21.39 ans (écart type 9.12) et leurs études d'infirmier de bloc opératoire, il y a 12.21 ans (écart type 8.21). Ils travaillent pour 42.4% dans des blocs mono disciplinaires.

13.6% des IBODE ont répondu « s'applique beaucoup à ce que je ressens ». Ces IBODE ont une moyenne d'âge de 42.41 ans (écart type 7.96). Ils sont infirmiers depuis 18.47 ans (écart type 7.76) et IBODE depuis 7.65 ans (écart type de 5.51). Ils travaillent à 41.2% dans des blocs opératoires mono disciplinaires.

10.4% des IBODE déclarent ressentir une gêne en cochant la case « s'applique tout à fait à ce que je ressens ». Ils ont 39.85 ans (écart type 7.79). Ils sont infirmiers depuis 15.39 ans (écart type 8.12) et IBODE depuis 5.77 ans (écart type 5.86). Ils travaillent pour 53.9% d'entre eux dans des blocs mono disciplinaires.

Embarrassé

Nombre important/Embarrassé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	0,8	27,2	23,2	14,4	7,2	72,8
non	10,4	8,8	4,8	1,6	0,8	26,4
TOTAL	11,2	36,8	28,0	16,0	8,0	100

Tableau 35: Nombre important de personnes en salle / Embarrassé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 39,44$, ddl = 8, 1-p = >99,99%.

27.2% des IBODE ne se sentent aucunement embarrassés après avoir commis des violations routinières de ce type. Ils sont âgés de 42.77 ans en moyenne (écart type de 9.42). Ils sont infirmiers depuis 19.09 ans (écart type 9.47). Ils sont IBODE depuis 9.27 années (écart type 8.62). Ils travaillent pour 38.2% dans des blocs mono disciplinaires.

23.2% tolérant un nombre important de personnes en salle se sentent un peu embarrassés. Ils ont 44.59 ans en moyenne (écart type 7.40). Ils ont obtenu leur diplôme d'infirmiers il y a 21.69 ans (écart type 8.30) et celui d'IBODE il y a 13.24 ans (écart type 7.76). Ils travaillent dans des blocs mono disciplinaires pour 34.5% d'entre eux.

14.4% des IBODE se sentent beaucoup embarrassés. Ils détiennent une moyenne d'âge de 44.11 ans (écart type 9.19). Ils sont devenus infirmiers en moyenne 20.67 (écart type 8.83) ans auparavant et IBODE il y a 9.67 ans (écart type 6.54). Ils travaillent pour la moitié dans un bloc mono disciplinaire.

7.2% des IBODE affirmant commettre des violations routinières de cet exemple se sentent totalement embarrassés. Ils sont âgés en moyenne de 42.33 ans (écart type 5.27). Ils ont passé leur diplôme infirmier il y a 16.33 ans (écart type 7.52) et sont devenus IBODE il y a 6.44 ans (écart type 5.83). Pour 55.6% d'entre eux, ils exercent en bloc mono disciplinaire.

Incommodé

Nombre important/Incommodé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	1,6	38,4	16,0	9,6	7,2	72,8
non	10,4	12,8	1,6	1,6	0,0	26,4
TOTAL	12,0	52,0	17,6	11,2	7,2	100

Tableau 36: Nombre important de personnes en salle / Incommodé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 36,81$, ddl = 8, 1-p = >99,99%.

38.4% des IBODE ne se sentent pas incommodés. Ils sont en moyenne 43.10 ans (écart type 8.38). Ils sont infirmiers depuis 19.77 ans (écart type 8.56). Ils sont IBODE depuis 10.58 ans (écart type 7.82). Ils pratiquent leur activité d'infirmiers spécialisés en bloc mono disciplinaire pour 41.7%.

16% des IBODE déclarant avoir toléré un grand nombre de personnes en salle se sentent un peu incommodés. Ils sont âgés de 45.20 ans en moyenne (écart type 9.76). Ils sont infirmiers depuis 21.55 ans (écart type 10.78). Ils sont IBODE depuis 11.40 ans (écart type 9.57). Ils exercent à 40% dans des blocs opératoires mono disciplinaires.

9.6% des IBODE se sentent beaucoup incommodés. Ils sont âgés en moyenne de 42.92 ans (écart type de 8.17). Ils sont infirmiers depuis 19.50 ans en moyenne (écart type 7.91). Ils sont spécialisés depuis 9.67 ans (écart type 5.96). Ils travaillent pour 33.3% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

7.2% des IBODE tolérant un grand nombre de personnes en salle se sentent totalement incommodés. Ils ont en moyenne 43 ans (écart type 5.72). Ils ont obtenu leur diplôme d'infirmier il y a 17.56 ans (écart type 7.32) et leur diplôme d'IBODE, il y a 6.89 ans (écart type 6.88). Ils sont IBODE dans des blocs opératoires mono disciplinaires pour 44.4% d'entre eux.

Synthèse

Expérience IBODE (ans) Nombre important / Thermomètre	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens
Mal à l'aise	8.93	13.93	10.58	4.83
Troublé	9.56	12.90	8.47	6.25
Gêne	11.96	12.21	7.65	5.77
Embarrassé	9.27	13.24	9.67	6.44
Incommodé	10.58	11.40	9.67	6.89

Tableau 37: Tolérer un nombre important de personnes en salle et thermomètre de dissonance / années d'expérience professionnelle IBODE

Nous remarquons que l'intensité de l'affect auto-rapporté augmente alors que les années d'expérience IBODE s'amenuisent. Autrement dit, les IBODE ayant le moins d'expérience professionnelle en tant qu'IBODE ressentent plus intensément les états d'inconfort psychologique (mal à l'aise, troublé, gêné, embarrassé, incommodé) lorsqu'ils se remémorent tolérer un nombre important de personnes en salle.

Ainsi, les IBODE ressentant le plus de malaise car elles ont coché la case « S'applique tout à fait à ce que je ressens » sont les IBODE ayant à leur actif 4.83 années d'exercice professionnel IBODE. Leurs collègues ayant toléré un nombre important de personnes en salles et disant ressentir un malaise moins important en cochant la case « S'applique beaucoup à ce que je ressens » détiennent quant à eux 10.58 ans d'expérience professionnelle IBODE. Les IBODE déclarant se sentir légèrement mal à l'aise car ils ont coché la case « S'applique un peu à ce que je ressens » ont 13.93 ans d'activité infirmière en tant qu'infirmier de bloc spécialisé. Nous remarquons ainsi cette diminution d'années d'expérience professionnelle IBODE pour les affects « troublé », « gêné », « embarrassé » et « incommodé ».

Ne pas respecter les règles d'asepsie progressive

Mal à l'aise

Non-respect aseptie progressive/Mal à l'aise	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	1,6	0,0	1,6	0,8	0,0	4,0
oui	0,8	12,8	10,4	5,6	2,4	32,0
non	8,8	16,8	17,6	12,8	8,0	64,0
TOTAL	11,2	29,6	29,6	19,2	10,4	100

Tableau 38: Ne pas respecter les règles d'asepsie en salle / Mal à l'aise

La dépendance n'est pas significative. $\chi^2 = 11,80$, ddl = 8, 1-p = 83,98%.

12.8% des IBODE déclarant ne pas respecter les règles d'asepsie progressive ne se sentent pas du tout mal à l'aise. Ils détiennent une moyenne d'âge de 43.38 ans (écart type 7.59). Ils sont infirmiers depuis 19.31 ans (écart type 5.83). Ils sont devenus IBODE, il y a 8.94 ans (écart type 7.65). 37.5% exercent dans un bloc mono disciplinaire.

10.4 % des IBODE ne respectant pas les règles d'asepsie progressive se sentent un peu mal à l'aise. Ils ont une moyenne d'âge de 48.92 ans (écart type 6.13). Ils sont devenus infirmiers 26.85 ans auparavant (écart type 7.49). Ils se sont spécialisés 14.54 ans (écart type 8.66) plus tôt. Ils travaillent pour 30.8% dans un bloc mono disciplinaire.

5.6% des IBODE déclarant ne pas respecter les règles d'asepsie progressive se sentent beaucoup mal à l'aise. Ils sont âgés en moyenne de 45.57 ans (écart type 12.14). Ils sont infirmiers depuis 22.86 ans (écart type 12.36) et IBODE depuis 11.43 ans (écart type 6.37). Ils sont employés dans un bloc opératoire mono disciplinaire pour 71.4% d'entre eux.

2.4% des IBODE témoignant de règles d'asepsie perfectible affirment qu'ils ressentent tout à fait un malaise. Ils ont une moyenne d'âge de 35.67 ans (écart type 3.79). Ils ont à leur actif 11.67 ans d'exercice infirmier (écart type 2.89) et 2.67 ans d'exercice IBODE (écart type 2.08). Ils travaillent dans un bloc mono disciplinaire à 33.3%

Troublé

Non-respect aseptie progressive/Troublé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	1,6	0,8	1,6	0,0	0,0	4,0
oui	0,8	13,6	12,0	4,8	0,8	32,0
non	8,8	30,4	13,6	8,8	2,4	64,0
TOTAL	11,2	44,8	27,2	13,6	3,2	100

Tableau 39: Ne pas respecter les règles d'asepsie en salle / Troublé

La dépendance n'est pas significative. $\chi^2 = 11,67$, ddl = 8, 1-p = 83,36%.

13.6% des IBODE ne respectant pas les règles d'asepsie progressive ne se sentent pas troublés. Ils sont âgés de 43.53 ans (écart type de 8.26). Ils sont devenus infirmiers en moyenne il y a 20 ans (écart type 7.20) et IBODE il y a 10.47 ans (écart type 7.64). Ils travaillent pour 41.2 % dans un bloc mono disciplinaire.

12% des IBODE ayant répondu positivement à la question sur non respect des règles d'asepsie progressive se sentent un peu troublés. Ils sont âgés de 46.60 ans (écart type 8.33). Ils ont passé leur diplôme d'infirmier 24.13 années en amont (écart type 9.30). Ils sont devenus IBODE il y a 11.93 ans (écart type 8.63). Ils travaillent pour 33.3% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

4.8 % des IBODE évaluant qu'ils ne respectent pas les règles d'asepsie progressive se décrivent beaucoup troublés. Elles ont une moyenne d'âge de 46.67 ans (écart type 10.13). Ces professionnels sont infirmiers depuis 23 ans (écart type 10.94) et IBODE depuis 9.33 ans (écart type 7.61). 66.7% de ces IBODE exercent en bloc mono disciplinaire.

0.8% non respectueux des règles d'asepsie progressive sont totalement troublés. Il est âgé de 37 ans. Il est devenu infirmiers il y a 13 ans et IBODE 7 années en amont. Il travaille dans un bloc pluridisciplinaire.

Gêne

Non-respect aseptie progressive/Gêne	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	1,6	0,8	1,6	0,0	0,0	4,0
oui	0,8	8,8	12,8	5,6	4,0	32,0
non	8,8	20,0	18,4	10,4	6,4	64,0
TOTAL	11,2	29,6	32,8	16,0	10,4	100

Tableau 40 : Ne pas respecter les règles d'asepsie en salle / Gêne

La dépendance n'est pas significative. $\chi^2 = 9,83$, ddl = 8, 1-p = 72,30%

8.8% des IBODE ne respectant pas les règles d'asepsie progressive ne ressentent aucune gêne. Ils ont 46.09 ans (écart type 8.84). Ils sont infirmiers depuis 22.27 ans (écart type 7.59) et IBODE depuis 13.27 ans (écart type 7.95). 36.4% travaillent dans un bloc mono disciplinaire.

12.8% déclarant ne pas respecter les règles d'asepsie déclarent un peu ressentir une gêne. Ils sont âgés de 46.63 ans (écart type 7.83). Ils ont été diplômés infirmiers 24.19 ans (écart type 8.74) auparavant. Ils sont IBODE depuis 12.06 ans (écart type 8). 37.5% sont IBODE en bloc mono disciplinaire.

5.6% des IBODE ressentent beaucoup une gêne. Ils détiennent une moyenne d'âge 45.29 ans (écart type 9.74). Ils sont infirmiers depuis 21.86 (écart type 10.34) et IBODE depuis 9.57 ans (écart type 6.75). Ils œuvrent en bloc mono disciplinaire pour 42.9% d'entre eux.

4% ressentent « tout à fait » une gêne. Ils sont âgés de 37.20 ans (écart type 5.07). Ils ont étudié les soins infirmiers 13.60 ans auparavant (écart type 4.16). Ils sont devenus IBODE il y a 2.80 ans (écart type 2.49). Ils travaillent pour 60% en bloc opératoire mono disciplinaire.

Embarrassé

Non-respect aseptie progressive/Embarrassé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	1,6	0,8	0,8	0,8	0,0	4,0
oui	0,8	11,2	11,2	4,8	4,0	32,0
non	8,8	24,8	16,0	10,4	4,0	64,0
TOTAL	11,2	36,8	28,0	16,0	8,0	100

Tableau 41: Ne pas respecter les règles d'asepsie en salle / Embarrassé

La dépendance n'est pas significative. $\chi^2 = 10,24$, ddl = 8, 1-p = 75,14%.

11.2% des IBODE percevant ne pas respecter les règles d'asepsie progressive ne se sentent pas du tout embarrassés. Ils sont âgés en moyenne de 43.79 ans (écart type 9.21). Ces IBODE sont devenus infirmiers il y a 20.29 ans (écart type 8.11) et IBODE 9.21 ans auparavant (écart type 8.22). Ils travaillent à 35.7% en bloc mono disciplinaire.

11.2% des professionnels ne respectant pas les règles d'asepsie progressive se sentent un peu embarrassés. Ils sont âgés en moyenne de 43.79 ans (écart type 9.21). Ils ont suivi leurs études d'infirmiers il y a 20.29 (écart type 8.11) et leurs études de spécialité de bloc opératoire 9.21 ans (écart type 8.22) auparavant l'enquête. Ils exercent pour 35.7% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

4.8% des IBODE se sentent beaucoup embarrassés. Ils présentent une moyenne d'âge de 49.17 ans (écart type 9.75). Ils sont auxiliaires médicaux depuis 26.83 ans (écart type 10.36) et spécialisés depuis 12.67 ans (écart type 6.44). Ils travaillent à 66.7% en bloc opératoire mono disciplinaire.

4% des IBODE ne respectant pas les règles d'asepsie progressive se sentent tout à fait embarrassés. Ils sont âgés des 40 ans (écart type 4.64). Ils ont suivi leurs études d'infirmiers il y a 15.20 ans (écart type 3.96). Ils sont devenus IBODE depuis 4.40 ans (écart type 4.45). Les blocs opératoires les accueillant en tant qu'IBODE sont pour 60% mono disciplinaires.

Incommodé

Non-respect aseptie progressive/Incommodé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	1,6	1,6	0,0	0,8	0,0	4,0
oui	0,8	16,8	8,8	2,4	3,2	32,0
non	9,6	33,6	8,8	8,0	4,0	64,0
TOTAL	12,0	52,0	17,6	11,2	7,2	100

Tableau 42: Ne pas respecter les règles d'asepsie en salle / Incommodé

La dépendance est peu significative. $\chi^2 = 12,65$, ddl = 8, 1-p = 87,56%.

16.8% des IBODE ne respectant pas les règles d'asepsie progressive ne se sentent pas incommodés. Ils sont âgés de 44.71 ans (écart type de 8.08). Ils sont devenus infirmiers en moyenne il y a 21.43 ans (écart type 7.66) et IBODE il y a 10.71 ans (écart type 7.30). Ils travaillent pour 38.1 % dans un bloc mono disciplinaire.

8.8% des IBODE ayant répondu affirmativement à la question sur le non-respect des règles d'asepsie progressive se sentent un peu incommodés. Ils sont âgés de 47 ans en moyenne (écart type 9.59). Ils ont passé leur diplôme d'infirmier 24.36 ans en amont (écart type 9.95). Ils sont devenus IBODE il y a 13 ans (écart type 9.09). Ils travaillent pour 36.4% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

2.4 % des IBODE se décrivent beaucoup incommodés. Elles ont une moyenne d'âge de 48.33 ans (écart type 10.41). Ces professionnels sont infirmiers depuis 25.67 ans (écart type 12.50) et IBODE depuis 13.67 ans (écart type 5.51). 66.7% de ces IBODE exercent en bloc mono disciplinaire.

3.2% disant ne pas respecter les règles d'asepsie progressive sont totalement incommodés. Ils sont âgés de 38.75 ans (écart type 4.27). Ils sont devenus infirmiers il y a 14.50 ans (écart type 4.20) et IBODE 2.75 (écart type 2.87) années en amont. Ils travaillent pour 50% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

Synthèse

Expérience IBODE (ans) Ne pas respecter les règles d'asepsie progressive / Thermomètre	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens
Mal à l'aise	8.94	14.54	11.43	2.67
Troublé	10.47	11.93	9.33	7.00
Gêne	13.27	12.06	9.57	2.80
Embarrassé	9.21	13.79	12.67	4.40
Incommodé	10.71	13.00	13.67	2.75

Tableau 43: Ne pas respecter les règles d'asepsie progressive et thermomètre de dissonance /
années d'expérience professionnelle IBODE

Les résultats concernant la violation concernant le non-respect des règles d'asepsie progressive sont statistiquement non significatifs. Y aurait-il un biais au niveau de la question posée ? Les termes de « règles d'asepsie progressive » sont-ils trop larges ou trop flous ? Ainsi, les IBODE questionnés n'ont-ils pu illustrer de façon précise l'exemple proposé ? Cependant, lors de la pré-enquête aucun IBODE n'a manifesté une quelconque incompréhension.

De même, pourrait-on comprendre ces résultats par un biais de vouloir donner une image de soi positive ? En fait, des IBODE formés à la gestion du risque infectieux peuvent-ils commettre des violations en ne respectant pas les douanes imposées par l'asepsie progressive ? Comment avouer pour un professionnel, devant faire respecter les bonnes pratiques en hygiène, le contournement de règles basiques et élémentaires comme le non-respect des circuits ou une tenue professionnelle perfectible ?

Nous ne pouvons qu'esquisser une interprétation. L'intensité de l'affect auto-rapporté augmenterait alors que les années d'expérience IBODE s'amenuisent. Autrement dit, les IBODE ayant le moins d'expérience professionnelle en tant qu'IBODE ressentiraient plus

intensément les états d'inconfort psychologique (mal à l'aise, trouble, gêne, embarrassé, incommodé) lorsqu'ils se remémorent ne pas respecter les règles d'asepsie progressive.

Synthèse sur les violations routinières

Les résultats présentés sont très significatifs sauf en ce qui concerne les résultats des violations concernant le non-respect des règles d'asepsie progressive. Nous avons présenté dans le tableau suivant les différents types de violations routinières ainsi que les pourcentages des IBODE déclarant « s'applique beaucoup à ce que je ressens » et « s'applique tout à fait à ce que je ressens ». Nous avons aussi positionné les moyennes d'années d'expérience en tant qu'infirmiers spécialisés face à ces pourcentages. Enfin, nous avons additionné les pourcentages des IBODE déclarant se sentir beaucoup et totalement mal à l'aise, ou troublé ou gêné, ou embarrassé ou incommodé.

Violations routinières	Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux
		%	Années IBODE	%	Années IBODE	
Violations routinières d'ordre général	Mal à l'aise	13.6%	11.29	7.2%	4.44	20.8%
	Troublé	8.8%	7.82	1.6%	5.50	10.4%
	Gêné	12.8%	6	5.6%	7.43	18.4%
	Embarrassé	10.4%	10.15	5.6%	6.29	16%
	Incommodé	8%	7.90	5.6%	7.14	13.6%
Accueil du patient	Mal à l'aise	16%	9.65	9.6%	4.75	25.6%
	Troublé	13.6%	8.24	3.2%	6.25	16.8%
	Gêné	16%	7.20	9.6%	6.08	25.6%
	Embarrassé	16%	9.50	8%	5.90	24%
	Incommodé	11.2%	9.21	7.2%	6.89	18.4%
Nombre important de personnes en salle	Mal à l'aise	15.2%	10.58	9.6%	4.83	24.8%
	Troublé	12%	8.47	3.2%	6.25	15.2%
	Gêné	13.6%	7.65	10.4%	5.77	24%
	Embarrassé	14.4%	9.67	7.2%	6.44	21.6%
	Incommodé	9.6%	9.67	7.2%	6.89	16.8%
Non-respect des règles d'asepsie progressive	Mal à l'aise	5.6%	11.43	2.4%	2.67	8%
	Troublé	4.8%	9.33	0.8%	7.00	5.6%
	Gêné	5.6%	9.57	4%	2.80	9.6%
	Embarrassé	4.8%	12.67	4%	4.40	8.8%
	Incommodé	2.4%	13.67	3.2%	4.40	5.6%

Tableau 44: Synthèse sur les violations routinières

En considérant les résultats significatifs, nous constatons que les IBODE étant les plus jeunes dans la spécialité de bloc opératoire disent ressentir le plus fortement des états d'inconfort.

En effet, ils se sentent tout d'abord, en ce qui concerne les plus forts pourcentages des IBODE répondant aux items du thermomètre de dissonance, plus « mal à l'aise » : 20,8% des IBODE pour les violations routinières d'ordre général, 25.6% au regard de l'accueil non satisfaisant, 24.8% tolérer un nombre important de personnes en salle.

Ensuite, l'affect auto-rapporté le plus ressenti est celui de la gêne puisque 18.4% des IBODE ayant commis des violations routinières le cochent ainsi que 25.6% des IBODE ayant accueilli le patient de manière non satisfaisante et 24 % des IBODE ayant toléré un nombre important de personnes en salle.

De même, le troisième affect le plus rapporté est « embarrassé ». Ainsi, 16% des IBODE ayant déclaré avoir effectué des violations routinières d'ordre général, 24% des IBODE ne trouvant pas satisfaisant leur accueil, et 21.6% des IBODE tolérant un grand nombre de personnes en salle disent que cet item « s'applique beaucoup » ou « tout à fait » à ce qu'ils ressentent.

L'avant dernier affect auto-rapporté mobilisé est l'affect « incommodé ». En effet, 13.6% des IBODE ayant dit commettre des violations routinières d'ordre général disent être incommodés. 18.4% des IBODE non satisfaits par l'accueil qu'ils prodiguent au patient ont mentionnés se sentir incommodés ainsi que les 16.8% d'IBODE ayant toléré un nombre important de personnes en salle.

Enfin, l'affect « troublé » est celui qui est le moins mobilisé pour toutes les violations routinières. De ce fait, les IBODE ayant dit réaliser des violations routinières sont pour 10.4% à dire qu'ils se sentent troublés. De même, 16.8% des IBODE non satisfaits par leur accueil et 15.2% des IBODE tolérants un nombre important de personnes en salle se sentent troublés.

Les violations par nécessité

Les violations par nécessité d'ordre général

Mal à l'aise

Violations nécessité/Mal à l'aise	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,8
oui	4,8	7,2	16,8	14,4	4,0	47,2
non	21,6	12,8	11,2	4,8	1,6	52,0
TOTAL	26,4	20,0	28,8	19,2	5,6	100

Tableau 45: Violations par nécessité / Mal à l'aise

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 26,40$, ddl = 8, 1-p = 99,91%.

7.2 % des IBODE affirmant avoir réalisé des violations par nécessité ne ressentent aucun malaise. Elles ont une moyenne d'âge de 46.33 ans (écart type 10.27). Ils sont infirmiers depuis 19.78 ans (écart type de 8.35). Ils sont devenus IBODE depuis 11.22 ans en moyenne (écart type 7.60). Ils travaillent pour 11.1% dans un bloc mono-disciplinaire.

16.8% des IBODE ayant témoigné de violations par nécessité se sentent un peu mal à l'aise. Ils sont âgés de 40.71 ans (écart type 8.41). Ils ont obtenu leur diplôme infirmier il y a 17.76 ans (écart type 9.47). Ces infirmiers se sont spécialisés il y a 9.14 ans (écart type 8.57). Ils travaillent pour 47.6% dans un bloc mono disciplinaire.

Encore, 14.4 % des infirmiers ayant dit commettre des violations par nécessité cochent la case « s'applique beaucoup à ce que je ressens », c'est-à-dire qu'ils se sentent très mal à l'aise. Ces IBODE travaillent à 27.8% dans un bloc opératoire mono disciplinaire. Ils ont une moyenne d'âge de 42.44 ans (écart type de 8.21). Ces IBODE sont depuis 19.33 ans infirmiers (écart type 8.39) et IBODE depuis 8.67 ans (écart type 6.89).

De même, 4% des infirmiers déclarant effectuer des violations par nécessité éprouvent totalement un malaise. Elles ont un âge moyen de 40 ans (écart type 9.67). Elles exercent depuis 15.80 ans (écart type 10.28) en tant qu'infirmières et depuis 8 ans (écart type 6.25) en

tant qu'IBODE. Elles travaillent à 20% dans un bloc pluridisciplinaire. Nous constatons que 18.4% ressentent un malaise quand 16.8% disent sentir un peu un malaise.

Troublé

Violations nécessité/Troublé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	4,8	15,2	16,8	8,0	2,4	47,2
non	21,6	21,6	6,4	2,4	0,0	52,0
TOTAL	26,4	37,6	23,2	10,4	2,4	100

Tableau 46 : Violations par nécessité / Troublé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 29,00$, $ddl = 8$, $1-p = 99,97\%$.

15.2% des IBODE ayant dit avoir effectué des violations par nécessité ne se sentent pas du tout troublés. Ils détiennent une moyenne d'âge de 41.53 ans (écart type 9.50). Ils sont infirmiers depuis 17.05 ans (écart type de 7.67). Ils se sont spécialisés il y a 8.26 ans (écart type 7.02). Ils travaillent pour 26.3% dans un bloc opératoire mono disciplinaire.

16.8% des IBODE relatant des violations par nécessité se sentent un peu troublés. Ces professionnels sont âgés en moyenne de 41.91 ans (écart type 8.43). Ils sont infirmiers depuis 18.38 ans (écart type 9.15). Ils ont suivi les études d'IBODE, il y a 9.71 ans (écart type 8.86). Ils travaillent à 38.1% dans des blocs opératoires mono disciplinaires.

8% se sentent très troublés. Leur moyenne d'âge est de 45.20 ans (écart type de 9.48). Ils sont infirmiers depuis 23.30 ans (écart type 9.89). Ils sont IBODE depuis 11.20 années (écart type 6.46). Ils pratiquent leur activité dans un bloc opératoire mono disciplinaire pour 20%.

2.4% ressentent totalement un trouble. Ils sont âgés de 38.33 ans (écart type 1.53). Ils sont infirmiers depuis 11.67 ans (écart type 3.22). Ils sont IBODE depuis 5.33 ans (écart type 1.53). Ils travaillent pour deux d'entre eux (66.7%) dans un bloc mono disciplinaire et pour un dans un bloc pluridisciplinaire. En fait, 10.4% ressentent un trouble.

Gêne

Violations nécessité/Gêne	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,8
oui	4,8	7,2	20,8	9,6	4,8	47,2
non	21,6	12,8	12,0	4,0	1,6	52,0
TOTAL	26,4	20,0	32,8	14,4	6,4	100

Tableau 47 : Violations par nécessité / Gêne

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 28,90$, ddl = 8, 1-p = 99,97%.

7.2 % des IBODE ne se sentent pas gênés. Ils détiennent une moyenne d'âge de 44.33 ans (écart type de 10.48). Ils sont infirmiers depuis 18.11 ans (écart type 7.25) et IBODE depuis 9.89 ans (écart type 6.43). Ils exercent pour 33.3% d'entre eux dans un bloc mono disciplinaire.

20.8% des IBODE spécifiant avoir réalisé des violations par nécessité ressentent une légère gêne. Ils ont une moyenne d'âge de 41.39 ans (écart type de 8.53). Ils ont fait leurs études d'infirmiers il y a 18.31 ans (écart type 9.58) et leurs études d'infirmier de bloc opératoire, il y a 9.65 ans (écart type 8.68). Ils travaillent pour 34.6% dans des blocs mono disciplinaires.

9.6% des IBODE ont répondu « s'applique beaucoup à ce que je ressens ». Ces IBODE ont une moyenne d'âge de 43.50 ans (écart type 8.61). Ils sont infirmiers depuis 20.58 ans (écart type 8.79) et IBODE depuis 9.08 ans (écart type de 6.93). Ils travaillent à 16.7% dans des blocs opératoires mono disciplinaires.

4.8% des IBODE déclarent ressentir une gêne en choisissant « s'applique tout à fait à ce que je ressens ». Ils ont 39.83 ans (écart type 8.70). Ils sont infirmiers depuis 15.33 ans (écart type 8.57) et IBODE depuis 6.67 ans (écart type 5.47). Ils travaillent pour 50% d'entre eux dans des blocs mono disciplinaires.

Embarrassé

Violations nécessité/Embarrassé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique à tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,8
oui	4,8	11,2	19,2	8,8	3,2	47,2
non	21,6	12,8	11,2	5,6	0,8	52,0
TOTAL	26,4	24,0	31,2	14,4	4,0	100

Tableau 48 : Violations par nécessité / Embarrassé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 20,85$, ddl = 8, 1-p = 99,24%.

11.2% des IBODE ne se sentent aucunement embarrassés après avoir commis des violations par nécessité. Ils sont âgés de 42.21 ans (écart type de 9.37). Ils sont infirmiers depuis 16.29 ans (écart type 7.18). Ils sont IBODE depuis 7.86 années (écart type 6.49). Ils travaillent pour 21.4% dans des blocs mono disciplinaires.

19.2% se sentent un peu embarrassés. Ils ont 42.00 ans en moyenne (écart type 8.44). Ils ont obtenu leur diplôme d'infirmiers il y a 19.29 ans (écart type 9.29) et celui d'IBODE il y a 10.33 ans (écart type 8.58). Ils travaillent dans des blocs mono disciplinaires pour 45.8% d'entre eux.

8.8% des IBODE se sentent beaucoup embarrassés. Ils détiennent une moyenne d'âge de 46.00 ans (écart type 7.52). Ils sont devenus infirmiers en moyenne 23 ans (écart type 8.09) auparavant et IBODE il y a 10.55 ans (écart type 6.98). Ils travaillent à 18.2% en bloc opératoire mono disciplinaire.

3.2% des IBODE affirmant commettre des violations par nécessité se sentent totalement embarrassés. Ils sont âgés en moyenne de 32.75 ans (écart type 6.80). Ils ont passé leur diplôme infirmier il y a 8.50 ans (écart type 3.11) et sont devenus IBODE il y a 3.75 ans (écart type 2.50). Pour 25% d'entre eux, ils exercent en bloc mono disciplinaire.

Incommodé

Violations nécessité/Incommodé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique à tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	4,8	16,8	16,0	7,2	2,4	47,2
non	22,4	19,2	7,2	0,8	2,4	52,0
TOTAL	27,2	36,8	23,2	8,0	4,8	100

Tableau 49 : Violations par nécessité / Incommodé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 26,71$, ddl = 8, 1-p = 99,92%.

16.8% des IBODE ne se sentent pas incommodés. Ils sont en moyenne 40.67 ans (écart type 8.69). Ils sont infirmiers depuis 16.33 ans (écart type 7.11). Ils sont IBODE depuis 7.29 ans (écart type 6.06). Ils pratiquent leur activité d'infirmiers spécialisés en bloc mono disciplinaire pour 33.3%.

16% des IBODE déclarant avoir réalisé des violations par nécessité se sentent un peu incommodés. Ils sont âgés de 42.60 ans en moyenne (écart type 7.99). Ils sont infirmiers depuis 19.35 ans (écart type 9.02). Ils sont IBODE depuis 10.60 ans (écart type 8.83). Ils exercent à 35.0% dans des blocs opératoires mono disciplinaires.

7.2% des IBODE se sentent beaucoup incommodés. Ils sont âgés en moyenne de 45.11 ans (écart type de 11.72). Ils sont infirmiers depuis 22.67 ans en moyenne (écart type 11.50). Ils sont spécialisés depuis 10.67 ans (écart type 7.87). Ils exercent leur activité en bloc opératoire mono disciplinaire pour 11.1%.

2.4% des IBODE se sentent totalement incommodés. Ils ont en moyenne 41.33 ans (écart type 5.13). Ils ont obtenu leur diplôme d'infirmier il y a 14.67 ans (écart type 7.64) et leur diplôme d'IBODE, il y a 9.33 ans (écart type 6.81). Ils sont IBODE dans des blocs opératoires mono disciplinaires pour 66.7% d'entre eux.

Synthèse

Expérience IBODE (ans) Violation par nécessité d'ordre général / Thermomètre	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens
Mal à l'aise	11.22	9.14	8.67	8.00
Troublé	8.26	9.71	11.20	5.33
Gêne	9.89	9.65	9.08	2.00
Embarrassé	7.86	10.33	10.55	3.75
Incommodé	7.29	10.78	10.67	9.33

Tableau 50: Violation par nécessité d'ordre général et thermomètre de dissonance / années
d'expérience professionnelles IBODE

Nous remarquons que l'intensité de l'affect auto-rapporté augmente alors que les années d'expérience IBODE s'amenuisent. Autrement dit, les IBODE ayant le moins d'expérience professionnelle en tant qu'IBODE ressentent plus intensément les états d'inconfort psychologique (mal à l'aise, troublé, gêné, embarrassé, incommodé) lorsqu'ils se remémorent tolérer une violation par nécessité d'ordre général.

Ainsi, les IBODE ressentant le plus de malaise car ils ont coché la case « S'applique tout à fait à ce que je ressens » sont les IBODE ayant à leur actif 8.00 années d'exercice professionnel IBODE. Leurs collègues ayant commis des violations par nécessité disant ressentir un malaise moins important en cochant la case « S'applique beaucoup à ce que je ressens » détiennent quant à eux 8.67 ans d'expérience professionnelle IBODE. Pour les IBODE déclarant se sentir légèrement mal à l'aise car ils ont coché la case « S'applique un peu à ce que je ressens » ont 9.14 ans d'activité infirmière en tant qu'infirmier de bloc spécialisé. Nous remarquons ainsi cette diminution d'années d'expérience professionnelle IBODE pour les affects « gêné » et « incommodé ».

Nous notons que pour l'affect auto-rapporté «troublé», les IBODE ressentant légèrement un trouble ont en moyenne 1.49 ans d'expérience IBODE en moins que les infirmiers ressentant beaucoup un trouble car les IBODE les moins troublés ont 9.71 ans d'exercice IBODE (écart type 8.86, répartition de 1 an à 33 ans) et les IBODE ressentant beaucoup de trouble ont une moyenne de 11.20 ans (écart type 6.46, répartition de 1 an à 20 ans).

Nous remarquons aussi que pour l'affect auto-rapporté «embarrassé», les IBODE ressentant légèrement un embarras ont en moyenne 0.22 an d'expérience IBODE en moins que les infirmiers ressentant beaucoup un trouble car les IBODE les moins embarrassés ont 10.33 ans d'exercice IBODE (écart type 8.58, répartition de 1 an à 33 ans) et les IBODE ressentant beaucoup d'embarras ont une moyenne de 10.55 ans (écart type 6.98, répartition de 1 an à 20 ans).

Tolérer les aides-soignants dans un rôle d'infirmier circulant

Mal à l'aise

AS circulant/Mal à l'aise	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	3,2	12,8	12,8	12,0	3,2	44,0
non	22,4	7,2	16,0	7,2	2,4	55,2
TOTAL	26,4	20,0	28,8	19,2	5,6	100

Tableau 51: Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant / Mal à l'aise

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 23,31$, ddl = 8, 1-p = 99,70%.

12.8% des IBODE déclarant tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant ne se sentent pas du tout mal à l'aise. Ils détiennent une moyenne d'âge de 44.75 ans (écart type 8.58). Ils sont infirmiers depuis 20.73 ans (écart type 7.10). Ils sont devenus IBODE, il y a 11.25 ans (écart type 6.49). 18.8% exercent dans un bloc mono disciplinaire.

12.8 % des IBODE tolérant les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant se sentent un peu mal à l'aise. Ils ont une moyenne d'âge de 43.31 ans (écart type 7.59). Ils sont devenus infirmiers 20.6 ans auparavant (écart type 8.29). Ils se sont spécialisés 9.44 ans (écart type 5.20) plus tôt. Ils travaillent pour 56.3% dans un bloc mono disciplinaire.

12% des IBODE déclarant tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant se sentent très mal à l'aise. Ils sont âgés en moyenne de 43.80 ans (écart type 6.25). Ils sont infirmiers depuis 20.87 ans (écart type 7.02) et IBODE depuis 8.87 ans (écart type 6.39). Ils sont employés dans un bloc opératoire mono disciplinaire pour 46.7% d'entre eux.

3.2% des IBODE témoignant de tolérer les aides-soignants dans le rôle infirmier circulant, affirment qu'ils ressentent tout à fait un malaise. Ils ont une moyenne d'âge de 42.75 ans (écart type 7.63). Ils ont à leur actif 17.50 ans d'exercice infirmier (écart type 10.66) et 8.25 ans d'exercice IBODE (écart type 7.18). Ils travaillent dans un bloc mono disciplinaire à 50%.

Troublé

AS circulant/Troublé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	3,2	22,4	11,2	5,6	1,6	44,0
non	22,4	15,2	12,0	4,8	0,8	55,2
TOTAL	26,4	37,6	23,2	10,4	2,4	100

Tableau 52: Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant / Troublé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 21,39$, ddl = 8, 1-p = 99,38%.

22.4% des IBODE tolérant les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant ne se sentent pas troublés. Ils sont âgés de 42.90 (écart type 7.04). Ils sont devenus infirmiers en moyenne il y a 18.75 ans (écart type 6.20) et IBODE il y a 9.61 ans (écart type 6.17). Ils travaillent pour 42.9 % dans un bloc mono disciplinaire.

11.2% des IBODE ayant répondu positivement à la question sur la tolérance des aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant se sentent un peu troublés. Ils sont âgés de 45.14 (écart type 8.02). Ils ont passé leur diplôme d'infirmier 22.00 ans (écart type 8.48) en amont. Ils sont devenus IBODE il y a 9.86 ans (écart type 6.16). Ils travaillent pour 42.9% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

5.6 % des IBODE tolérant les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant se décrivent très troublés. Ils ont une moyenne d'âge de 46.71 ans (écart type 7.95). Ces professionnels sont infirmiers depuis 24.43 ans (écart type 8.81) et IBODE depuis 11.57 ans (écart type 6.05). 14.3% de ces IBODE exercent en bloc mono disciplinaire

1.6% tolérant les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant sont totalement troublés. Ils sont âgés de 39.00 ans (écart type 1.41). Ils sont devenus infirmiers il y a 11.00 (écart type 4.24) et IBODE 4.50 (écart type 0.71) années en amont. Ils travaillent tous en bloc mono disciplinaire.

Gêné

AS circulant/Gêné	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	3,2	12,8	16,0	9,6	2,4	44,0
non	22,4	7,2	16,8	4,8	4,0	55,2
TOTAL	26,4	20,0	32,8	14,4	6,4	100

Tableau 53 : Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant / Gêné

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 23,75$, ddl = 8, 1-p = 99,75%.

12.8% des IBODE tolérant les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant ne ressentent aucune gêne. Ils ont 45.19 ans (écart type 7.20). Ils sont infirmiers depuis 19.34 ans (écart type 6.27) et IBODE depuis 11.44 ans (écart type 5.47). 31.3% travaillent dans un bloc mono disciplinaire.

16% tolérant les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant déclarent un peu ressentir une gêne. Ils sont âgés de 43.70 ans (écart type 7.88). Ils ont été diplômés infirmiers 21.05 ans auparavant (écart type 8.27). Ils sont IBODE depuis 10.00 ans (écart type 6.49). 50% sont IBODE en bloc mono disciplinaire.

9.6% des IBODE ressentent beaucoup une gêne. Ils détiennent une moyenne d'âge 44.00 ans (écart type 7.25). Ils sont infirmiers depuis 21.17 ans (écart type 7.67) et IBODE depuis 8.67 ans (écart type 5.88). Ils œuvrent en bloc monodisciplinaire pour 25% d'entre eux.

2.4% ressentent « tout à fait » une gêne. Ils sont âgés de 37.33 ans (écart type 3.06). Ils ont étudié les soins infirmiers 10.67 ans auparavant (écart type 3.06). Ils devenus IBODE il y a 3.33 ans (écart type 2.08). Ils travaillent pour 100% en bloc opératoire mono disciplinaire.

Embarrassé

AS circulant/Embarrassé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique à tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	3,2	13,6	16,8	8,8	1,6	44,0
non	22,4	10,4	14,4	5,6	2,4	55,2
TOTAL	26,4	24,0	31,2	14,4	4,0	100

Tableau 54: Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant / Embarrassé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 21,07$, ddl = 8, 1-p = 99,30%.

13.6% des IBODE tolérant les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant ne se sentent pas du tout embarrassés. Ils sont âgés en moyenne de 44.35 ans (écart type 7.31). Ces IBODE sont devenus infirmiers il y a 19.82 ans (écart type 5.43) et IBODE 10.82 ans auparavant (écart type 5.90). Ils travaillent à 35.3% en bloc pluridisciplinaire.

16.8% des professionnels tolérant les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant se sentent un peu embarrassés. Ils sont âgés en moyenne de 43.76 ans (écart type 7.60). Ils ont suivi leurs études d'infirmiers il y a 20.48 ans (écart type 8.51) et leurs études de spécialité de bloc opératoire 10.19 ans (écart type 6.14) auparavant l'enquête. Ils exercent pour 47.6% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

8.8% des IBODE tolérant les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant se sentent beaucoup embarrassés. Ils présentent une moyenne d'âge de 44.55 ans (écart type 7.62). Ils sont auxiliaires médicaux depuis 21.91 ans (écart type 8.03) et spécialisés depuis 8.55 ans (écart type 6.02). Ils travaillent à 27.3% en bloc opératoire mono disciplinaire.

8% des IBODE tolérant les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant se sentent tout à fait embarrassés. Ils sont âgés de 37.00 ans (écart type 4.24). Ils ont suivi leurs études d'infirmiers il y a 9.00 ans (écart type 1.41). Ils sont devenus IBODE depuis 2.50 ans (écart type 2.12). Les blocs opératoires les accueillant en tant qu'IBODE sont pour 100% mono disciplinaires.

Incommodé

AS circulant/Incommodé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique à tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	3,2	21,6	12,8	4,0	2,4	44,0
non	23,2	15,2	10,4	4,0	2,4	55,2
TOTAL	27,2	36,8	23,2	8,0	4,8	100

Tableau 55: Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant / Incommodé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 21,75$, ddl = 8, 1-p = 99,46%.

21.6% des IBODE tolérant les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant ne se sentent pas incommodés. Ils sont âgés de 43.04 ans (écart type de 8.20). Ils sont devenus infirmiers en moyenne il y a 18.85 ans (écart type 7.40) et IBODE il y a 9.19 ans (écart type 5.80). Ils travaillent pour 44.4 % dans un bloc mono disciplinaire.

12.8% des IBODE ayant répondu affirmativement à la question sur la tolérance les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant se sentent un peu incommodés. Ils sont âgés de 44.88 ans (écart type 6.54). Ils ont passé leur diplôme d'infirmier 22.13 années en amont (écart type 7.21). Ils sont devenus IBODE il y a 11.63 ans (écart type 6.16). Ils travaillent pour 37.5% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

4% des IBODE tolérant les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant se décrivent beaucoup incommodés. Elles ont une moyenne d'âge de 41.71 ans (écart type 8.77). Ces professionnels sont infirmiers depuis 18.64 ans (écart type 8.30) et IBODE depuis 9.21 ans (écart type 6). 35.7% de ces IBODE exercent en bloc mono disciplinaire.

2.4% disant tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant sont totalement incommodés. Ils sont âgés de 40.67 ans (écart type 7.02). Ils sont devenus infirmiers il y a 14.33 ans (écart type 9.29) et IBODE 2.67 années en amont (écart type 1.53). Ils travaillent pour 100% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

Synthèse

Expérience IBODE (ans) Tolérer les aides- soignants dans le rôle d'infirmier circulant/ Thermomètre	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens
Mal à l'aise	11.25	9.44	8.87	8.25
Troublé	9.61	9.86	11.57	4.50
Gêné	11.44	10.00	8.67	3.33
Embarrassé	10.82	10.19	8.55	2.50
Incommodé	9.19	11.63	11.00	8.33

Tableau 56 : Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant et thermomètre de dissonance / années d'expérience professionnelles IBODE

Nous remarquons que l'intensité de l'affect auto rapporté augmente alors que les années d'expérience IBODE s'amenuisent. Autrement dit, les IBODE ayant le moins d'expériences professionnelles en tant qu'IBODE ressentent plus intensément les états d'inconfort psychologique lorsqu'ils disent tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmiers circulants.

Ainsi, les IBODE ressentant le plus de malaise car ils ont coché la case « S'applique tout à fait à ce que je ressens » sont les IBODE ayant à leur actif 8.25 années d'exercice professionnel IBODE. Leurs collègues ayant commis les mêmes violations par nécessité et disant ressentir un malaise moins important en cochant la case « S'applique beaucoup à ce que je ressens » détiennent quant à eux 8.87 ans d'expérience professionnelle IBODE. Pour les IBODE déclarant se sentir légèrement mal à l'aise car ils ont coché la case « S'applique un peu à ce que je ressens » ont 9.44 ans d'activité infirmière en tant qu'infirmier de bloc spécialisé. Nous remarquons ainsi cette diminution d'années d'expérience professionnelle IBODE pour les affects « gêné », « embarrassé » et « incommode ».

Nous repérons cependant que pour l'affect auto-rapporté « troublé », les IBODE ressentant beaucoup de gêne ont en moyenne 0.77 ans d'expérience IBODE en plus car les IBODE les moins troublés ont 9.44 ans d'exercice IBODE (écart type 6.16, répartition de 1 an à 19 ans) et les IBODE ressentant beaucoup de trouble ont une moyenne de 11.57 ans (écart type 6.05, répartition de 1an à 18 ans).

Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante

Mal à l'aise

Non-respect check-list /Mal à l'aise	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
oui	4,0	12,8	21,6	15,2	4,0	57,6
non	22,4	7,2	7,2	4,0	1,6	42,4
TOTAL	26,4	20,0	28,8	19,2	5,6	100

Tableau 57 : Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante / Mal à l'aise

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 34,35$, ddl = 4, 1-p = >99,99%.

12.8% des IBODE déclarant renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire de façon non satisfaisante ne sentent pas du tout mal à l'aise. Ils détiennent une moyenne d'âge de 41.44 ans (écart type 8.79). Ils sont infirmiers depuis 17.69 ans (écart type 8.61). Ils sont devenus IBODE, il y a 9.00 ans (écart type 6.78). 12.5% exercent dans un bloc mon disciplinaire.

21.6% des IBODE renseignant la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante se sentent un peu mal à l'aise. Ils ont une moyenne d'âge de 40.89 ans (écart type 8.86). Ils sont devenus infirmiers 18.33 ans auparavant (écart type 9.46). Ils se sont spécialisé 9.44 ans (écart type 8.29) plus tôt. Ils travaillent pour 40.7% dans un bloc mono disciplinaire.

15.2% des IBODE déclarant renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon perfectible se sentent très mal à l'aise. Ils sont âgés en moyenne de 43.74 ans (écart type 8.60). Ils sont infirmiers depuis 20.74 ans (écart type 9.02) et IBODE depuis 9.63 ans (écart type 6.95). Ils sont employés dans un bloc opératoire mono disciplinaire pour 42.1% d'entre eux.

4% des IBODE témoignant renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante affirment qu'ils ressentent tout à fait un malaise. Ils ont une moyenne d'âge de 39.20 ans (écart type 8.53). Ils ont à leur actif 12.60 ans d'exercice infirmier (écart type 5.94) et 6.00 ans d'exercice IBODE (écart type 6.63). Ils travaillent dans un bloc mono disciplinaire pour 20%

Troublé

Non-respect check-list /Troublé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
oui	4,0	25,6	19,2	6,4	2,4	57,6
non	22,4	12,0	4,0	4,0	0,0	42,4
TOTAL	26,4	37,6	23,2	10,4	2,4	100

Tableau 58 : Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante / Troublé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 36,27$, ddl = 4, $1-p = >99,99\%$.

26.6% des IBODE non satisfaits par leur façon de renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante ne se sentent pas troublés. Ils sont âgés de 39.3 ans (écart type de 7.80). Ils sont devenus infirmiers en moyenne il y a 16.06 ans (écart type 7.58) et IBODE il y a 7.88 ans (écart type 6.63). Ils travaillent pour 28.1 % dans un bloc mono disciplinaire.

19.2% des IBODE ayant répondu positivement à la question sur leur manière de renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante se sentent un peu troublés. Ils sont âgés de 43.46 ans (écart type 8.60). Ils ont passé leur diplôme d'infirmier 20.25 ans (écart type 9.20) en amont. Ils sont devenus IBODE il y a 10.58 ans (écart type 8.44). Ils travaillent pour 37.5% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

6.4% des IBODE évaluant leur manière de renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » non satisfaisante se décrivent très troublés. Ils ont une moyenne d'âge de 43.80 ans (écart type 9.75). Ces professionnels sont infirmiers depuis 25.00 ans (écart type 10.95) et IBODE depuis 11.25 ans (écart type 7.44). 25.0% de ces IBODE exercent en bloc mono disciplinaire.

2.4% non satisfaits par leur manière de renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » sont totalement troublés. Ils sont âgés de 38.33 ans (écart type 1.53). Ils sont devenus infirmiers il y a 11.67 ans (écart type 3.22) et IBODE 5.33 (écart type 1.53) années en amont. Ils travaillent pour 66.7% en bloc mono disciplinaire.

Gêné

Non-respect check-list/Gêné	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
oui	4,0	12,0	26,4	10,4	4,8	57,6
non	22,4	8,0	6,4	4,0	1,6	42,4
TOTAL	26,4	20,0	32,8	14,4	6,4	100

Tableau 59: Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante / Gêné

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 35,77$, $ddl = 4$, $1-p = >99,99\%$.

12.0% des IBODE non contents par leur façon de remplir la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante ne ressentent aucune gêne. Ils ont 40.33 ans (écart type 8.48). Ils sont infirmiers depuis 17.27 ans (écart type 8.41) et IBODE depuis 8.93 ans (écart type 6.09). 26.7% travaillent dans un bloc mono disciplinaire.

26.4% déclarant leur manière de renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » non satisfaisante déclarent un peu ressentir une gêne. Ils sont âgés de 41.73 ans (écart type 8.35). Ils ont été diplômés infirmiers 18.79 ans (écart type 9.07) auparavant. Ils sont IBODE depuis 10.03 (écart type 8.20). 36.4% sont IBODE en bloc mono disciplinaire.

10.4% des IBODE ressentent beaucoup une gêne. Ils détiennent une moyenne d'âge 44.92 ans (écart type 9.76). Ils sont infirmiers depuis 21.15 ans (écart type 9.75) et IBODE depuis 9.31 ans (écart type 7.72). Ils œuvrent en bloc monodisciplinaire pour 30.8% d'entre eux.

4.8% ressentent « tout à fait » une gêne. Ils sont âgés de 38.00 ans (écart type 8.03). Ils ont étudié les soins infirmiers 13.50 ans auparavant (écart type 7.74). Ils devenus IBODE il y a 4.33 ans (écart type 2.16). Ils travaillent pour 33.3% en bloc opératoire mono disciplinaire.

Embarrassé

Non-respect check-list /Embarrassé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
oui	4,0	16,0	25,6	8,8	3,2	57,6
non	22,4	8,0	5,6	5,6	0,8	42,4
TOTAL	26,4	24,0	31,2	14,4	4,0	100

Tableau 60 : Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante / Embarrassé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 36,02$, ddl = 4, 1-p = >99,99%.

16.0% des IBODE ne se sentent aucunement embarrassés après avoir commis des violations par nécessité de ce type. Ils sont âgés de 40.50 ans en moyenne (écart type de 8.0). Ils sont infirmiers depuis 16.75 ans (écart type 8.20). Ils sont IBODE depuis 8.55 années (écart type 6.68). Ils travaillent pour 25.0% dans des blocs mono disciplinaires.

25.6% renseignant la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante se sentent un peu embarrassés. Ils ont 41.28 ans en moyenne (écart type 8.53). Ils ont obtenu leur diplôme d'infirmiers il y a 18.75 ans (écart type 8.93) et celui d'IBODE il y a 9.59 ans (écart type 8.06). Ils travaillent dans des blocs mono disciplinaires pour 40.6% d'entre eux.

8.8% des IBODE se sentent beaucoup embarrassés. Ils détiennent une moyenne d'âge de 48.36 ans (écart type 7.05). Ils sont devenus infirmiers en moyenne 24.18 (écart type 8.53) ans auparavant et IBODE il y a 10.82 ans (écart type 7.32). Ils travaillent pour 27.3% dans un bloc mono disciplinaire.

3.2% des IBODE affirmant commettre des violations par nécessité de cet exemple se sentent totalement embarrassés. Ils sont âgés en moyenne de 32.75 ans (écart type 6.80). Ils ont passé leur diplôme infirmier il y a 8.50 ans (écart type 3.11) et sont devenus IBODE il y a 3.75 ans (écart type 2.50). Pour 25.0% d'entre eux, ils exercent en bloc mono disciplinaire.

Incommodé

Non-respect check- list/Incommodé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
oui	4,8	25,6	17,6	7,2	2,4	57,6
non	22,4	11,2	5,6	0,8	2,4	42,4
TOTAL	27,2	36,8	23,2	8,0	4,8	100

Tableau 61: Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante / Incommodé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 33,32$, ddl = 4, 1-p = >99,99%.

25.6% des IBODE ne se sentent pas incommodés. Ils sont en moyenne 39.91 ans (écart type 8.45). Ils sont infirmiers depuis 16.78 ans (écart type 8.51). Ils sont IBODE depuis 8.16 ans (écart type 6.98). Ils pratiquent leur activité d'infirmiers spécialisés en bloc mono disciplinaire pour 34.4%.

17.6% des IBODE déclarant renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante se sentent un peu incommodés. Ils sont âgés de 43.27 ans en moyenne (écart type 8.10). Ils sont infirmiers depuis 20.50 ans (écart type 8.92). Ils sont IBODE depuis 10.73 années (écart type 8.08). Ils exercent à 40.9% dans des blocs opératoires mono disciplinaires.

7.2% des IBODE se sentent beaucoup incommodés. Ils sont âgés en moyenne de 44.56 ans (écart type de 11.47). Ils sont infirmiers depuis 21.67 ans en moyenne (écart type 11.07). Ils sont spécialisés depuis 10.44 ans (écart type 7.89). Ils travaillent pour 11.1% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

2.4% des IBODE renseignant la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante se sentent totalement incommodés. Ils ont en moyenne 41.67 ans (écart type 5.69). Ils ont obtenu leur diplôme d'infirmier il y a 12.00 ans (écart type 3.61) et leur diplôme d'IBODE, il y a 4.00 ans (écart type 3.00). Ils sont IBODE dans des blocs opératoires mono disciplinaires pour 33.3% d'entre eux.

Synthèse

Expérience IBODE (ans) Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante / Thermomètre	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens
Mal à l'aise	9.00	9.44	9.63	6.00
Troublé	7.88	10.58	11.25	5.33
Gêne	8.93	10.03	9.31	4.33
Embarrassé	8.55	9.59	10.82	3.75
Incommodé	8.16	10.73	10.44	4.00

Tableau 62 : et thermomètre de dissonance / années d'expérience professionnelles IBODE

Nous remarquons que les IBODE ayant une moyenne d'âge la moins élevée pour la spécialité de bloc opératoire ressentent le plus intensément l'affect auto-rapporté qu'ils renseignent. Ainsi, les IBODE ayant le moins d'expériences professionnelles en tant qu'IBODE ressentent plus intensément les états d'inconfort psychologique lorsqu'ils disent commettre des violations de type « renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante ».

Ainsi, les IBODE ressentant le plus de malaise car ils ont coché la case « S'applique tout à fait à ce que je ressens » sont les IBODE ayant à leur actif 6 ans d'exercice professionnel IBODE. Leurs collègues ayant renseigné la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante et disant ressentir un malaise moins important en cochant la case « S'applique beaucoup à ce que je ressens » détiennent quant à eux 9.63 ans d'expérience professionnelle IBODE. Cependant, les IBODE déclarant se sentir légèrement mal à l'aise car ils ont coché la case « S'applique un peu à ce que je ressens » ont 9.44 ans d'activité infirmière en tant qu'infirmier de bloc spécialisé. Nous remarquons ainsi cette

augmentation d'années d'expérience professionnelle IBODE entre l'augmentation d'intensité des affects pour les items « troublé », « embarrassé ».

En ce qui concerne les affects « gêné » et « incommodé », les IBODE ressentant une légère gêne ou étant très peu incommodé détiennent la moyenne d'âge la plus élevée. Les infirmiers disant qu'ils se sentent beaucoup gênés ou incommodés ont une moyenne d'âge inférieure à ces derniers mais supérieure aux IBODE totalement gênés et incommodés.

Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux

Mal à l'aise

Ne pas vérifier les dispositifs médicaux / Mal à l'aise	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	4,0	0,8	0,0	0,0	0,0	4,8
oui	2,4	1,6	7,2	6,4	1,6	19,2
non	20,0	17,6	21,6	12,8	4,0	76,0
TOTAL	26,4	20,0	28,8	19,2	5,6	100

Tableau 63 : Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux / Mal à l'aise

La dépendance est significative. $\chi^2 = 18,23$, ddl = 8, 1-p = 98,04%.

1.6% des IBODE déclarant ne pas vérifier pas de façon exhaustive les dispositifs médicaux ne se sentent pas du tout mal à l'aise. Ils détiennent une moyenne d'âge de 41.50 ans (écart type 7.78). Ils sont infirmiers depuis 19.00 ans (écart type 4.24). Ils sont devenus IBODE, il y a 7.0 ans (écart type 2.83). Aucun IBODE n'exerce dans un bloc mono disciplinaire.

7.2 % des IBODE ne vérifiant pas de façon exhaustive les dispositifs médicaux se sentent un peu mal à l'aise. Ils ont une moyenne d'âge de 42.89 ans (écart type 9.61). Ils sont devenus infirmiers 19.89 ans auparavant (écart type 9.35). Ils se sont spécialisé 8.33 ans (écart type 5.90) plus tôt. Ils travaillent pour 44.4% dans un bloc mono disciplinaire.

6.4% des IBODE déclarant ne pas vérifier pas de façon exhaustive les dispositifs médicaux se sentent beaucoup mal à l'aise. Ils sont âgés en moyenne de 45.38 ans (écart type 7.17). Ils sont infirmiers depuis 22.63 ans (écart type 8.28) et IBODE depuis 9.38 ans (écart type 7.27). Ils sont employés dans un bloc opératoire mono disciplinaire pour 37.5% d'entre eux.

1.6% des IBODE témoignant ne pas vérifier pas de façon exhaustive les dispositifs médicaux affirment qu'ils ressentent tout à fait un malaise. Ils ont une moyenne d'âge de

35.50 ans (écart type 2.12). Ils ont à leur actif 11.50 ans d'exercice infirmier (écart type 2.12) et 4.0 ans d'exercice IBODE (écart type 4.24). Ils travaillent dans un bloc mono disciplinaire à 50.0%

Troublé

Ne pas vérifier les dispositifs médicaux / Troublé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	4,0	0,8	0,0	0,0	0,0	4,8
oui	2,4	5,6	8,0	2,4	0,8	19,2
non	20,0	31,2	15,2	8,0	1,6	76,0
TOTAL	26,4	37,6	23,2	10,4	2,4	100

Tableau 64 : Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux / Troublé

La dépendance est significative. $\chi^2 = 17,14$, ddl = 8, 1-p = 97,13%.

5.6% des IBODE déclarant ne pas vérifier pas de façon exhaustive les dispositifs médicaux ne se sentent pas troublés. Ils sont âgés de 38.29 ans (écart type de 2.87). Ils sont devenus infirmiers en moyenne il y a 15.71 ans (écart type 3.09) et IBODE il y a 4.86 ans (écart type 4.06). Ils travaillent pour 28.6 % dans un bloc mono disciplinaire.

8.0% des IBODE ayant répondu positivement à la question sur la vérification de façon non exhaustive des dispositifs médicaux se sentent un peu troublés. Ils sont âgés de 44.20 ans (écart type 9.30). Ils ont passé leur diplôme d'infirmier 20.90 années en amont (écart type 9.30). Ils sont devenus IBODE il y a 8.60 ans (écart type 6.24). Ils travaillent pour 50.0% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

2.4 % des IBODE évaluant qu'ils ne vérifient pas de façon exhaustive les dispositifs médicaux se décrivent beaucoup troublés. Ils ont une moyenne d'âge de 52.00 ans (écart type 5.0). Ces professionnels sont infirmiers depuis 29.67 ans (écart type 7.10) et IBODE depuis 15.00 ans (écart type 5.20). 33.3% de ces IBODE exercent en bloc mono disciplinaire

0.8% des IBODE ne vérifiant pas de façon exhaustive les dispositifs médicaux, est totalement troublé. Il est âgé de 37 ans. Il est devenu infirmier il y a 13 ans et IBODE 7 années en amont. Il travaille dans un bloc pluridisciplinaire.

Gêne

Ne pas vérifier les dispositifs médicaux / Gêne	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	4,0	0,0	0,0	0,8	0,0	4,8
oui	2,4	2,4	8,0	4,8	1,6	19,2
non	20,0	17,6	24,8	8,8	4,8	76,0
TOTAL	26,4	20,0	32,8	14,4	6,4	100

Tableau 65 : Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux /Gêne

La dépendance est significative. $\chi^2 = 16,96$, ddl = 8, 1-p = 96,95%.

2.4% des IBODE déclarant ne pas vérifier pas de façon exhaustive les dispositifs médicaux ne ressentent aucune gêne. Ils ont 34.67 ans (écart type 2.31). Ils sont infirmiers depuis 13.0 ans (écart type 4.36) et IBODE depuis 4.0 ans (écart type 2.65). 33.3% travaillent dans un bloc mono diciplinaire.

8.0% déclarant ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux ressentent un peu une gêne. Ils sont âgés de 45.00 ans (écart type 8.35). Ils ont été diplômés infirmiers 22.0 ans (écart type 8.41) auparavant. Ils sont IBODE depuis 10.20 ans (écart type 5.73). 40.0% sont IBODE en bloc mono disciplinaire.

4.8% des IBODE ressentent beaucoup une gêne. Ils détiennent une moyenne d'âge 46.33 ans (écart type 7.15). Ils sont infirmiers depuis 23.17 ans (écart type 8.16) et IBODE depuis 8.33 ans (écart type 7.31). Ils œuvrent en bloc mono disciplinaire pour 33.3% d'entre eux.

1.6% ressentent « tout à fait » une gêne. Ils sont âgés de 35.50 ans (écart type 2.12). Ils ont étudié les soins infirmiers 11.50 ans auparavant (écart type 2.12). Ils devenus IBODE il y a 4.00 ans (écart type 4.24). Ils travaillent pour 50% en bloc opératoire mono disciplinaire.

Embarrassé

Ne pas vérifier les dispositifs médicaux / Embarrassé 2	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	4,0	0,0	0,0	0,8	0,0	4,8
oui	2,4	3,2	8,0	4,0	1,6	19,2
non	20,0	20,8	23,2	9,6	2,4	76,0
TOTAL	26,4	24,0	31,2	14,4	4,0	100

Tableau 66 : Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux / Embarrassé

La dépendance est significative. $\chi^2 = 16,73$, ddl = 8, 1-p = 96,70%.

3.2% des IBODE percevant ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux ne se sentent pas du tout embarrassés. Ils sont âgés en moyenne de 37.50 ans (écart type 4.36). Ces IBODE sont devenus infirmiers il y a 15.25 ans (écart type 5.25) et IBODE 5.50 ans auparavant (écart type 5.45). Ils travaillent à 25.0% en bloc mono disciplinaire.

8.0% des professionnels ne vérifiant pas de façon exhaustive les dispositifs médicaux se sentent un peu embarrassés. Ils sont âgés en moyenne de 44.50 ans (écart type 8.76). Ils ont suivi leurs études d'infirmiers il y a 21.60 ans (écart type 8.61) et leurs études de spécialité de bloc opératoire 9.40 ans (écart type 5.85) avant l'enquête. Ils exercent pour 40.0% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

4.0% des IBODE se sentent beaucoup embarrassés. Ils présentent une moyenne d'âge de 46.67 ans (écart type 7.11). Ils sont auxiliaires médicaux depuis 23.0 ans (écart type 7.87) et spécialisés depuis 10.33 ans (écart type 6.79). Ils travaillent à 25.0% en bloc opératoire mono disciplinaire.

1.6% des IBODE déclarant ne pas vérifier pas de façon exhaustive les dispositifs médicaux se sentent tout à fait embarrassés. Ils sont âgés des 35.50 ans (écart type 2.12). Ils ont suivi leurs études d'infirmiers il y a 11.50 ans (écart type 2.12). Ils sont devenus IBODE depuis 4.0 ans (écart type 4.24). Les blocs opératoires les accueillant en tant qu'IBODE sont pour 50% mono disciplinaires.

Incommodé

Ne pas vérifier les dispositifs médicaux / Incommodé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	4,0	0,8	0,0	0,0	0,0	4,8
oui	2,4	7,2	5,6	2,4	1,6	19,2
non	20,8	28,8	17,6	5,6	3,2	76,0
TOTAL	27,2	36,8	23,2	8,0	4,8	100

Tableau 67 : Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux / Incommodé

La dépendance est peu significative. $\chi^2 = 13,43$, ddl = 8, 1-p = 90,21%.

7.2% des IBODE déclarant ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux ne se sentent pas incommodés. Ils sont âgés de 43.0 ans (écart type de 8.63). Ils sont devenus infirmiers en moyenne il y a 20.44 ans (écart type 8.46) et IBODE il y a 8.0 ans (écart type 6.12). Ils travaillent pour 44.4 % dans un bloc mono disciplinaire.

5.6% des IBODE ayant répondu affirmativement à la question sur la façon non exhaustive de vérifier les dispositifs médicaux se sentent un peu incommodés. Ils sont âgés de 43.71 ans en moyenne (écart type 9.16). Ils ont passé leur diplôme d'infirmier 20.86 ans en amont (écart type 9.35). Ils sont devenus IBODE il y a 9.0 ans (écart type 6.19). Ils travaillent pour 42.9% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

2.4% des IBODE se décrivent beaucoup incommodés. Elles ont une moyenne d'âge de 46.33 ans (écart type 6.03). Ces professionnels sont infirmiers depuis 22.67 ans (écart type

8.02) et IBODE depuis 9.67 ans (écart type 8.02). Aucun de ces IBODE n'exerce en bloc mono disciplinaire.

1.6% des IBODE déclarant ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux sont totalement incommodés. Ils sont âgés de 35.5 ans (écart type 2.12). Ils sont devenus infirmiers il y a 11.50 ans (écart type 2.12) et IBODE 4.0 (écart type 4.24) années en amont. Ils travaillent pour 50% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

Synthèse

Expérience IBODE (ans) Ne pas vérifier les dispositifs médicaux / Thermomètre	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens
Mal à l'aise	7.00	8.33	9.38	4.00
Troublé	4.86	8.60	15.00	7.00
Gêne	4.00	10.20	8.33	4.00
Embarrassé	5.50	9.40	9.60	4.00
Incommodé	8.00	9.00	9.67	4.00

Tableau 68 : Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux et thermomètre de
dissonance / années d'expérience professionnelles IBODE

Nous remarquons que l'intensité de l'affect auto-rapporté augmente alors que les années d'expérience IBODE s'amenuisent. Autrement dit, les IBODE ayant le moins d'expérience professionnelle en tant qu'IBODE ressentent plus intensément les états d'inconfort psychologique (mal à l'aise, trouble, gêne, embarrassé, incommodé) lorsqu'ils se remémorent ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux.

Ainsi, les IBODE ressentant le plus de gêne car ils ont coché la case « S'applique tout à fait à ce que je ressens » sont les IBODE ayant à leur actif 4.00 années d'exercice

professionnel IBODE. Leurs collègues ayant commis les mêmes violations et disant ressentir une gêne moins importante en cochant la case «S'applique beaucoup à ce que je ressens » ont quant à eux 8.33 ans d'expérience professionnelle IBODE. Les IBODE déclarant se sentir légèrement gênés car ils ont coché la case « S'applique un peu à ce que je ressens » ont 10.20 ans d'activité infirmière en tant qu'infirmier de bloc spécialisé. Nous ne remarquons cette diminution d'années d'expérience professionnelle IBODE que pour cet affect « gêné ».

Nous notons que pour l'affect auto-rapporté « mal à l'aise », les IBODE ressentant légèrement un malaise ont en moyenne 1.05 ans d'expérience IBODE en moins que les infirmiers se sentant beaucoup mal à l'aise car les IBODE les moins mal à l'aise ont 8.33 ans d'exercice IBODE (écart type 5.90, répartition de 1 an à 18 ans) et les IBODE ressentant beaucoup de malaise ont une moyenne de 9.38 ans (écart type 7.27, répartition de 2 ans à 19 ans).

Nous remarquons aussi que pour l'affect auto-rapporté « troublé », les IBODE ressentant légèrement un trouble ont en moyenne 6.4 ans d'expérience IBODE en moins que les infirmiers ressentant beaucoup un trouble car les IBODE les moins troublés ont 8.60 ans d'exercice IBODE (écart type 6.24, répartition de 1 an à 19 ans) et les IBODE ressentant beaucoup de trouble ont une moyenne de 15 ans (écart type 5.20, répartition de 9 ans à 18 ans).

Nous repérons aussi que pour l'affect auto-rapporté « embarrassé », les IBODE ressentant légèrement un embarras ont en moyenne 0.20 année d'expérience IBODE en moins que les infirmiers ressentant beaucoup un embarras car les IBODE les moins embarrassés ont 9.40 ans d'exercice IBODE (écart type 5.95, répartition de 4 ans à 18 ans) et les IBODE ressentant beaucoup d'embarras ont une moyenne de 9.60 ans (écart type 7.40, répartition de 2 ans à 19 ans).

Enfin, nous observons aussi que pour l'affect auto-rapporté « incommodé », les IBODE se sentant légèrement incommodés ont en moyenne 0.67 an d'expérience IBODE en moins que les infirmiers se sentant beaucoup incommodés car les IBODE les moins incommodés ont 9.00 ans d'exercice IBODE (écart type 6.19, répartition de 3 ans à 19 ans) et les IBODE étant beaucoup incommodés ont une moyenne de 9.67 ans (écart type 8.02, répartition de 2 ans à 18 ans).

Synthèse sur les violations par nécessité

Les résultats présentés sont très significatifs. Nous avons présenté dans le tableau suivant les différents types de violations routinières ainsi que les pourcentages des IBODE déclarant « s'applique beaucoup à ce que je ressens » et « s'applique tout à fait à ce que je ressens ». Nous avons aussi positionné les moyennes d'années d'expérience en tant qu'infirmiers spécialisés face à ces pourcentages. Enfin, nous avons additionné les pourcentages des IBODE déclarant se sentir beaucoup et totalement mal à l'aise, ou troublé ou gêné, ou embarrassé ou incommodé.

Violations par nécessité	Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux
		%	Années IBODE	%	Années IBODE	
Violations par nécessité d'ordre général	Mal à l'aise	14.4	8.67	4	8.0	18.4
	Troublé	8.0	11.20	2.4	5.33	10.4
	Gêné	9.6	9.08	8.4	6.67	18.0
	Embarrassé	8.8	10.55	3.2	3.75	12.0
	Incommodé	7.2	10.67	2.4	9.33	9.6
Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant	Mal à l'aise	12	8.87	3.2	8.25	15.2
	Troublé	5.6	11.57	1.6	4.50	7.2
	Gêné	9.6	8.67	2.4	3.33	12.0
	Embarrassé	8.8	8.55	1.6	2.50	10.4
	Incommodé	4.0	11.0	2.4	2.67	6.4
Renseigner la checklist « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante	Mal à l'aise	15.2	9.63	4.0	6.00	19.2
	Troublé	6.4	11.25	2.4	5.33	8.8
	Gêné	10.4	9.31	4.8	4.33	15.2
	Embarrassé	8.8	10.82	3.2	3.75	12.0
	Incommodé	7.2	10.44	2.4	4.00	9.6
Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux	Mal à l'aise	6.4	9.38	1.6	4.00	8.0
	Troublé	2.4	15.00	0.8	7.00	3.2
	Gêné	4.8	8.33	1.6	4.00	6.4
	Embarrassé	4.0	9.60	1.6	4.00	5.6
	Incommodé	2.4	9.67	1.6	4.00	

Tableau 69 : Synthèse sur les violations par nécessité

En considérant les résultats très significatifs, nous constatons que les IBODE étant les plus jeunes dans la spécialité de bloc opératoire disent ressentir le plus fortement des états d'inconfort.

En effet, ils se sentent tout d'abord, en ce qui concerne les plus forts pourcentages des IBODE répondant aux items du thermomètre de dissonance, le plus « mal à l'aise » : 18.4% des IBODE pour les violations par nécessité d'ordre général, 15.2% des IBODE tolérant les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant, 19.2% des IBODE renseignant la check-list sécurité patient au bloc opératoire ».

Ensuite, l'affect auto-rapporté le plus ressenti est celui de la gêne puisque 18.0% des IBODE ayant commis des violations par nécessité le cochent ainsi que 12.0% des IBODE tolérant les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant et 15.2 % des IBODE renseignant la check-list « sécurité patient au bloc opératoire ».

De même, le troisième affect le plus rapporté est « embarrassé ». Ainsi, 12.0% des IBODE ayant déclaré avoir effectué des violations par nécessité d'ordre général, 10.4% des IBODE tolérant les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant, et 12.0% des IBODE renseignant de manière non satisfaisante la « check-list sécurité patient au bloc opératoire » disent que cet item s'applique beaucoup ou tout à fait à ce qu'ils ressentent.

L'avant dernier affect auto-rapporté mobilisé est l'affect « troublé ». En effet, 10.4% des IBODE ayant dit commettre des violations par nécessité d'ordre général disent être incommodés. 7.2% des IBODE tolérant les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant ont mentionnés se sentir troublés ainsi que les 8.8% d'IBODE ayant renseigné de manière non satisfaisante la « check-list sécurité patient au bloc opératoire ».

Enfin, l'affect « incommodé » est celui qui est le moins mobilisé pour toutes les violations routinières. De ce fait, les IBODE ayant dit réalisé des violations par nécessité sont pour 9.6% à dire qu'ils se sentent troublés. De même, 6.4% des IBODE tolérant les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant et 9.6% des IBODE renseignant de manière non satisfaisante la « check-list sécurité patient au bloc opératoire » se sentent troublés.

Les violations par commodité

Les violations par commodité d'ordre général

Mal à l'aise

Violations facilité/Mal à l'aise	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	0,8	4,0	8,0	4,8	5,6	23,2
non	67,2	6,4	2,4	0,0	0,0	76,0
TOTAL	68,8	10,4	10,4	4,8	5,6	100

Tableau 70 : Violation par facilité d'ordre général / Mal à l'aise

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 89,33$, ddl = 8, $1-p = >99,99\%$.

4.0% des IBODE affirmant avoir réalisé des violations par commodité ne ressentent aucun malaise. Elles ont une moyenne d'âge de 42.0 ans (écart type 7.04). Ils sont infirmiers depuis 18.60 ans (écart type de 5.86). Ils sont devenus IBODE depuis 6.80 ans en moyenne (écart type 5.93). Ils travaillent pour 20.0% dans un bloc mono-disciplinaire.

8.0% des IBODE ayant témoigné de violations par commodité se sentent un peu mal à l'aise. Ils sont âgés de 41.70 ans (écart type 8.15). Ils ont obtenu leur diplôme infirmier il y a 18.50 ans (écart type 7.85). Ces infirmiers se sont spécialisés il y a 8.60 ans (écart type 7.44). Ils travaillent pour 40.0% dans un bloc mono disciplinaire.

Encore, 4.8% des infirmiers ayant dit commettre des violations par commodité cochent la case « s'applique beaucoup à ce que je ressens », c'est-à-dire qu'ils se sentent très mal à l'aise. Ces IBODE travaillent à 16.7% dans un bloc opératoire mono disciplinaire. Ils ont une moyenne d'âge de 46.50 ans (écart type de 8.12). Ces IBODE sont depuis 23.67 ans infirmiers (écart type 8.50) et IBODE depuis 12.50 ans (écart type 6.60).

De même, 5.6% des infirmiers déclarant effectuer des violations par commodité éprouvent totalement un malaise. Elles ont un âge moyen de 41.43 ans (écart type 10.13). Elles exercent depuis 17.71 ans (écart type 11.44) en tant qu'infirmières et depuis 7.29 ans

(écart type 6.29) en tant qu'IBODE. Elles travaillent à 57.1% dans un bloc pluridisciplinaire. Nous constatons que 10.4% ressentent un malaise quand 8% disent ressentir légèrement un malaise.

Troublé

Violations par commodité/Troublé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	0,8	9,6	6,4	4,0	2,4	23,2
non	67,2	8,8	0,0	0,0	0,0	76,0
TOTAL	68,8	18,4	6,4	4,0	2,4	100

Tableau 71 : Violation par facilité d'ordre général / Troublé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 87,33$, ddl = 8, 1-p = >99,99%.

9.6% des IBODE ayant dit avoir effectué des violations par commodité ne se sentent pas du tout troublés. Ils détiennent une moyenne d'âge de 38.58 ans (écart type 8.05). Ils sont infirmiers depuis 15.92 ans (écart type de 6.87). Ils se sont spécialisés il y a 6.75 ans (écart type 6.70). Ils travaillent pour 33.3% dans un bloc opératoire mono disciplinaire.

6.4% des IBODE relatant des violations par commodité se sentent un peu troublés. Ces professionnels sont âgés en moyenne de 45.75 ans (écart type 5.83). Ils sont infirmiers depuis 21.13 ans (écart type 6.11). Ils ont suivi les études d'IBODE, il y a 10.88 ans (écart type 6.45). Ils travaillent à 37.5% dans des blocs opératoires mono disciplinaires.

4.0% des IBODE se sentent très troublés. Leur moyenne d'âge est de 43.0 ans (écart type de 10.82). Ils sont infirmiers depuis 17.67 ans (écart type 15.04). Ils sont IBODE depuis 7.67 années (écart type 9.07). Ils pratiquent leur activité dans un bloc opératoire mono disciplinaire pour 66.7%.

2.4% ressentent totalement un trouble. Ils sont âgés de 43.3 ans (écart type 10.82). Ils sont infirmiers depuis 17.67 ans (écart type 15.04). Ils sont IBODE depuis 7.67 ans (écart type 9.07). Ils travaillent pour l'un d'entre eux (33.3%) dans un bloc mono disciplinaire et pour deux dans un bloc pluridisciplinaire. En fait, 6.4% ressentent un trouble.

Gêne

Violations par commodité/Gêne	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8
oui	0.0	4.8	8.0	6.4	4.0	23.2
non	67.2	5.6	3.2	0.0	0.0	76.0
TOTAL	68.0	10.4	11.2	6.4	4.0	100

Tableau 72 : Violation par facilité d'ordre général / Gêne

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 90.92$, ddl = 8, 1-p = 99,99%.

4.8% des IBODE ne se sentent pas gênés. Ils détiennent une moyenne d'âge de 42.83 ans (écart type de 6.62). Ils sont infirmiers depuis 19.83 ans (écart type 6.05) et IBODE depuis 9.33 ans (écart type 8.17). Ils exercent pour 16.7% d'entre eux dans un bloc mono disciplinaire.

8.0% des IBODE spécifiant avoir réalisé des violations par commodité ressentent une légère gêne. Ils ont une moyenne d'âge de 42.30 ans (écart type de 9.03). Ils ont fait leurs études d'infirmiers il y a 19.80 ans (écart type 9.22) et leurs études d'infirmier de bloc opératoire, il y a 9.0 ans (écart type 8.11). Ils travaillent pour 30.0% dans des blocs mono disciplinaires.

6.4% des IBODE ont répondu « s'applique beaucoup à ce que je ressens ». Ces IBODE ont une moyenne d'âge de 47.25 ans (écart type 7.05). Ils sont infirmiers depuis 23.63 ans (écart type 8.09) et IBODE depuis 12.0 ans (écart type de 5.63). Ils travaillent à 37.5% dans des blocs opératoires mono disciplinaires.

4.0% des IBODE déclarent ressentir une gêne en cochant la réponse « s'applique tout à fait à ce que je ressens ». Ils ont 38.60 ans (écart type 10.62). Ils sont infirmiers depuis 14.60 ans (écart type 11.78) et IBODE depuis 5.80 ans (écart type 7.05). Ils travaillent pour 60% d'entre eux dans des blocs mono disciplinaires.

Embarrassé

Violations par commodité/Embarrassé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	0,0	5,6	8,0	4,8	4,8	23,2
non	67,2	6,4	2,4	0,0	0,0	76,0
TOTAL	68,0	12,0	10,4	4,8	4,8	100

Tableau 73 : Violation par facilité d'ordre général / Embarrassé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 91,18$, ddl = 8, 1-p = >99,99%.

5.6% des IBODE ne se sentent aucunement embarrassé après avoir commis des violations par commodité. Ils sont âgés de 42.43 ans (écart type de 6.35). Ils sont infirmiers depuis 18.71 ans (écart type 5.09). Ils sont IBODE depuis 6.29 années (écart type 4.96). Ils travaillent pour 28.6% dans des blocs mono disciplinaires.

8.0% se sentent un peu embarrassés. Ils ont 42.50 ans en moyenne (écart type 8.97). Ils ont obtenu leur diplôme d'infirmiers il y a 19.90 ans (écart type 9.37) et celui d'IBODE il y a 11.20 ans (écart type 8.68). Ils travaillent dans des blocs mono disciplinaires pour 30.0% d'entre eux.

4.8% des IBODE se sentent beaucoup embarrassés. Ils ont une moyenne d'âge de 48.50 ans (écart type 7.66). Ils sont devenus infirmiers en moyenne 26.0 ans (écart type 8.22) auparavant et IBODE il y a 12.50 ans (écart type 6.60). Ils travaillent à 16.7% en bloc opératoire mono disciplinaire.

4.8% des IBODE affirmant commettre des violations par commodité se sentent totalement embarrassés. Ils sont âgés en moyenne de 39.67 ans (écart type 9.85). Ils ont passé leur diplôme infirmier il y a 15.50 ans (écart type 10.77) et sont devenus IBODE il y a 6.67 ans (écart type 6.65). Pour 33.3% d'entre eux, ils exercent en bloc mono disciplinaire.

Incommodé

Violations par commodité/Incommodé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	0,8	10,4	4,0	5,6	2,4	23,2
non	67,2	8,0	0,8	0,0	0,0	76,0
TOTAL	68,8	18,4	4,8	5,6	2,4	100

Tableau 74: Violation par facilité d'ordre général / Incommodé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 83,14$, $ddl = 8$, $1-p = >99,99\%$.

10.4% des IBODE ne se sentent pas incommodés. Ils sont en moyenne 39.77 ans (écart type 8.13). Ils sont infirmiers depuis 16.62 ans (écart type 6.87). Ils sont IBODE depuis 7.54 ans (écart type 7.14). Ils pratiquent leur activité d'infirmiers spécialisés en bloc mono disciplinaire pour 38.5%.

4.0% des IBODE déclarant avoir réalisé des violations par commodité se sentent un peu incommodés. Ils sont âgés de 45.0 ans en moyenne (écart type 6.0). Ils sont infirmiers depuis 21.20 ans (écart type 7.56). Ils sont IBODE depuis 9.60 ans (écart type 5.13). Ils exercent à 40.0% dans des blocs opératoires mono disciplinaires.

5.6% des IBODE se sentent beaucoup incommodés. Ils sont âgés en moyenne de 46.43 ans (écart type de 8.62). Ils sont infirmiers depuis 24.14 ans en moyenne (écart type 8.63). Ils sont spécialisés depuis 11.00 ans (écart type 6.71). Ils exercent leur activité en bloc opératoire mono disciplinaire pour 14.3%.

2.4% des IBODE se sentent totalement incommodés. Ils ont en moyenne 43 ans (écart type 10.82). Ils ont obtenu leur diplôme d'infirmier il y a 17.67 ans (écart type 15.04) et leur diplôme d'IBODE, il y a 7.67 ans (écart type 9.07). Ils sont IBODE dans des blocs opératoires mono disciplinaires pour 33.3% d'entre eux.

Synthèse

Expérience IBODE (ans) Violations par commodité/ Thermomètre	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens
Mal à l'aise	6.80	8.60	12.50	7.29
Troublé	6.75	10.88	11.00	7.67
Gêne	9.33	9.00	12.00	5.80
Embarrassé	6.29	11.20	12.50	6.67
Incommodé	7.54	9.60	11.00	7.67

Tableau 75 : Violation par commodité d'ordre général et thermomètre de dissonance / années d'expérience professionnelles IBODE

Nous remarquons que l'intensité de l'affect auto-rapporté augmente alors que les années d'expérience IBODE s'amenuisent. Autrement dit, les IBODE ayant le moins d'expériences professionnelles en tant qu'IBODE ressentent plus intensément les états d'inconfort psychologique (mal à l'aise, troublé, gêné, embarrassé, incommodé) lorsqu'ils se remémorent des violations par commodité d'ordre général. Nous soulignons de plus pour ces violations que tous les IBODE cochant la case « S'applique beaucoup à ce que je ressens » sont en moyenne tous plus âgés que les infirmiers ayant choisi de cocher « S'applique un peu à ce que je ressens ».

Nous notons que pour l'affect auto-rapporté « mal à l'aise », les IBODE ressentant légèrement un malaise ont en moyenne 3.9 ans d'expérience IBODE en moins que les infirmiers se sentant beaucoup mal à l'aise car les IBODE les moins mal à l'aise ont 8.60 ans d'exercice IBODE (écart type 7.44, répartition de 1 an à 22 ans) et les IBODE ressentant beaucoup de malaise ont une moyenne de 12.50 ans (écart type 6.60, répartition de 3 ans à 20 ans).

Nous remarquons aussi que pour l'affect auto-rapporté « troublé », les IBODE ressentant légèrement un trouble ont en moyenne 0.12 an d'expérience IBODE en moins que les infirmiers ressentant beaucoup un trouble car les IBODE les moins troublés ont 10.88 ans d'exercice IBODE (écart type 6.45, répartition de 3 ans à 20 ans) et les IBODE ressentant beaucoup de trouble ont une moyenne de 11.00 ans d'expérience (écart type 6.12, répartition de 3 ans à 20 ans).

Encore, nous pointons que pour l'affect auto-rapporté « gêné », les IBODE ressentant légèrement un malaise ont en moyenne 3 ans d'expérience IBODE en moins que les infirmiers se sentant beaucoup gênés car les IBODE les moins gênés ont 9 ans d'exercice IBODE (écart type 8.11, répartition de 1 an à 25 ans) et les IBODE ressentant beaucoup de malaise ont une moyenne de 12.00 ans (écart type 5.63, répartition de 3 ans à 20 ans).

Nous repérons aussi que pour l'affect auto-rapporté « embarrassé », les IBODE ressentant légèrement un embarras ont en moyenne 0.30 an d'expérience IBODE en moins que les infirmiers ressentant beaucoup un embarras car les IBODE les moins embarrassés ont 11.20 ans d'exercice IBODE (écart type 8.68, répartition de 1 an à 25 ans) et les IBODE ressentant beaucoup d'embarras ont une moyenne de 12.50 ans d'exercice IBODE (écart type 6.60, répartition de 3 ans à 20 ans).

Enfin, nous observons aussi que pour l'affect auto-rapporté « incommodé », les IBODE se sentant légèrement incommodés ont en moyenne 1.4 ans d'expérience IBODE en moins que les infirmiers se sentant beaucoup incommodés car les IBODE les moins incommodés ont 9.60 ans d'exercice IBODE (écart type 5.13, répartition de 3 ans à 16 ans) et les IBODE étant beaucoup incommodés ont une moyenne de 11.00 ans (écart type 6.71, répartition de 3 ans à 20 ans).

Ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux stériles réutilisables

Mal à l'aise

Ne pas compter les textiles et DMR /Mal à l'aise	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	0,0	5,6	4,0	0,0	2,4	12,0
non	68,0	4,8	6,4	4,8	3,2	87,2
TOTAL	68,8	10,4	10,4	4,8	5,6	100

Tableau 76 : Ne pas effectuer le comptes des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables / Mal à l'aise

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 49,27$, ddl = 8, 1-p = >99,99%.

5.6% des IBODE déclarant ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables ne sentent pas du tout mal à l'aise. Ils détiennent une moyenne d'âge de 46.00 ans (écart type 5.94). Ils sont infirmiers depuis 22.29 ans (écart type 7.14). Ils sont devenus IBODE, il y a 12.29 ans (écart type 6.75). 28.6% exercent dans un bloc mon disciplinaire.

4.0% des IBODE n'effectuant pas le compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables se sentent un peu mal à l'aise. Ils ont une moyenne d'âge de 38.80 ans (écart type 6.57). Ils sont devenus infirmiers 14.80 ans auparavant (écart type 3.90). Ils se sont spécialisé 5.20 (écart type 3.77) plus tôt. Ils travaillent pour 60.00% dans un bloc mono disciplinaire.

Aucun des IBODE déclarant ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables se sentent très mal à l'aise.

2.4% des IBODE témoignant ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables affirment qu'ils ressentent tout à fait un malaise. Ils ont une moyenne

d'âge de 41.00 ans (écart type 13.45). Ils ont à leur actif 19.00 ans d'exercice infirmier (écart type 12.53) et 7.67 ans d'exercice IBODE (écart type 5.77). Ils travaillent dans un bloc mono disciplinaire à 33.3%.

Troublé

Ne pas compter les textiles et DMR /Troublé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	0,0	8,8	2,4	0,8	0,0	12,0
non	68,0	9,6	4,0	3,2	2,4	87,2
TOTAL	68,8	18,4	6,4	4,0	2,4	100

Tableau 77 : Ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables / Troublé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 45,55$, ddl = 8, 1-p = >99,99

8.8% des IBODE n'effectuant pas le compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables ne se sentent pas troublés. Ils sont âgés de 41.82 ans (écart type de 8.91). Ils sont devenus infirmiers en moyenne il y a 18.73 ans (écart type 8.25) et IBODE il y a 9.55 ans (écart type 6.98). Ils travaillent pour 36.4 % dans un bloc mono disciplinaire.

2.4% des IBODE ayant répondu positivement à la question sur le non compte des textiles et dispositifs médicaux réutilisables se sentent un peu troublés. Ils sont âgés de 41.82 ans (écart type 8.91). Ils ont passé leur diplôme d'infirmier 18.73 ans (écart type 8.25) en amont. Ils sont devenus IBODE il y a 9.55 ans (écart type 6.98). Ils travaillent pour 36.4% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

0.8% des IBODE évaluant leur compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables non satisfaisant se décrivent très troublés. Elle a 52 ans. Elle est infirmière depuis 31 ans et IBODE depuis 11 ans. Elle exerce en bloc opératoire pluri disciplinaire

Aucun des IBODE non satisfaits par leur manière d'effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables ne se sent totalement troublé.

Gêne

Ne pas compter les textiles et DMR /Gêne	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	0,0	3,2	5,6	2,4	0,8	12,0
non	67,2	7,2	5,6	4,0	3,2	87,2
TOTAL	68,0	10,4	11,2	6,4	4,0	100

Tableau 78: Ne pas effectuer le comptes des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables / Gêne

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 40,55$, ddl = 8, $1-p = >99,99\%$.

3.2% des IBODE n'effectuant pas le compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables ne ressentent aucune gêne. Ils ont 46.00 ans (écart type 7.53). Ils sont infirmiers depuis 22.75 ans (écart type 9.36) et IBODE depuis 10.25 (écart type 7.72). 50.0% travaillent dans un bloc mono diciplianaire.

5.6% des IBODE non satisfaits par leur compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables déclarent un peu ressentir une gêne. Ils sont âgés de 41.00 (écart type 7.05). Ils ont été diplômés infirmiers 17.29 ans auparavant (écart type 5.62). Ils sont IBODE depuis 8.57 ans (écart type 6.93). 28.6% sont IBODE en bloc mono disciplinaire.

2.4% des IBODE ressentent beaucoup une gêne. Ils détiennent une moyenne d'âge 47.33 ans (écart type 4.04). Ils sont infirmiers depuis 23.00 ans (écart type 7.00) et IBODE depuis 11.00 ans (écart type 0). Ils œuvrent en bloc mono disciplianire pour 66.7% d'entre eux.

0.8% ressentent « tout à fait » une gêne. Elle est âgée de 26 ans. Elle a étudié les soins infirmiers 6 ans auparavant. Elle est devenue IBODE il y a 1 an. Elle travaille en bloc opératoire pluri disciplinaire.

Embarrassé

Ne pas compter les textiles et DMR /Embarrassé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	0,0	5,6	4,0	0,8	1,6	12,0
non	67,2	6,4	6,4	4,0	3,2	87,2
TOTAL	68,0	12,0	10,4	4,8	4,8	100

Tableau 79 : Ne pas effectuer le comptes des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables / Embarrassé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 40,24$, ddl = 8, $1-p = >99,99\%$.

5.6% des IBODE n'effectuant pas le compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables ne se sentent pas du tout embarrassés. Ils sont âgés en moyenne de 44.86 (écart type 6.47). Ces IBODE sont devenus infirmiers il y a 20.86 ans (écart type 7.27) et IBODE 10.71 ans auparavant (écart type 6.75). Ils travaillent à 42.9% en bloc pluridisciplinaire.

4% des professionnels n'effectuant pas le compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables se sentent un peu embarrassés. Ils sont âgés en moyenne de 40.40 ans (écart type 7.54). Ils ont suivi leurs études d'infirmiers il y a 16.80 ans (écart type 6.42) et leurs études de spécialité de bloc opératoire 7.40 ans (écart type 6.54) auparavant l'enquête. Ils exercent pour 40.0% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

0.8% des IBODE déclarant ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables se sent beaucoup embarrassés. Elle a 52 ans. Elle est auxiliaire médicale depuis 31 ans et spécialisée depuis 11 ans. Elle travaille en bloc opératoire pluri disciplinaire.

1.6% des IBODE effectuant le compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables de manière perfectible se sentent tout à fait embarrassés. Ils sont âgés de 35.50 ans (écart type 13.44). Ils ont suivi leur étude d'infirmiers il y a 13.00 ans (écart type 9.90). Ils sont devenus IBODE depuis 6.00 ans (écart type 7.07). Les blocs opératoires les accueillant en tant qu'IBODE sont pour 50% mono disciplinaires.

Incommodé

Ne pas compter les textiles et DMR /Incommodé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	0,0	8,0	3,2	0,8	0,0	12,0
non	68,0	10,4	1,6	4,8	2,4	87,2
TOTAL	68,8	18,4	4,8	5,6	2,4	100

Tableau 80 : Ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables / Incommodé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 50,97$, ddl = 8, 1-p = >99,99%.

8% des IBODE disant ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables ne se sentent pas incommodés. Ils sont âgés de 41.30 ans (écart type de 9.21). Ils sont devenus infirmiers en moyenne il y a 18.00 ans (écart type 8.31) et IBODE il y a 8.70 ans (écart type 6.93). Ils travaillent pour 40.0 % dans un bloc mono disciplinaire.

3.2% des IBODE ayant répondu affirmativement à la question sur le non-compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables se sentent un peu incommodés. Ils sont âgés de 43.50 ans (écart type 3.42). Ils ont passé leur diplôme d'infirmier 19.00 années en amont (écart type 4.76). Ils sont devenus IBODE il y a 9.25 ans (écart type 6.13). Ils travaillent pour 50.0% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

0.8% des IBODE déclarant ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables se décrivent beaucoup incommodés. Elle est âgée de 52 ans. Cette

professionnelle est infirmière depuis 31 ans et IBODE depuis 11 ans. Elle exerce en bloc pluri disciplinaire

Aucun IBODE disant ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables est totalement incommodé.

Synthèse

Expérience IBODE (ans)	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens
ne pas effectuer le compte des textiles et des DMR / Thermomètre				
Mal à l'aise	12.29	5.20	-	7.67
Troublé	9.55	6.33	11.00	-
Gêne	10.25	8.57	11.00	1.00
Embarrassé	10.71	7.40	11.00	6.00
Incommodé	8.70	9.25	11.00	-

Tableau 81 : Ne pas compter les textiles et les dispositifs médicaux réutilisables et thermomètre de dissonance / années d'expérience professionnelles IBODE

Nous constatons que pour cette violation par commodité, seuls trois affects auto-rapportés ont été totalement ressentis, c'est-à-dire que les IBODE ont noté se sentir totalement mal à l'aise ou gênés ou embarrassés. De plus, il n'y a que la gêne et l'embarras ou les IBODE se sentant totalement gênés ou embarrassés et où ils ont à leur actif le moins d'expérience professionnelle IBODE (1 an et 6 ans). Nous remarquons aussi que les IBODE cochant « S'applique beaucoup à ce que je ressens » ont tous en moyenne 11 ans d'expérience d'IBODE. Pour l'intensité de l'affect « S'applique un peu à ce que je ressens », nous constatons que ces professionnels sont tous moins expérimentés que ceux ressentant beaucoup un trouble ou une gêne, ou un embarras ou étant beaucoup incommodés.

Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles
nécessaires en cas de conversion chirurgicale

Mal à l'aise

Ne pas installer dispositifs médicaux/Mal à l'aise	Non à réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	0,8	5,6	4,0	1,6	0,0	12,0
non	67,2	4,8	6,4	3,2	5,6	87,2
TOTAL	68,8	10,4	10,4	4,8	5,6	100

Tableau 82 : Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de
conversion chirurgicale / Mal à l'aise

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 43,54$, ddl = 8, 1-p = >99,99%.

5.6% des IBODE déclarant ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale ne sentent pas du tout mal à l'aise. Ils détiennent une moyenne d'âge de 45.14 ans (écart type 7.08). Ils sont infirmiers depuis 23.00 ans (écart type 8.41). Ils sont devenus IBODE, il y a 12.43 ans (écart type 5.53). 28.6% des IBODE exercent dans un bloc mono disciplinaire.

4.0% des IBODE ne mettant pas en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale se sentent un peu mal à l'aise. Ils ont une moyenne d'âge de 45.40 ans (écart type 4.93). Ils sont devenus infirmiers 20.60 ans auparavant (écart type 5.73). Ils se sont spécialisé 6.00 ans (écart type 3.74) plus tôt. Ils travaillent pour 40.0% dans un bloc mono disciplinaire.

1.6% des IBODE déclarant ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale se sentent beaucoup mal à l'aise. Ils sont âgés en moyenne de 41.50 ans (écart type 0.71). Ils sont infirmiers depuis 19.00 ans (écart type

1.41) et IBODE depuis 6.00 ans (écart type 4.24). Ils sont employés dans un bloc opératoire pluri disciplinaire pour tous.

Aucun des IBODE témoignant ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale affirme qu'il ressent tout à fait un malaise.

Troublé

Ne pas installer dispositifs médicaux/Troublé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	0,8	7,2	2,4	1,6	0,0	12,0
non	67,2	11,2	4,0	2,4	2,4	87,2
TOTAL	68,8	18,4	6,4	4,0	2,4	100

Tableau 83 : Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale / Troublé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 34,89$, ddl = 8, 1-p = >99,99

7.2% des IBODE ne mettant pas en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale ne se sentent pas troublés. Ils sont âgés de 45.22 ans (écart type 6.94). Ils sont devenus infirmiers en moyenne il y a 23.11 ans (écart type 7.98) et IBODE il y a 11.00 ans (écart type 5.77). Ils travaillent pour 33.3 % dans un bloc mono disciplinaire.

2.4% des IBODE ayant répondu positivement à la question « ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale » se sentent un peu troublés. Ils sont âgés de 45.33 ans (écart type 2.52). Ils ont passé leur diplôme d'infirmier 18.67 ans (écart type 3.06) en amont. Ils sont devenus IBODE il y a 6.00 ans (écart type 4.36). Ils travaillent pour 33.3% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

1.6% des IBODE disant ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale se décrivent très troublés. Ils ont une moyenne d'âge de 41.50 ans (écart type 0.71). Ces professionnels sont infirmiers depuis 19.00 ans

(écart type 1.41) et IBODE depuis 6.00 ans (écart type 4.24). Aucun de ces IBODE exercent en bloc mono disciplinaire.

Aucun des IBODE ne mettant pas en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale n'est totalement troublé.

Gêne

Ne pas installer dispositifs médicaux/Gêne	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	0,8	5,6	3,2	2,4	0,0	12,0
non	66,4	4,8	8,0	4,0	4,0	87,2
TOTAL	68,0	10,4	11,2	6,4	4,0	100

Tableau 84 : Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale / Gêne

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 40,51$, ddl = 8, 1-p = >99,99%.

5.6% des IBODE déclarant ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale ne ressentent aucune gêne. Ils ont 45.57 ans (écart type 7.79). Ils sont infirmiers depuis 23.57 ans (écart type 8.77) et IBODE depuis 10.43 ans (écart type 6.11). 42.9% travaillent dans un bloc mono disciplinaire.

3.2% déclarant ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale ressentent un peu une gêne. Ils sont âgés de 44.75 ans (écart type 3.30). Ils ont été diplômés infirmiers 20.25 ans (écart type 4.65) auparavant. Ils sont IBODE depuis 8.25 ans (écart type 6.40). Aucun de ces IBODE n'est IBODE en bloc mono disciplinaire.

2.4% des IBODE ressentent beaucoup une gêne. Ils détiennent une moyenne d'âge 42.67 ans (écart type 2.08). Ils sont infirmiers depuis 18.67 (écart type 1.16) et IBODE depuis 7.67 ans (écart type 4.16). Ils œuvrent en bloc mono disciplinaire pour 33.3% d'entre eux.

Aucun ne ressent « tout à fait » une gêne.

Embarrassé

Ne pas installer dispositifs médicaux/Embarrassé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	0,8	6,4	3,2	1,6	0,0	12,0
non	66,4	5,6	7,2	3,2	4,8	87,2
TOTAL	68,0	12,0	10,4	4,8	4,8	100

Tableau 85 : Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale / Embarrassé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 41,71$, ddl = 8, 1-p = >99,99%.

6.4% des IBODE qui ne mettent en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale ne se sentent pas du tout embarrassés. Ils sont âgés en moyenne de 44.50 ans (écart type 6.97). Ces IBODE sont devenus infirmiers il y a 21.75 ans (écart type 7.92) et IBODE 10.38 ans auparavant (écart type 5.50). Ils travaillent à 37.5% en bloc mono disciplinaire.

3.2% des professionnels ne mettant pas en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale se sentent un peu embarrassés. Ils sont âgés en moyenne de 46.75 ans (écart type 3.86). Ils ont suivi leurs études d'infirmiers il y a 22.50 ans (écart type 6.61) et leurs études de spécialité de bloc opératoire 8.50 ans (écart type 6.81) avant l'enquête. Ils exercent pour 25.0% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

1.6% des IBODE se sentent beaucoup embarrassés. Ils présentent une moyenne d'âge de 41.50 ans (écart type 0.71). Ils sont auxiliaires médicaux depuis 19.00 ans (écart type 1.41) et spécialisés depuis 6.00 ans (écart type 4.24). Ils travaillent tous en bloc opératoire pluri disciplinaire.

Aucun des IBODE déclarant ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale se sent totalement embarrassé.

Incommodé

Ne pas installer dispositifs médicaux/Incommodé	Non réponse	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens	TOTAL
Non réponse	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
oui	0,8	6,4	2,4	2,4	0,0	12,0
non	67,2	12,0	2,4	3,2	2,4	87,2
TOTAL	68,8	18,4	4,8	5,6	2,4	100

Tableau 86 : Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale / Incommodé

La dépendance est très significative. $\chi^2 = 36,04$, $ddl = 8$, $1-p = >99,99\%$.

6.4% des IBODE déclarant ne pas vérifier pas de façon exhaustive les dispositifs médicaux ne se sentent pas incommodés. Ils sont âgés de 45.88 ans (écart type de 7.26). Ils sont devenus infirmiers en moyenne il y a 23.13 ans (écart type 8.32) et IBODE il y a 9.63 ans (écart type 6.09). Ils travaillent pour 37.5 % dans un bloc mono disciplinaire.

2.4% des IBODE ayant répondu affirmativement à la question sur cette violation par commodité se sentent un peu incommodés. Ils sont âgés de 45.00 ans en moyenne (écart type 2.00). Ils ont passé leur diplôme d'infirmier 20.00 ans en amont (écart type 5.29). Ils sont devenus IBODE il y a 10.33 ans (écart type 7.02). Ils travaillent pour 33.3% d'entre eux en bloc mono disciplinaire.

2.4% des IBODE se décrivent beaucoup incommodés. Ils ont une moyenne d'âge de 41.33 ans (écart type 0.58). Ces professionnels sont infirmiers depuis 19.00 ans (écart type 1.00) et IBODE depuis 7.00 ans (écart type 3.46). Aucun de ces IBODE exercent en bloc mono disciplinaire.

Aucun des infirmiers déclarant ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux est totalement incommodé.

Synthèse

Expérience IBODE (ans)	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens
Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles en cas de conversion chirurgicale / Thermomètre				
Mal à l'aise	12.43	6.00	6.00	-
Troublé	11.00	6.00	6.00	-
Gêne	10.43	8.25	7.67	-
Embarrassé	10.38	8.50	6.00	-
Incommodé	9.63	10.33	7.00	-

Tableau 87 : Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles en cas de conversion chirurgicale et thermomètre de dissonance / années d'expérience professionnelles IBODE

Pour cette violation par commodité, nous constatons qu'aucun des professionnels ne ressent totalement un malaise, un trouble, une gêne, un embarras ou ne se sent totalement incommodé. De plus, les IBODE se sentant beaucoup troublés, mal à l'aise et embarrassés sont les deux mêmes professionnels. Nous remarquons aussi une diminution des années d'expérience IBODE quand l'intensité de l'affect augmente sauf pour « mal à l'aise » puisque la moyenne d'années d'expérience d'IBODE reste inchangée (6.00 ans).

Synthèse sur les violations par commodité

Les résultats présentés sont très significatifs. Nous avons présenté dans le tableau suivant les différents types de violations routinières ainsi que les pourcentages des IBODE déclarant « s'applique beaucoup à ce que je ressens » et « s'applique tout à fait à ce que je ressens ». Nous avons aussi positionné les moyennes d'années d'expérience en tant qu'infirmiers spécialisés face à ces pourcentages. Enfin, nous avons additionné les pourcentages des IBODE déclarant se sentir beaucoup et totalement mal à l'aise, ou troublé ou gêné, ou embarrassé ou incommodé.

Violations par commodité	Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux %
		%	Années IBODE	%	Années IBODE	
Violations par commodité d'ordre général	Mal à l'aise	4.8	12.50	5.6	7.29	10.4
	Troublé	4.0	11.00	2.4	7.67	6.4
	Gêné	6.4	12.00	4.0	5.80	10.4
	Embarrassé	4.8	12.50	4.8	6.67	9.6
	Incommodé	5.6	11.00	2.4	7.67	8.0
Ne pas compter les textiles et les dispositifs médicaux réutilisables	Mal à l'aise	0	-	2.4	7.67	2.4
	Troublé	0.8	11.00	0	-	0.8
	Gêné	2.4	11.00	0.8	1.00	3.2
	Embarrassé	0.8	11.00	1.6	6.00	2.4
	Incommodé	0.8	11.00	0	-	0.8
Ne pas installer les dispositifs médicaux stériles en salle en cas de conversion chirurgicale	Mal à l'aise	1.6	6.00	0	-	1.6
	Troublé	1.6	6.00	0	-	1.6
	Gêné	2.4	7.67	0	-	2.4
	Embarrassé	1.6	6.00	0	-	1.6
	Incommodé	2.4	7.00	0	-	2.4

Tableau 88 : Synthèse sur les violations par commodité

Nous constatons que pour les exemples proposés pour les violations par commodité, les IBODE ne ressentent pas « tout à fait » les cinq items du thermomètre. De plus, en ce qui concerne les affects auto-rapportés au regard des violations par commodité d'ordre général, nous relevons que « mal à l'aise » et « gêné » rassemblent les mêmes pourcentages. Ce n'est que pour les violations par commodité d'ordre général que nous obtenons tous les items du thermomètre renseignés par les IBODE en cochant « s'applique tout à fait à ce que je ressens ». Pour les deux exemples de violations par commodité présentés dans le questionnaire seuls les items « mal à l'aise », « gêné », et « embarrassé » sont renseignés comme l'affect que ressentent totalement les IBODE. Notons que, pour le dernier exemple « ne pas installer les dispositifs médicaux stériles en cas de conversion chirurgicale », aucun IBODE n'a indiqué qu'il se sent totalement « mal à l'aise » ou « troublé » ou « gêné » ou « embarrassé » ou « incommodé ».

Synthèse sur les violations

Nous pouvons conclure que les IBODE les moins expérimentés ressentent plus intensément les affects composant le thermomètre de la dissonance en regard des trois types de violations.

De même, les IBODE ayant commis des violations routinières et par nécessité ressentent davantage de malaise, puis de gêne puis de l'embarras. Cependant, les deux derniers affects auto-rapportés diffèrent en fonction de la nature de violation. En ce qui concerne les violations routinières les IBODE se sentent davantage incommodés qu'ils ne se sentent troublés. Pour les violations par nécessité, les IBODE se sentent davantage troublés qu'incommodés.

Au regard des violations par commodité, les IBODE ne développent pas pour tous les exemples des violations les inconforts à leur intensité maximale. Ainsi, ils ne se sentent que beaucoup « mal à l'aise » ou « troublé » ou « gêné » ou « embarrassé » ou « incommodé ». Enfin, pour les violations par commodité, les IBODE ne développent pas les inconforts en ressentant davantage de malaise, puis de gêne puis de l'embarras.

4- LES DIMENSIONS PRIVILEGIEES, LES VALEURS PROFESSIONNELLES, LA CONCEPTION DES SOINS ET DISSONANCE

Dans cette partie, nous présenterons les réponses aux questions sur les dimensions que les IBODE privilégient lors de soins, sur leurs valeurs professionnelles. Nous les avons aussi questionnés sur leur définition du soin. Au regard de la théorie de la dissonance cognitive (Festinger, 1957), toutes ces notions forment des cognitions ou des groupes de cognitions pouvant entretenir avec les cognitions en lien avec les violations que disent commettre les IBODE une éventuelle relation d'inconsistance génératrice d'un inconfort psychologique motivant l'IBODE à le réduire.

Nous présenterons dans un premier temps, les dimensions privilégiées lors de la prise en soins, puis les valeurs professionnelles. Nous terminerons par les définitions du soin proposées par les IBODE ayant commis des violations et disant ressentir un inconfort psychologique.

Les dimensions privilégiées lors de la prise en soins

Nous présentons les dimensions privilégiées que disent mobiliser les IBODE lors de leur prise en soins. Ces infirmiers ont formulé commettre une violation de quelque nature que ce soit. Nous exposons en pourcentage les différentes dimensions citées en regard des différents affects auto-rapportés (en pourcentage) de la dissonance (Lecrique, 2007) généré par chaque type et exemple de violations.

Violations routinières

Violations routinières d'ordre général

Violations routinières d'ordre général / Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux %
	%	Dimensions privilégiées	%	Dimensions privilégiées	
Mal à l'aise	13.6 %	Sécurité 76.47% confort 11.76% Accueil 11.76% Prise en charge individualisée 11.76% Respect 2/17 11.76%	7.2%	Accueil 9 22.2% Risques Psychologiques 22.2% Relationnel, pudeur, empathie 11.1%	20.8%
Troublé	8.8%	Sécurité 54.54% Prise en soins personnalisée 18.11%	1.6%	Gestion des risques 50%	10.4%
Gêné	12.8 %	Sécurité 56.25% Accueil 18.75% Prise en soins personnalisée 12.5% Risque psychologique 2/16 12.5%	5.6%	Sécurité 14.28% Relationnel 14.28%, empathie 14.28% Risque psychologique 14.28% Gestion des risques 14.28%	18.4%
Embarrassé	10.4 %	Sécurité 61.53 % Bien-être 15.38% Gestion des risques 7.69%	5.6%	Sécurité 28.57%, Risques psychologique 28.57%, Gestion des risques 14.28%	16%
Incommodé	8%	Sécurité 70% Accueil 30%	5.6%	Relationnel 14.28%, pudeur 14.28%, empathie 14.28%, risque psychologique 14.28%, gestion des risques 14.28%	13.6%

Tableau 89 : Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit commettre des violations routinières d'ordre général.

« S'applique beaucoup à ce que je ressens »

Nous remarquons que les IBODE ayant dit commettre des violations routinières d'ordre général et ressentant beaucoup un malaise, ou un trouble, ou une gêne, ou un embarras ou se sentant beaucoup incommodés mobilisent en premier lieu des dimensions de sécurité lors des soins qu'elles effectuent. En effet, cette dimension est la première mentionnée lors du questionnaire et recueillie entre 76.47 % et 54.4% des IBODE ayant coché « S'applique beaucoup à ce que je ressens » pour les cinq affects composant le thermomètre de dissonance.

La deuxième dimension privilégiée est celle concernant l'accueil des personnes bénéficiant d'une intervention chirurgicale. Elle apparaît pour les items de la dissonance suivants : « mal à l'aise » 11.76 % des IBODE le citent, « gêné » 18.75 % des IBODE le mentionnent et 10.30% des IBODE se sentant beaucoup incommodés privilégient l'accueil en deuxième dimension importante.

Une autre dimension citée par les IBODE se sentant beaucoup troublés et gênés concerne la prise en soins individualisée du patient. En effet, cette dimension est mentionnée pour 18.11% des IBODE très troublés et 12.5% des BODE très gênés.

D'autres dimensions comme celles de respect, de confort et de risque psychologique sont citées mais ne sont pas communes aux cinq affects auto-rapportés.

« S'applique tout à fait à ce que je ressens »

La dimension de « risque psychologique » est principalement citée pour les IBODE se sentant totalement mal à l'aise (22.2%), troublés (14.28%), embarrassés (28.57%) et incommodés (14.28%).

Une dimension prégnante aussi pour les IBODE étant totalement troublés (50%), gênés, embarrassés (14.28%) et incommodés (14.28%) est la gestion des risques.

Les dimensions d'empathie et de relationnel sont citées par les IBODE se sentant totalement mal à l'aise, gênés et incommodés. Notons que la pudeur est une dimension privilégiée pour des IBODE ressentant un malaise très important et se sentant totalement incommodés.

Nous remarquons aussi que la dimension sécuritaire n'est privilégiée que par les IBODE totalement embarrassés pour 28.57% d'entre eux et pour 14.28% des IBODE ressentant totalement une gêne.

Synthèse

Nous remarquons que les dimensions de sécurité et d'accueil sont primordiales pour les IBODE ressentant beaucoup les affects du thermomètre de la dissonance. Ces dimensions sont mobilisées seulement par les IBODE totalement gênés et embarrassés ayant dit commettre des violations routinières d'ordre général mais à des pourcentages moindres. Les IBODE ressentant le plus intensément les manifestations de dissonance mobilisent des dimensions concernant la gestion des risques et la dimension relationnelle des soins. La dimension sécuritaire est moins mise en exergue. Ces IBODE fonderaient leurs pratiques sur la priorisation des risques encourus par chaque patient. La dimension sécuritaire faisant partie de cette gestion des risques. Ces IBODE favoriseraient par la suite les dimensions relationnelles parties prégnantes de la démarche soignante.

Accueillir le patient d'une manière non satisfaisante

Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux %
	%	Dimensions privilégiées	%	Dimensions privilégiées	
Mal à l'aise	16%	Sécurité 55.55%, Accueil 16.6%, confort 11.11%, bienveillance 5.55% bien être 5.55%, risque psychologique 5.55%	9.6%	Accueil 25%, sécurité 16.66%, risque psychologique 16.66%	25.6%
Troublé	13.6%	Sécurité 41.17%, accueil 11.7 %, risque psychologique 11.76%, respect 11.76%, humanité 11.76%	3.2%	Dimension psychologique 25%, gestion des risques 25%, accueil 25%	16.8%
Gêne	16%	Sécurité 50 %, accueil 16.6%, bien-être, risque psychologique, 11.11% empathie 11.11%, humanité 11.11%	9.6%	Sécurité 25 %, risque psychologique 16.66%	25.6%
Embarrassé	16%	Sécurité 44.44%, accueil 16.66%, bien-être 16.66%, confort 16.66%, psychologique 16.66%	8%	Sécurité 40%, risque psychologique 20%	24%
Incommodé	11.2%	Sécurité 90%, accueil 40%, bien-être 20%	7.2%	Sécurité 22.22%, relationnel 11.11%, gestion des risques 11.11%, risques psychologiques 11.11%, confort 11.11%	18.4%

Tableau 90 : Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit accueillir le patient d'une manière non satisfaisante.

« S'applique beaucoup à ce que je ressens »

Nous remarquons que les IBODE ayant dit accueillir le patient de manière non satisfaisante et ressentant tous les états d'inconfort du thermomètre de dissonance en spécifiant que ces derniers s'appliquent beaucoup à ce qu'ils ressentent mobilisent en premier lieu des dimensions de sécurité lors des soins qu'elles prodiguent. En effet, cette dimension est aussi la première mentionnée lors du questionnaire et concerne entre 90 % et 44.4% des

IBODE ayant coché « S'applique beaucoup à ce que je ressens » pour les cinq affects composant le thermomètre de dissonance.

La deuxième dimension privilégiée est celle concernant l'accueil des personnes bénéficiant d'une intervention chirurgicale. Elle apparaît pour tous les items de la dissonance: « mal à l'aise », 16.66 % des IBODE le cite, 11.76% des IBODE beaucoup « troublés » le mobilisent, « gêné » 11.76 % des IBODE le mentionnent, 16.66% des infirmiers se sentant embarrassés le favorisent et 40% des IBODE se sentant beaucoup incommodés privilégient l'accueil en deuxième dimension importante.

Une autre dimension citée par les IBODE se sentant beaucoup troublés et gênés concerne le risque psychologique du patient. En effet, cette dimension est mentionnée pour 5.55% des IBODE très mal à l'aise, 11.76 % des IBODE très troublés et 11.11% des IBODE très gênés.

Le bien-être est aussi mentionné pour les IBODE ayant choisi les affects « mal à l'aise » (5.55%), « gêné » (16.66%) et embarrassé 16.66%).

Une autre dimension comme celles d'humanité, est citée par 11.11% des IBODE se sentant très embarrassés et 11.76% des IBODE étant très troublés.

« S'applique tout à fait à ce que je ressens »

La dimension de « risque psychologique » est aussi principalement citée pour les IBODE se sentant totalement mal à l'aise (16.66%), troublés (25%), gênés (16.66%) embarrassés (25%) , et incommodés (11.11%).

Une dimension prégnante aussi pour les IBODE étant très mal à l'aise (16.66%), tout à fait gênés (25%), embarrassés (40%) et incommodés (22.22%) est la sécurité.

Les dimensions d'accueil et confort sont citées par les IBODE se sentant totalement mal à l'aise et incommodés.

Synthèse

Nous remarquons que les dimensions de sécurité et d'accueil sont primordiales pour les IBODE ressentant beaucoup les affects du thermomètre de la dissonance. Ces dimensions sont mobilisées seulement par les IBODE totalement mal à l'aise, gênés, embarrassés et incommodés ayant dit accueillir le patient de manière non satisfaisante mais à des pourcentages moindres. Les IBODE ressentant le plus intensément les manifestations de dissonance mobilisent des dimensions concernant le risque psychologique et la sécurité des soins.

Tolérer un nombre important de personnes en salle

Nombre important de personnes en salle / Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux %
	%	Dimensions privilégiées	%	Dimensions privilégiées	
Mal à l'aise	15.2%	Sécurité 66.66%, accueil 16.66%, prise en charge individualisée 11.11%, confort 11.11%	9.6%	Accueil 25%, sécurité 16.66%, psychologique 16.66, confort 16.66%	24.8%
Troublé	12%	Sécurité 53.33%, accueil 13.33%, humanité 13.33%, respect 13.33%	3.2%	Dimension psychologique, 33.3%, accueil 33.3%, sécurité 33.33%	15.2%
Gêne	13.6%	Sécurité 52.94%, accueil 29.41%, bien-être 11.76%, confort, 11.16%, humanité 11.76 %	10.4%	Sécurité 38.46%, risque psychologique 15.33%, dimension psychologique 15.38%	24%
Embarrassé	14.4%	Sécurité 50%, accueil 11.11%, dimension psychologique 11.11%, bien-être 11.11%, confort 11.11%	7.2%	Sécurité 33.33%	21.6%
Incommodé	9.6%	Sécurité 75%, accueil 25%,	7.2%	Sécurité 22.22%	16.8%

Tableau 91: Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit tolérer un nombre important de personnes en salle.

« S'applique beaucoup à ce que je ressens »

Nous remarquons que les IBODE ayant dit tolérer un nombre important de personnes en salles et ressentant beaucoup un malaise, ou un trouble, ou une gêne, ou un embarras ou se sentant beaucoup incommodés mobilisent en premier lieu des dimensions de sécurité lors des soins qu'elles prodiguent. En effet, cette dimension est aussi la première mentionnée lors du questionnaire et recueille entre 75% et 50% des IBODE ayant coché « S'applique beaucoup à ce que je ressens » pour les cinq affects composant le thermomètre de dissonance.

La deuxième dimension privilégiée est celle concernant l'accueil des personnes bénéficiant d'une intervention chirurgicale. Elle apparaît pour tous les items de la dissonance: « mal à l'aise », 16.66 % des IBODE le citent, 13.33% des IBODE beaucoup « troublés » le mobilisent, « gêné » 29.41 % des IBODE le mentionnent, 11.11% des infirmiers se sentant embarrassés le favorisent et 25% des IBODE se sentant beaucoup incommodés privilégient l'accueil en deuxième dimension importante.

Une autre dimension citée par les IBODE se sentant beaucoup gênés et embarrassés concerne le confort du patient. En effet, cette dimension est mentionnée pour 11.11% des IBODE mal à l'aise, 11.16% des IBODE très gênés, 11.11 % des IBODE très embarrassés.

La dimension humaine est aussi mentionnée pour les IBODE ayant choisi les affects « troublé » (13.33%), « gêné » (11.76%).

Une autre dimension comme celle du respect, est citée par 13.33% des IBODE se sentant très troublés.

« S'applique tout à fait à ce que je ressens »

La dimension sécuritaire est aussi principalement citée pour les IBODE se sentant totalement mal à l'aise (16.66%), troublés (33.3%), gênés (38.46%) embarrassés (33.33%) , et incommodés (22.22%).

La deuxième dimension privilégiée est celle d'ordre psychologique. En effet, 33.33% des IBODE totalement troublés lorsqu'ils se remémorent le fait de tolérer un nombre

important de personnes en salle mobilisent cette notion de même que 30.76% des IBODE gênés et 33.3% des IBODE ressentant un trouble très intense.

La dimension d'accueil est signalée par les IBODE se sentant totalement mal à l'aise pour 25% d'entre eux et pour 33.33% des IBODE totalement troublés.

Synthèse

Nous remarquons que les dimensions de sécurité et d'accueil sont primordiales pour les IBODE ressentant beaucoup les affects du thermomètre de la dissonance. Ces dimensions sont mobilisées par tous les IBODE totalement mal à l'aise, troublés, gênés, embarrassés et incommodés ayant dit tolérer un nombre important de personnes en salle mais à des pourcentages beaucoup moins importants. Les IBODE ressentant le plus intensément les manifestations de dissonance mobilisent les dimensions psychologiques et d'accueil des soins.

Ne pas respecter les règles d'asepsie progressive

Non-respect des règles d'asepsie progressive / Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux %
	%	Dimensions privilégiées	%	Dimensions privilégiées	
Mal à l'aise	5.6 %	Sécurité 85.71%, accueil 33.33%	2.4%	Relationnel 33.33%, pudeur 33.33%, humanité 33.33%	8%
Troublé	4.8 %	Sécurité 66.6%	0.8%	-	5.6%
Gêne	5.6 %	Sécurité 57.71%, accueil 28.57%	4%	Sécurité 40%	9.6%
Embarrassé	4.8 %	Sécurité 66.6% , accueil 33.33%	4%	Sécurité 40%	8.8%
Incommodé	2.4 %	Sécurité 100% 3, accueil 66.66%	3.2%	Relationnel 33.33%, sécurité 33.33%, asepsie 33.33%	5.6%

Tableau 92 : Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne pas respecter les règles d'asepsie progressive.

« S'applique beaucoup à ce que je ressens »

Nous remarquons que les IBODE ayant dit ne pas respecter les règles d'asepsie progressive et ressentant beaucoup un malaise, ou un trouble, ou une gêne, ou un embarras ou se sentant beaucoup incommodés mobilisent en premier lieu des dimensions de sécurité lors des soins qu'elles prodiguent. En effet, cette dimension est aussi la première mentionnée lors du questionnaire et recueillie entre 100% et 57.71% des IBODE ayant coché « S'applique beaucoup à ce que je ressens » pour les cinq affects composant le thermomètre de dissonance.

La deuxième dimension privilégiée est celle concernant l'accueil des personnes bénéficiant d'une intervention chirurgicale. Elle apparaît pour les items de la dissonance: « mal à l'aise », 33.33 % des IBODE le citent, « gêné » 28.57 % des IBODE le mentionnent,

33.33% des infirmiers se sentant embarrassés le favorisent et 66.66% des IBODE se sentant très incommodés privilégient l'accueil en deuxième dimension importante.

« S'applique tout à fait à ce que je ressens »

La dimension sécuritaire est aussi principalement citée pour les IBODE se sentant totalement gênés (40%) embarrassés (40%) , et incommodés (33.33%).

La deuxième dimension privilégiée est celle d'ordre relationnel. En effet, 33.33% des IBODE totalement mal à l'aise lorsqu'ils se remémorent le fait de ne pas respecter les règles d'asepsie progressive mobilisent cette notion de même que 33.33% des IBODE se sentant totalement incommodé.

La dimension d'asepsie est signalée par les IBODE se sentant totalement incommodés pour 33.33% d'entre eux.

Les dimensions humaines et de pudeur sont mobilisées pour 1/3 des IBODE se ressentant totalement un malaise

Synthèse

Nous remarquons que les dimensions de sécurité et d'accueil sont primordiales pour les IBODE ressentant beaucoup les affects du thermomètre de la dissonance. Ces dimensions sont mobilisées par tous les IBODE totalement mal à l'aise, troublés, gênés, embarrassés et incommodés ayant dit ne pas respecter les règles d'asepsie progressive mais à des pourcentages beaucoup moins importants. Les IBODE ressentant le plus intensément les manifestations de dissonance mobilisent aussi des dimensions relationnelles lors des soins.

Synthèse sur les dimensions privilégiées mobilisées par les IBODE ayant dit commettre des violations routinières

Nous constatons que les dimensions privilégiées les plus importantes pour les IBODE ayant dit commettre des violations routinières sont les dimensions de sécurité et d'accueil. Notons, que ces deux dimensions recueillent des pourcentages moins considérables pour les IBODE disant ressentir totalement les cinq états de dissonance. Les dimensions d'ordres psychologiques et relationnels sont plus fréquemment citées par ces IBODE ressentant plus intensément les affects du thermomètre.

Violations par nécessité

Violation par nécessité d'ordre général

Violation par nécessité d'ordre général/ Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux %
	%	Dimensions privilégiées	%	Dimensions privilégiées	
Mal à l'aise	14.4	Sécurité 50%, accueil 22.22%, risque psychologique, gestion des risques 11.11%	4.0	Sécurité 40%, accueil 40%	18.4
Troublé	8.0	Sécurité 40%, accueil 30%	2.4	Gestion des risques 33.33%, accueil 33.33 %	10.4
Gêné	9.6	Sécurité 50%, accueil 25%, risque psychologique 25 %	8.4	Accueil 33.33%, Sécurité 16.66%, gestion des risques 16.66%	18.0
Embarrassé	8.8	Sécurité 36.36%, accueil 27.27%	3.2	Sécurité 25 %, gestion des risques 25%, , accueil 25%	12.0
Incommodé	7.2	Sécurité 66.66%, accueil 33.33%, risque psychologique 22.22%	2.4	Gestion des risques 33.33% ²	9.6

Tableau 93 : Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit commettre des violations par nécessité d'ordre général.

« S'applique beaucoup à ce que je ressens »

Nous remarquons que les IBODE ayant dit commettre des violations par nécessité d'ordre général et ressentant beaucoup un malaise, ou un trouble, ou une gêne, ou un embarras ou se sentant beaucoup incommodés mobilisent en premier lieu des dimensions de sécurité lors des soins qu'elles effectuent. En effet, cette dimension concerne 66.6% des IBODE se sentant beaucoup incommodés, 50% des IBODE très gênés et 50% des IBODE très mal à l'aise. 40% des IBODE disant être troublés en cochant « S'applique beaucoup à ce que

je ressens » disent mobiliser la dimension de sécurité en priorité ainsi que 36.36% des IBODE de sentant très embarrassés.

La deuxième dimension privilégiée est celle concernant l'accueil des personnes bénéficiant d'une intervention chirurgicale. Elle apparaît pour les items de la dissonance suivants : « mal à l'aise » 22.22 % des IBODE le citent, 30% des IBODE se sentant très troublés le mobilisent, 25 % des IBODE gênés le mentionnent. De même, 27.27% des IBODE beaucoup embarrassés et 33.33% des IBODE se sentant beaucoup incommodés privilégient l'accueil en deuxième dimension importante.

Une autre dimension citée par les IBODE se sentant très mal à l'aise, très gênés et très incommodés concerne le risque psychologique du patient. En effet, cette dimension est mentionnée pour 22.22% des IBODE très mal à l'aise, 25% des BODE très gênés et 22% des IBODE très incommodés

Enfin, la dimension de gestion des risques apparaît pour 11.11% des IBODE ayant répondu se sentir très mal à l'aise en commentant une violation par nécessité d'ordre général.

« S'applique tout à fait à ce que je ressens »

La dimension de l'accueil est principalement citée pour les IBODE se sentant totalement mal à l'aise (40%), troublés (33.33%), gênés (33.33%) embarrassés (25%).

Une dimension prégnante aussi pour les IBODE étant totalement troublés (33.33%), gênés (16.66%), embarrassés (25%) et incommodés (33.33%) est la gestion des risques.

La dimension de sécurité est seulement citée par les IBODE se sentant totalement mal à l'aise (40%) et ceux se sentant totalement embarrassés (25%).

Synthèse

Nous remarquons que les dimensions de sécurité et d'accueil sont primordiales pour les IBODE ressentant beaucoup les affects du thermomètre de la dissonance. La dimension de sécurité n'est mobilisée seulement par les IBODE totalement mal à l'aise et embarrassés

ayant dit commettre des violations par nécessité d'ordre général mais à des pourcentages moindres. Les IBODE ressentant le plus intensément les manifestations de dissonance mobilisent des dimensions concernant l'accueil et la gestion des risques.

Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant

Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant / Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux %
	%	Dimensions privilégiées	%	Dimensions privilégiées	
Mal à l'aise	12	Sécurité 33.33%, accueil 26.66%, vérification dispositifs médicaux 13.33%	3.2	Sécurité 50% Relationnel 25%, bienveillance 25%	15.2
Troublé	5.6	Sécurité 57.14%	1.6	Accueil 50%, gestion des risques 50%	7.2
Gêné	9.6	Sécurité 50%, accueil 25%, risque psychologique 16.66%	2.4	Relationnel 33.33%, accueil 33.33%, gestion des risques 33.33%	12.0
Embarrassé	8.8	Sécurité 36.36%, accueil 27.27%, dimension psychologique 27.27%	2.5	Relationnel 50%, gestion des risques 50%	10.4
Incommodé	4.0	Sécurité 60%, bienveillance 20% , risque psychologique 20% humaine 20% 1/5	2.4	Dimension psychologique 66.66%, gestion des risques 33.33%	6.4

Tableau 94 : Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit tolérer des aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant

« S'applique beaucoup à ce que je ressens »

Nous remarquons que les IBODE ayant dit tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant et ressentant beaucoup un malaise, ou un trouble, ou une gêne, ou un

embarras ou se sentant beaucoup incommodés mobilisent en premier lieu des dimensions de sécurité lors des soins qu'ils prodiguent. En effet, cette dimension est aussi la première mentionnée lors du questionnaire et recueille 33.33% pour les IBODE déclarant être très mal à l'aise, 57.14% pour les IBODE très troublés, 50 % pour les IBODE très gênés, 36.6% pour les IBODE très embarrassés et 60% pour les IBODE très incommodés.

La deuxième dimension privilégiée est celle concernant l'accueil des personnes bénéficiant d'une intervention chirurgicale. Elle apparaît pour tous les items de la dissonance: « mal à l'aise », 26.66 % des IBODE le citent, 11.76 % des IBODE gênés le mentionnent, 27.27 % des infirmiers se sentant embarrassés le favorisent.

Une autre dimension citée par les IBODE se sentant beaucoup gênés et incommodés concerne le risque psychologique du patient. En effet, cette dimension est mentionnée pour 16.66% des IBODE très gênés, 27.27 % des IBODE très embarrassés.

Les notions de bienveillance et d'humanité sont aussi mentionnées pour les IBODE ayant choisi les affects « incommodé »

« S'applique tout à fait à ce que je ressens »

La dimension de « gestion des risques » est principalement citée pour les IBODE se sentant totalement troublés (50%), gênés (33.33%) embarrassés (50%), et incommodés (33.33%).

Une dimension prégnante aussi pour les IBODE étant très mal à l'aise (25%), totalement embarrassés (50%) et incommodés (22.22%) est la dimension relationnelle. Notons aussi que la dimension psychologique est principale pour les IBODE totalement incommodés.

La dimension de sécurité est citée par les IBODE se sentant totalement mal à l'aise pour 50% d'entre eux. Celle concernant l'accueil n'est envisagée que par les IBODE se sentant totalement gênés pour 33.33% d'entre eux.

Synthèse

Nous remarquons que les dimensions de sécurité et d'accueil sont primordiales pour les IBODE ressentant beaucoup les affects du thermomètre de la dissonance. La dimension de sécurité n'est mobilisée seulement que par les IBODE totalement mal à l'aise, ayant dit tolérer des aides-soignants dans le rôle de circulant mais à des pourcentages aussi important. Les IBODE ressentant le plus intensément les manifestations de dissonance mobilisent des dimensions concernant la gestion des risques et la dimension relationnelle.

Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante

Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante / Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux %
	%	Dimensions privilégiées	%	Dimensions privilégiées	
Mal à l'aise	15.2	Sécurité 50 %, accueil 22.22% , risque psychologique 22.22%, prise en charge personnalisée 16.66%	4.0	Confort 60%, gestion des risques 20%, sécurité 20%	19.2
Troublé	6.4	Sécurité 75 %	2.4	Accueil 33.33%, gestion des risques 33.33%	8.8
Gêne	10.4	Sécurité 61.53%, risque psychologique 23.07%	4.8	Empathie 33.33%, accueil 33.33%, gestion des risques 16.66%, sécurité 16.66%	15.2
Embarrassé	8.8	Sécurité 45.45%, accueil 18.18%	3.2	Dimension relationnelle 100%	12.0
Incommodé	7.2	Sécurité 66.66%, accueil 22.22%, risque psychologique 22.22%	2.4	Gestion des risques 33.33% , confort 33.33%	9.6

Tableau 95: Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante.

« S'applique beaucoup à ce que je ressens »

Nous remarquons que les IBODE ayant dit renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » et ressentant beaucoup un malaise, ou un trouble, ou une gêne, ou un embarras ou se sentant beaucoup incommodés mobilisent en premier lieu des dimensions de sécurité lors des soins qu'elles prodiguent. En effet, cette dimension est aussi la première mentionnée lors de la passation du questionnaire. En effet, les IBODE ressentant beaucoup un malaise déclarent pour 50% d'entre eux que cette dimension est privilégiée. De même, 75% des IBODE beaucoup troublés, 61.33% des IBODE très gênés, 45.45% des IBODE beaucoup embarrassés et 66% des IBODE se sentant beaucoup incommodés placent cette dimension prioritaire

La deuxième dimension privilégiée est celle concernant le risque psychologique des personnes bénéficiant d'une intervention chirurgicale. Elle apparaît pour les items de la dissonance suivants : « mal à l'aise », 22.22 % des IBODE le citent, 23.07 % des IBODE se sentant gênés le mentionnent. 22.22% des IBODE se sentant beaucoup incommodés privilégient l'accueil en deuxième dimension importante.

Une autre dimension citée par les IBODE se sentant très mal à l'aise, beaucoup embarrassés et incommodés concerne l'accueil du patient. En effet, cette dimension est mentionnée pour 22.22% des IBODE mal à l'aise, 18.18% des IBODE très embarrassés et 22.22% des IBODE beaucoup incommodés.

La dimension humaine est aussi mentionnée pour les IBODE ayant choisi les affects « troublé » (13.33%), « gêné » (11.76%).

Une autre dimension comme celle de la prise en soins individualisée est citée par 16.66% des IBODE se sentant très mal à l'aise.

« S'applique tout à fait à ce que je ressens »

La dimension de gestion des risques est principalement citée pour les IBODE se sentant totalement mal à l'aise (20%), troublés (33.3%), gênés (16.66%) et incommodés (33.33%).

La deuxième dimension privilégiée est celle de l'accueil. En effet, 33.33% des IBODE totalement troublés lorsqu'ils se remémorent le fait de mal renseigner la check-list mobilisent cette notion de même que 33.33% des IBODE gênés.

La dimension relationnelle est la plus importante pour l'IBODE se sentant totalement embarrassée.

De même, la dimension de confort est privilégiée pour les IBODE se sentant totalement mal à l'aise.

Synthèse

Nous remarquons que les dimensions de sécurité et de risque psychologique sont primordiales pour les IBODE ressentant beaucoup les affects du thermomètre de la dissonance. Ces dimensions ne sont mobilisées pas par tous les IBODE totalement mal à l'aise, troublés, gênés, embarrassés et incommodés ayant dit ne pas renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon satisfaisante. Les IBODE ressentant le plus intensément les manifestations de dissonance mobilisent la gestion des risques et d'accueil des patients. Nous retrouvons la dimension d'accueil en dimension prioritaire après celles de sécurité et de risques psychologiques pour les IBODE ressentant beaucoup les cinq items d'inconfort.

Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux

Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux / Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux %
	%	Dimensions privilégiées	%	Dimensions privilégiées	
Mal à l'aise	6.4	Sécurité 37.50%, risque psychologique 25 %	1.6	Relationnel 50%	8.0
Troublé	2.4	Sécurité 100% 3/3,	0.8	-	3.2
Gêne	4.8	Sécurité 50%, risque psychologique 66.66%	1.6	Relationnel 50%	6.4
Embarrassé	4.0	Sécurité 40%, risque psychologique 20%, prise en charge personnalisée 20%	1.6	Relationnel 50%	5.6
Incommodé	2.4	Sécurité 33.33%, risque psychologique 33.33%, bientraitance 33.33%	1.6	Relationnel 50%	4

Tableau 96 : Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux

« S'applique beaucoup à ce que je ressens »

Nous remarquons que les IBODE ayant dit ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux et ressentant beaucoup un malaise, ou un trouble, ou une gêne, ou un embarras ou se sentant beaucoup incommodés mobilisent en premier lieu des dimensions de sécurité lors des soins qu'ils prodiguent. En effet, cette dimension est aussi la première mentionnée lors des réponses au questionnaire et recueille 37.50% pour les IBODE ressentant beaucoup un malaise et 100% des IBODE ayant coché « S'applique beaucoup à ce que je ressens » pour l'affect « troublé ». De même, la dimension sécuritaire est prioritaire pour les IBODE très gênés à hauteur de 50% de leurs réponses, pour les IBODE très incommodés à hauteur de 40%. Ainsi que pour les IBODE très incommodés à hauteur de 33.33%

La deuxième dimension privilégiée est celle concernant le risque psychologique des personnes bénéficiant d'une intervention chirurgicale. Elle apparaît pour les items de la dissonance: « mal à l'aise », 25 % des IBODE le citent, 66.66 % des IBODE beaucoup gênés le mentionnent. 20% des IBODE se sentant beaucoup embarrassés privilégient le risque psychologique en deuxième dimension importante ainsi que 33.33% des IBODE se sentant très incommodés.

« S'applique tout à fait à ce que je ressens »

La dimension relationnelle est principalement citée pour les IBODE se sentant totalement mal à l'aise (50%) embarrassés (50%) , et incommodés (50%).

Synthèse

Nous remarquons que les dimensions de sécurité et de risque psychologique sont primordiales pour les IBODE ressentant beaucoup les affects du thermomètre de la dissonance. Ces dimensions ne sont pas mobilisées par les IBODE totalement mal à l'aise, troublés, gênés, embarrassés et incommodés ayant dit ne pas vérifier les dispositifs médicaux de façon exhaustive. Les IBODE ressentant le plus intensément les manifestations de dissonance mobilisent des dimensions relationnelles lors des soins.

Synthèse sur les dimensions privilégiées mobilisées par les IBODE ayant dit commettre des violations par nécessité

Nous constatons que les dimensions privilégiées les plus importantes pour les IBODE ayant dit commettre des violations par nécessité sont les dimensions de sécurité, de risque psychologique et d'accueil. Notons, que la dimension de sécurité est très importante pour les IBODE ressentant le plus intensément les états d'inconfort en se remémorant qu'ils tolèrent des aides-soignants dans le rôle de circulant. Les dimensions d'accueil, d'ordres psychologiques et relationnels sont plus fréquemment citées par ces IBODE ressentant plus intensément les états d'inconfort.

Violations par commodité

Violation par commodité d'ordre général

Violation par commodité d'ordre général / Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux %
	%	Dimensions privilégiées	%	Dimensions privilégiées	
Mal à l'aise	4.8	Sécurité 33.33%, relationnel 16.66%, prise en charge personnalisée 16.66%, accueil 16.66%	5.6	Accueil 42.85%, sécurité 28.57%, Relationnel 14.28%, pudeur, rassurer 14.28%	10.4
Troublé	4.0	Sécurité 40%, accueil 40%, relationnel 20%, prise en charge personnalisée 20 %	2.4	Relationnel 33.33%, gestion des risques 33.33%, rassurer 33.33%	6.4
Gêné	6.4	Sécurité 62.5%, accueil 25% , prise en charge personnalisée, 12.5% respect 12.5%	4.0		10.4
Embarrassé	4.8	Sécurité 50%, accueil 33.33%	4.8	Accueil 33.33%, relationnel 16.66%, sécurité 16.66%, gestion des risques 16.66%, rassurer 16.66%	9.6
Incommodé	2.4 %	Sécurité 42.85%, accueil 28.57%, prise en charge personnalisée 14.28%	3.2%	Relationnel 33.33%, rassurer 33.33%, gestion des risques 33.33%	5.6%

Tableau 97 : Dimensions privilégiées mobilisées lors de la pris en soins des IBODE ayant dit commettre des violations par commodité d'ordre général.

« S'applique beaucoup à ce que je ressens »

Nous remarquons que les IBODE ayant dit commettre des violations par commodité d'ordre général et ressentant beaucoup un malaise, ou un trouble, ou une gêne, ou un embarras ou se sentant beaucoup incommodés mobilisent en premier lieu des dimensions de sécurité lors des soins qu'elles effectuent. En effet, cette dimension est la première mentionnée lors des réponses au questionnaire et recueille entre 33.33% pour les IBODE se sentant beaucoup mal à l'aise, 40% pour les IBODE très troublés. Les IBODE ayant coché « S'applique beaucoup à ce que je ressens » pour l'affect « gêné » disent mobiliser la dimension de sécurité pour 62.5% ainsi que 42.85% des IBODE se sentant très embarrassés.

La deuxième dimension privilégiée est celle concernant l'accueil des personnes bénéficiant d'une intervention chirurgicale. Elle apparaît pour les items de la dissonance suivants : « mal à l'aise » 16.66% des IBODE le citent, 40% des IBODE se sentant très troublé l'évoquent, 25 % des IBODE gênés le mentionnent. De même, 33.33% des IBODE beaucoup embarrassés et 28.57% des IBODE se sentant beaucoup incommodés privilégient l'accueil en deuxième dimension importante.

Une autre dimension citée par les IBODE se sentant très mal à l'aise, très gênés et très incommodés concerne la prise en charge individualisée du patient. En effet, cette dimension est mentionnée pour 16.66% des IBODE très mal à l'aise, 20% des BODE très troublés et 12.5% des IBODE très gênés et 14.28% des IBODE très incommodés

Enfin, la dimension de respect apparaît pour 12.5% des IBODE ayant répondu se sentir très gênés en commentant une violation par commodité d'ordre général.

« S'applique tout à fait à ce que je ressens »

La dimension relationnelle est principalement citée pour les IBODE très mal à l'aise ayant dit commettre une violation par commodité d'ordre général : 18.28 % des IBODE totalement mal à l'aise, 33.33% des IBODE se sentant tout à fait gênés, 16,66% des IBODE se sentant totalement embarrassés et 33.33% des IBODE se sentant totalement incommodés

La dimension de l'accueil est principalement citée pour les IBODE se sentant totalement mal à l'aise (42.85%) et embarrassés (33.33%) .

Une dimension prégnante aussi pour les IBODE étant totalement mal à l'aise (14.28%), troublés (33.33%), embarrassés (16.66%) et incommodés (33.33%) est la dimension de « rassurer » les patients.

Nous retrouvons aussi la dimension de gestion des risques pour les IBODE se sentant totalement troublés pour 33.33% d'entre eux, pour 16.66% des IBODE se sentant embarrassés et pour les infirmiers disant être totalement incommodés pour 33.33% d'entre eux.

La dimension de sécurité est seulement citée par les IBODE se sentant totalement mal à l'aise (28.57%) et ceux se sentant totalement embarrassés (16.66%).

Synthèse

Nous remarquons que les dimensions de sécurité et d'accueil sont primordiales pour les IBODE ressentant beaucoup les affects du thermomètre de la dissonance. La dimension de sécurité n'est mobilisée seulement par les IBODE totalement mal à l'aise et embarrassés ayant dit commettre des violations par commodité d'ordre général mais à des pourcentages moindres. Les IBODE ressentant le plus intensément les manifestations de dissonance mobilisent des dimensions concernant les soins relationnels, le fait de « rassurer » le patient, l'accueil et la gestion des risques.

Ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux stériles réutilisables

Ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux stériles réutilisables / Thermomètre dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux %
	%	Dimensions privilégiées	%	Dimensions privilégiées	
Mal à l'aise	0	-	2.4	Sécurité 66.66%, accueil 66.66% ³	
Troublé	0.8	Sécurité 100%, accueil 100%	0	-	
Gêné	2.4	Sécurité 100%, accueil 2/3	0.8	Accueil 100% confort 100%	
Embarrassé	0.8	Sécurité 100%, accueil 100%	1.6	Sécurité 50%, accueil 50%	
Incommodé	0.8	Sécurité 100%, accueil 100%	0	-	5.6%

Tableau 98 : Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux stériles réutilisables

« S'applique beaucoup à ce que je ressens »

Nous remarquons que les IBODE ayant dit ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux stériles réutilisables et ressentant beaucoup un malaise, ou un trouble, ou une gêne, ou un embarras ou se sentant beaucoup incommodés mobilisent en premier lieu des dimensions de sécurité lors des soins ils prodiguent. En effet, cette dimension est aussi la première mentionnée par les réponses au questionnaire et recueille l'unanimité pour tous les IBODE déclarant être très mal à l'aise, très troublés, très gênés, très embarrassés et pour tous les IBODE très incommodés.

La deuxième dimension privilégiée est celle concernant l'accueil des personnes bénéficiant d'une intervention chirurgicale. Elle apparaît pour tous les items de la dissonance:

Notons que pour ces résultats un IBODE a répondu pour l'affect « troublé », un autre pour l'affect « embarrassé » et enfin un autre infirmier pour l'affect « incommodé ».

La seconde dimension privilégiée est l'accueil. Tous les IBODE sus cités ont mentionné cette dimension. Notons que 66.66% des IBODE totalement gênés le citent.

« S'applique tout à fait à ce que je ressens »

La dimension de l'accueil est principalement citée pour les IBODE se sentant totalement mal à l'aise (66.66%), gênés (100%) embarrassés (50%).

Une dimension prégnante aussi pour les IBODE étant totalement mal à l'aise (66.6%), totalement embarrassés (50%) et incommodés (22.22%) est la dimension sécuritaire.

Synthèse

Nous remarquons que les dimensions de sécurité et d'accueil sont primordiales pour tous les IBODE ressentant beaucoup et totalement les affects du thermomètre de la dissonance. La dimension de l'accueil est mobilisée par tous les IBODE totalement mal à l'aise, gênés et embarrassés, ayant dit ne pas compter les textiles et dispositifs médicaux réutilisables. Les IBODE ressentant le plus intensément les manifestations de dissonance mobilisent la dimension de sécurité sauf pour l'IBODE totalement gêné qui privilégie la dimension de confort pour le patient.

Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles en cas de conversion chirurgicale

Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles en cas de conversion chirurgicale / Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux %
	%	Dimensions privilégiées	%	Dimensions privilégiées	
Mal à l'aise	1.6	Prise en charge personnalisée 50%	0	-	1.6
Troublé	1.6	Prise en charge personnalisée 50%	0	-	1.6
Gêné	2.4	Sécurité 33.33%, prise en charge personnalisée 33.33%	0	-	2.4
Embarrassé	1.6	Prise en charge personnalisée 33.33% 1/3	0	-	1.6
Incommodé	2.4	Prise en charge personnalisée 50%	0	-	2.4

Tableau 99 : Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles en cas de conversion chirurgicale.

Nous constatons que pour les IBODE ressentant beaucoup un état d'inconfort la prise en charge personnalisée de la personne bénéficiant d'une intervention chirurgicale est incontournable puisque tous l'ont mentionnée de 33.33% à 50%. La dimension de sécurité est seulement mentionnée par 33.33% des IBODE se sentant gênés.

Synthèse sur les violations par commodité

Au regard des violations par commodité, les IBODE mobilisent comme dimensions privilégiées la sécurité, l'accueil, la prise en soins individualisée. Nous voyons aussi apparaître une dimension non mobilisée auparavant « rassurer ».

Synthèse sur les dimensions privilégiées mobilisées par les IBODE ayant dit commettre des violations de quelque nature que ce soit.

Nous notons que, pour l'ensemble des violations, la principale dimension privilégiée est celle de la sécurité. Les infirmiers ressentant des états d'inconfort importants la mobilisent fortement puisque les pourcentages des IBODE la mentionnant varient de 100% à 33.33%. Cette dimension est moins privilégiée chez les infirmiers ressentant les plus intensément les états d'inconfort. En effet, ces derniers favorisent plus des dimensions relationnelles et d'accueil étant moins mises en avant pour les IBODE ne ressentant que beaucoup les états d'inconfort. Pour les IBODE ressentant le plus profondément les états d'inconfort la gestion des risques est tout de même importante.

Nous pouvons remarquer que la prise en soins sécuritaire côtoie la prise en soins individualisée et relationnelle des patients pour l'ensemble des IBODE disant ressentir des états d'inconfort plus ou moins intenses.

Nous pouvons déjà avancer que les dimensions privilégiées par les IBODE sont incompatibles avec les risques générés par les violations. Ainsi, ces cognitions, ces dimensions que mentionnent les IBODE vont à l'encontre des conséquences dommageables éventuelles pour le patient que peuvent provoquer les violations routinières par nécessité et par commodité disant être commises par les IBODE.

Les valeurs professionnelles

Nous présentons les valeurs professionnelles que disent mobiliser les IBODE ayant déclaré commettre une violation de quelque nature que ce soit. Nous les exposons en tenant compte des différents affects auto-rapportés de la dissonance (Lecrique 2007) présentés en regard de chaque type de violations et exemples proposés lors du questionnaire.

Violations routinières

Violations routinières d'ordre général

Violations routinières d'ordre général / Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux
	%	Valeurs professionnelles	%	Valeurs professionnelles	
Mal à l'aise	13.6%	Respect 35.29%, rigueur 23.52%, application des règles professionnelles 11.76%	7.2%	Rigueur 44.44% Respect 22.22%	20.8%
Troublé	8.8%	Respect 35.29%, écoute 18.18%, rigueur 18.18%	1.6%	Amélioration des pratiques 50% empathie 50% ½	10.4%
Gêné	12.8%	Rigueur 46.75%, Application des règles professionnelle 18.75%, écoute 12.5%	5.6%	Rigueur 57.14%, Amélioration des pratiques 14.28%, exigence 14.28%	18.4%
Embarrassé	10.4%	Application des pratiques 15.38%, respect 15.38%, prendre soin 15.38% 2/13	5.6%	Rigueur 71.42%, amélioration des pratiques 14.28%, exigence 14.28%	16%
Incommodé	8%	Respect 30%, Rigueur 20%, qualité 10%, altruisme 10%	5.6%	Rigueur 42.85%, amélioration des pratiques 14.28%, qualité 14.28%, prendre soin 14.28%	13.6%

Tableau 100 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit commettre des violation routinière d'ordre général

S'applique beaucoup à ce que je ressens

Nous remarquons que la valeur professionnelle principale mobilisée par les IBODE disant commettre des violations routinières d'ordre général est le respect du patient. En effet, les IBODE ressentant de façon importante un malaise l'énoncent pour 35.29% d'entre eux ainsi que ceux très troublés avec le même pourcentage de réponses. Les IBODE se sentant très gênés privilégient cette valeur pour 46.75% d'entre eux. De plus les IBODE très embarrassés le citent pour 15.38% d'entre eux ainsi que les IBODE se sentant très incommodés pour 30% d'entre eux.

La deuxième valeur importante pour les IBODE ayant commis des violations routinières d'ordre général est la rigueur. Cette valeur est mentionnée chez 23.52% des IBODE ressentant un fort malaise. Les IBODE se sentant beaucoup troublés la citent pour 46.75% d'entre eux ainsi que 20% des IBODE se sentant très incommodés.

Une autre valeur notable est l' « application des pratiques ». En effet, les IBODE se sentant beaucoup mal à l'aise la citent pour 11.76% d'entre eux ainsi que les IBODE gênés pour 18.75% d'entre eux et pour 15.38% des IBODE se disant beaucoup embarrassés.

L'écoute du patient est aussi une valeur professionnelle importante pour les IBODE se sentant troublés et gênés puisque respectivement ils la citent pour 18.18% et 12,5% des IBODE concernés.

Des valeurs de « prendre soin » apparaissent pour 15.38% des IBODE se sentant embarrassés lorsqu'elles se remémorent avoir effectué des violations routinières d'ordre général. Enfin, l'altruisme est cité pour 10% des IBODE se sentant beaucoup incommodés.

S'applique tout à fait à ce que je ressens

La rigueur est aussi une valeur incontournable pour les IBODE ressentant un inconfort intense. 44.44% des IBODE ressentant un fort malaise la citent ainsi que 57.14% des IBODE disant se sentir très gênés. Les IBODE se sentant tout à fait embarrassés et incommodés la mobilisent aussi respectivement pour 71.42% et 42.85% d'entre eux.

Une valeur importante pour les IBODE est l'amélioration des pratiques. 50% des IBODE se sentant très troublés la déclarent. De même, 14.28% des IBODE ressentant une grande gêne et ceux se sentant très embarrassés et incommodés pour 14.28% de chacun de ces deux groupes écrivent cette valeur.

La notion d'exigence apparaît pour 14.28% des IBODE se sentant très gênés et pour 14.28% des IBODE très embarrassés.

Notons aussi que les valeurs de « prendre soin » et de qualité sont spécifiées pour 14.28% des IBODE se sentant très incommodés. La valeur d'empathie est importante pour 50% des IBODE ressentant totalement un trouble ainsi que la valeur de respect pour 22.22% des IBODE se sentant très mal à l'aise.

Synthèse

La rigueur est une valeur incontournable pour les IBODE disant avoir commis des violations routinières d'ordre général et ayant un inconfort psychologique plus ou moins intense.

La valeur de respect n'est primordiale que pour les IBODE ayant coché la case « s'applique beaucoup à ce que je ressens ». Notons que seuls les IBODE ressentant le plus fortement un malaise citent cette valeur.

Deux valeurs importantes, l'application des pratiques étant citée par les IBODE ressentant un inconfort psychologique moins intense et l'amélioration des pratiques citée par les IBODE décrivant un inconfort plus important sont à considérer. En effet, nous notons une différence entre ces deux notions. La première est en lien avec la notion de rigueur et demande que les bonnes pratiques et les règles prescrites soient suivies. L'amélioration des pratiques quant à elle, exige une prise de recul de la part des IBODE afin d'évaluer les écarts aux normes, les analyser afin d'aboutir à la proposition de pratiques se voulant optimales. Ces dernières seront à nouveau évaluées dans une politique d'amélioration et réajustées si nécessaire.

Accueillir le patient d'une manière non satisfaisante

Accueillir le patient d'une manière non satisfaisante / Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux
	%	Valeurs professionnelles	%	Valeurs professionnelles	
Mal à l'aise	16%	Respect 38.88%, rigueur 22.22%, application des règles professionnelles 11.11%	9.6%	Rigueur 58.33%, amélioration des pratiques 16.66%	25.6%
Troublé	13.6%	Respect 33.33%, rigueur 33.33% 35.29%, écoute 11.76%	3.2%	Rigueur 75%, amélioration des pratiques 25%	16.8%
Gêné	16%	Respect 33.33%, application des règles professionnelles 11.11%	9.6%	Rigueur 66.66%, amélioration des pratiques 25% , empathie 16.66%	25.6%
Embarrassé	16%	Rigueur 27.77%, respect 16.66%, prendre soin 11.11%	8%	Rigueur 80%, amélioration des pratiques 10%,	24%
Incommodé	11.2%	Rigueur 60%, respect 40%, humanité 20%	7.2%	Rigueur 55.55%, prendre soin 11.11%, qualité de soins 11.11%	18.4%

Tableau 101 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne pas accueillir le patient d'une manière satisfaisante

S'applique beaucoup à ce que je ressens

Nous remarquons que la valeur professionnelle principale mobilisée par les IBODE disant ne pas accueillir le patient de façon satisfaisante est aussi le respect du patient. En effet, les IBODE ressentant de façon importante un malaise l'énoncent pour 38.88% d'entre eux ainsi que ceux très troublés pour 33.33%. Les IBODE se sentant très gênés privilégient cette valeur pour aussi 33.33% d'entre eux. De plus les IBODE très embarrassés le citent pour 16.66% d'entre eux ainsi que les IBODE se sentant très incommodés pour 40% d'entre eux.

De même, la deuxième valeur importante pour les IBODE ayant commis des violations routinières d'ordre général est la rigueur. Cette valeur est mentionnée chez 22.22% des IBODE ressentant un fort malaise. Les IBODE se sentant beaucoup troublés la citent pour 33.33% d'entre eux ainsi que 27.7% des IBODE se sentant beaucoup embarrassés et 60% des IBODE se sentant très incommodés.

Une autre valeur notable est l' « application des pratiques ». En effet, les IBODE se sentant beaucoup mal à l'aise la citent pour 11.11% d'entre eux ainsi que les IBODE gênés pour 11.11% d'entre eux.

Les valeurs humaines sont mises en avant pour 20 % des IBODE se sentant incommodés. Des valeurs de « prendre soin » apparaissent pour 11.11% des IBODE se sentant embarrassés lorsqu'elles se remémorent avoir effectué un accueil perfectible. Enfin, l'écoute est citée pour 11.76% des IBODE se sentant troublés.

S'applique tout à fait à ce que je ressens

La rigueur est aussi une valeur incontournable pour les IBODE ressentant un inconfort intense. 58.33% des IBODE ressentant un fort malaise la citent ainsi que 75% des IBODE disant se sentir très troublés et 66.66% des IBODE ressentant très fortement ne gêne. Les IBODE se sentant tout à fait embarrassés et incommodés la mobilisent aussi respectivement pour 80% et 55.55% d'entre eux.

Une valeur importante pour les IBODE est l'amélioration des pratiques. 16.66% des IBODE se sentant très mal à l'aise et 25% des IBODE totalement troublés la déclarent. De même, 25% des IBODE ressentant une grande gêne et ceux se sentant très embarrassés pour 10% trouvent cette notion importante.

La notion d'empathie apparaît aussi pour 16.66% des IBODE se sentant très gênés. De plus, pour 11.11% des IBODE très incommodés la notion de « prendre soin » est importante ainsi que la qualité des soins pour le même pourcentage.

Synthèse

La rigueur est une valeur incontournable pour les IBODE disant avoir commis un accueil du patient ne les satisfaisant pas et ayant un inconfort psychologique plus ou moins intense.

La valeur de respect est aussi primordiale autant pour les IBODE ayant coché la case « s'applique beaucoup à ce que je ressens » que ceux disant ressentir totalement un inconfort psychologique.

Deux valeurs importantes, l'application des pratiques étant citée par les IBODE ressentant un inconfort psychologique moins intense et l'amélioration des pratiques citée par les IBODE décrivant un inconfort plus important sont aussi à prendre en considération pour cette violation routinière.

Tolérer un nombre de personnes important en salle

Nombre important de personnes en salle / Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux
	%	Valeurs professionnelles	%	Valeurs professionnelles	
Mal à l'aise	15.2%	Rigueur 33.33%, respect 22.22%, appliquer les bonnes pratiques 11.11%, valeurs humaines 11.11%	9.6%	Rigueur 41.66%	24.8%
Troublé	12%	Rigueur 33.33%, respect 33.33%, écoute 13.33%	3.2%	Rigueur 75%, amélioration des pratiques 25%	15.2%
Gêné	13.6%	Respect 23.52%, rigueur 23.52%, application des bonnes pratiques 15.64%, écoute 11.76%	10.4%	Rigueur 69.23% 9/13, amélioration des pratiques 15.38% 2/13, respect 15.38%	24%
Embarrassé	14.4%	Respect 27.77%, rigueur 27.77%, application des bonnes pratiques 11.11%,	7.2%	Rigueur 77.77%, amélioration des pratiques 22.22%	21.6%
Incommodé	9.6%	Rigueur 41.66%, respect 25%	7.2%	Rigueur 55.55%, prendre soin 11.11%, amélioration des pratiques 11.11%	16.8%

Tableau 102 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne tolérer un nombre important de personne en salle

S'applique beaucoup à ce que je ressens

Nous remarquons que la valeur professionnelle principale mobilisée par les IBODE disant tolérer un nombre important de personnes en salles est la rigueur. En effet, les IBODE ressentant de façon importante un malaise l'énoncent pour 33.33% d'entre eux ainsi que ceux très troublés avec le même pourcentage de réponses. Les IBODE se sentant très gênés privilégient cette valeur pour 23.52% d'entre eux. De plus les IBODE très embarrassés la citent pour 27.77% d'entre eux ainsi que les IBODE se sentant très incommodés pour 41.66% d'entre eux.

La deuxième valeur importante pour les IBODE ayant toléré un nombre important de personnes en salle est le respect. Cette valeur est mentionnée chez 22.22% des IBODE ressentant un fort malaise. Les IBODE se sentant beaucoup troublés la citent pour 33.33% d'entre eux ainsi que 23.52% des IBODE se sentant très gênés. Cette valeur est aussi citée pour 27.7% des IBODE ressentant un embarras et pour 25% des IBODE se sentant incommodés.

Une valeur aussi notable est l' « application des pratiques ». En effet, les IBODE se sentant beaucoup mal à l'aise la citent pour 11.11% d'entre eux ainsi que les IBODE gênés pour 15.64% d'entre eux et pour 11.11% des IBODE se disant beaucoup embarrassés.

L'écoute du patient est aussi une valeur professionnelle importante pour les IBODE se sentant troublés et gênés puisque respectivement ils la citent pour 13.63% et 11.76% des IBODE concernés.

Des valeurs humaines apparaissent pour 11.11% des IBODE se sentant mal à l'aise lorsqu'elles se remémorent avoir toléré un nombre important de personnes en salle.

S'applique tout à fait à ce que je ressens

La rigueur est aussi une valeur incontournable pour les IBODE ressentant un inconfort intense. 41.66% des IBODE ressentant un fort malaise la citent ainsi que 75% des IBODE disant se sentir très troublés et 69.23% des IBODE ressentant une gêne. Les IBODE se sentant tout à fait embarrassés et incommodés la mobilisent aussi respectivement pour 77.77% et 55.55% d'entre eux.

Une valeur importante pour les IBODE est l'amélioration des pratiques. 25% des IBODE se sentant très troublés la déclarent. De même, 15.38% des IBODE ressentant une gêne et ceux se sentant très embarrassés pour 22.22% et incommodés pour 11.11% la positionnent.

Notons aussi que les valeurs de respect sont spécifiées pour 15.38% des IBODE se sentant très gênés. La valeur de « prendre soin » est importante pour 11.11% des IBODE sentant incommodés.

Synthèse

La rigueur est une valeur incontournable pour les IBODE disant avoir commis des violations routinières de cet exemple et ayant un inconfort psychologique plus ou moins intense. Notons que pour les IBODE ressentant totalement l'inconfort psychologique les pourcentages sont importants puisqu'ils sont compris entre 41.66% et 77.77%.

La valeur de respect n'est primordiale que pour les IBODE ayant coché la case « s'applique beaucoup à ce que je ressens ». Notons que seuls les IBODE ressentant le plus fortement une gêne citent cette valeur.

Les deux valeurs importantes, l'application des pratiques étant citée par les IBODE ressentant un inconfort psychologique moins intense et l'amélioration des pratiques citée par les IBODE décrivant un inconfort plus important sont aussi à considérer pour cette violation.

Ne pas respecter les règles d'asepsie progressive

Non-respect des règles d'asepsie progressive / Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux %
	%	Valeurs professionnelles	%	Valeurs professionnelles	
Mal à l'aise	5.6 %	Rigueur 82.45%, respect 28.57%, traitement chirurgical 14.28%	2.4%	Rigueur 66.66%, respect 33.33%	8%
Troublé	4.8 %	Rigueur 50%, respect 33.33%, écoute 33.33%	0.8%	Empathie 100%, rigueur 100%	5.6%
Gêne	5.6 %	Respect 57.14%, rigueur 28.57%	4%	Rigueur 100%	9.6%
Embarrassé	4.8 %	Respect 33.33% 2/6, rigueur 33.33%, traitement chirurgical 16.66%	4%	Rigueur 100%	8.8%
Incommodé	2.4 %	Rigueur 66.66%, traitement chirurgical 33.33%	3.2%	Rigueur 100%	5.6%

Tableau 103 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne pas respecter les règles d'asepsie progressive

S'applique beaucoup à ce que je ressens

Nous remarquons que la valeur professionnelle principale mobilisée par les IBODE disant ne pas respecter les règles d'asepsie progressive est la rigueur. En effet, les IBODE ressentant de façon importante un malaise l'énoncent pour 42.85% d'entre eux ainsi que ceux très troublés 50% de réponses. Les IBODE se sentant très gênés privilégient cette valeur pour 28.57% d'entre eux. De plus les IBODE très embarrassés la citent pour 33.33% d'entre eux ainsi que les IBODE se sentant très incommodés pour 66.66% d'entre eux.

La deuxième valeur importante pour les IBODE ayant dit ne pas respecter un nombre de personnes en salle est le respect. Cette valeur est mentionnée chez 28.57% des IBODE

ressentant un fort malaise. Les IBODE se sentant beaucoup troublés le citent pour 33.33% d'entre eux ainsi que 57.14% des IBODE se sentant très gênés. Cette valeur est aussi citée pour 33.33% des IBODE ressentant un embarras.

Une valeur aussi notable est le « traitement chirurgical ». En effet, les IBODE se sentant beaucoup mal à l'aise la citent pour 14.28% d'entre eux ainsi que 33.33% des IBODE se disant beaucoup incommodés.

S'applique tout à fait à ce que je ressens

La rigueur est aussi une valeur incontournable pour les IBODE ressentant un inconfort intense. 66.66% des IBODE ressentant un fort malaise la citent ainsi que 100% des IBODE disant se sentir très gênés. Les IBODE se sentant tout à fait embarrassés et incommodés la mobilisent aussi respectivement pour 100% d'entre eux.

Notons aussi que les valeurs de respect sont spécifiées pour 33.33% des IBODE se sentant très mal à l'aise. La valeur d'empathie est importante l'IBODE se sentant troublé.

Synthèse

La rigueur est encore une valeur incontournable pour les IBODE disant ne pas avoir respecté les règles d'asepsie progressive et ayant un inconfort psychologique plus ou moins intense. Notons que pour les IBODE ressentant totalement l'inconfort psychologique les pourcentages sont importants puisqu'ils sont compris entre 66.66% et 100% des IBODE ayant répondu.

La valeur de respect n'est primordiale que pour les IBODE ayant coché la case « s'applique beaucoup à ce que je ressens ». Notons que seuls les IBODE ressentant le plus fortement un malaise citent cette valeur.

Nous voyons apparaître la valeur de « traitement chirurgical » qui pourrait s'apparenter à la notion « faire du soin » décrite par Hesbeen (1997).

Synthèse sur les valeurs professionnelles des IBODE ayant dit commettre des violations routinières

Les valeurs de rigueur et de respect sont les deux valeurs socles des IBODE ayant dit commettre des violations routinières. La valeur rigueur semble plus importante pour les IBODE ressentant le plus d'inconfort psychologique. La valeur de respect est cependant beaucoup plus mobilisée pour les IBODE ressentant le moins les affects du thermomètre de dissonance (Lecrique, 2007).

Notons aussi que l'application des pratiques est incontournable pour les IBODE se positionnant leur inconfort psychologique au niveau « S'applique beaucoup à ce que je ressens ». Cependant, l'amélioration des pratiques est très largement citée pour les IBODE ressentant totalement un type d'inconfort. Ces dernières semblant fortement appliquer les bonnes pratiques voudraient de surcroît les améliorer.

Nous remarquons aussi que les notions de « prendre soin » sont présentes dans les valeurs mobilisées lors des violations telles que « tolérer un nombre important de personne en salle » ainsi que des notions de « traitement chirurgical » lors de violations telles que « ne pas respecter les règles d'asepsie progressive », notion qui s'approcherait de la notion de « faire du soin » (Hesbeen, 1997).

Violations par nécessité

Violation par nécessité d'ordre général

Violation par nécessité d'ordre général/ Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux %
	%	Valeurs professionnelles	%	Valeurs professionnelles	
Mal à l'aise	14.4	Rigueur 38.88%, respect 33.33%, prendre soin 11.11%	4.0	Rigueur 20%, respect 20%, amélioration des pratiques 10%	18.4
Troublé	8.0	Rigueur 50%, respect 30%,	2.4	Empathie 66.66%, amélioration des pratiques 33.33%	10.4
Gêné	9.6	Rigueur 58.33%, respect 41.66%, applications des bonnes pratiques	4.8	Respect 33.33%, empathie 33.333%, amélioration des pratiques 66.66%, ne pas céder aux pressions 33.33%	18.0
Embarrassé	8.8	Rigueur 45.45% 5/11, respect 42.85%, prendre soin 28.57%	3.2	Rigueur 50%, amélioration des pratiques 50%	12.0
Incommodé	7.2	Rigueur 55.55%, respect 33.33%	2.4	Amélioration des pratiques 33.33%, prendre soin 33.33%, empathie 33.33%	9.6

Tableau 104 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit commettre des violations par nécessité d'ordre général

S'applique beaucoup à ce que je ressens

Nous remarquons que la valeur professionnelle principale mobilisée par les IBODE disant commettre des violations par nécessité d'ordre général est la rigueur. En effet, les IBODE ressentant de façon importante un malaise l'énoncent pour 38.88% d'entre eux ainsi que ceux très troublés avec 50% de réponses. Les IBODE se sentant très gênés privilégient cette valeur pour 58.33% d'entre eux. De plus les IBODE très embarrassés le citent pour

45.45% d'entre eux ainsi que les IBODE se sentant très incommodés pour 55.55% d'entre eux.

La deuxième valeur importante pour les IBODE ayant commis des violations routinières d'ordre général est le respect. Cette valeur est mentionnée chez 33.33% des IBODE ressentant un fort malaise. Les IBODE se sentant beaucoup troublés la citent pour 30% d'entre eux ainsi que 41.66% des IBODE se sentant très gênés. Les IBODE se sentant beaucoup incommodés la mobilisent pour 42.85% d'entre eux et les IBODE très incommodés pour 33.33%.

Des valeurs de « prendre soin » apparaissent aussi. En effet, les IBODE se sentant beaucoup mal à l'aise la citent pour 11.11% d'entre eux ainsi que les IBODE embarrassés pour 28.57% d'entre eux.

L'application des bonnes pratiques est aussi une valeur professionnelle importante pour les IBODE se sentant gênés puisqu'ils la citent pour 41.66% des IBODE concernés.

S'applique tout à fait à ce que je ressens

Une valeur importante pour les IBODE est l'amélioration des pratiques. 10% des IBODE se sentant très troublés la déclarent ainsi que 33.33% des IBODE se sentant troublés. De même, 66.66% des IBODE ressentant une grande gêne, 50% des infirmiers se sentant très embarrassés et 33.33% des IBODE se disant incommodés écrivent cette valeur.

L'empathie est aussi une valeur incontournable pour les IBODE ressentant un inconfort intense. 66.66% des IBODE ressentant un fort trouble la citent ainsi que 33.33% des IBODE disant se sentir très gênés. Les IBODE se sentant tout à fait incommodés la mobilisent aussi pour 33.33% d'entre eux.

La rigueur apparaît pour 20% des IBODE se sentant très mal à l'aise et pour 50% des IBODE très embarrassés.

Notons aussi que le respect est spécifié pour 20%% des IBODE se sentant très mal à l'aise et pour 33.33% des IBODE très gênés. La valeur de « ne pas céder aux pressions » est importante pour 16.66% des IBODE ressentant totalement une gêne.

Synthèse

La rigueur est une valeur incontournable pour les IBODE disant avoir commis des violations par nécessité d'ordre général et ayant l'inconfort psychologique le moins intense.

La valeur de respect n'est primordiale que pour les IBODE ayant coché la case « s'applique tout à fait à ce que je ressens ». Notons que seuls les IBODE ressentant le plus fortement un malaise et une gêne citent cette valeur.

L'application des pratiques est aussi citée par les IBODE ressentant un inconfort psychologique se manifestant par une gêne moins intense. Cependant, l'amélioration des pratiques citée par les IBODE décrivant un inconfort plus important est à considérer. En effet, cette valeur est mentionnée pour chaque nature d'inconfort « tout à fait » ressenti.

Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant

Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant / Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux %
	%	Valeurs professionnelles	%	Valeurs professionnelles	
Mal à l'aise	12	Rigueur 33.33%, respect 33.33%, écoute 20%	3.2	Rigueur 50%, respect 50%, amélioration des pratiques 25%	15.2
Troublé	5.6	Rigueur 28.57%, respect 42.85%, compétences IBODE, 28.57%	1.6	Amélioration des pratiques 50%, empathie 50%, accueil 50%	7.2
Gêné	9.6	Respect 41.66%, rigueur 33.33%	2.4	Rigueur, 33.33%, empathie 33.33%, amélioration des pratiques 33.33%	12.0
Embarrassé	8.8	Rigueur 36.36, respect 45.45%, valeurs juridiques 18.18%	1.6	Rigueur 50%, amélioration des pratiques 50%	10.4
Incommodé	4.0	Rigueur 60%, valeurs juridiques 40%	2.4	Prendre soin 33.33%, empathie 33.33%, qualités des soins 33.33%	6.4

Tableau 105 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit tolérer un nombre important de personne en salle

S'applique beaucoup à ce que je ressens

Nous remarquons que la valeur professionnelle principale mobilisée par les IBODE disant ne pas accueillir le patient de façon satisfaisante est aussi la rigueur. En effet, les IBODE ressentant de façon importante un malaise l'énoncent pour 33.33% d'entre eux ainsi que ceux très troublés pour 28.57%. Les IBODE se sentant très gênés privilégient cette valeur pour aussi 33.33% d'entre eux. De plus les IBODE très embarrassés le citent pour 36.36% d'entre eux ainsi que les IBODE se sentant très incommodés pour 60% d'entre eux.

De même, la deuxième valeur importante pour les IBODE ayant commis des violations routinières d'ordre général est le respect. Cette valeur est mentionnée chez 33.33% des IBODE ressentant un fort malaise. Les IBODE se sentant beaucoup troublés la citent pour

42.85% d'entre eux ainsi que 41.66% des IBODE se sentant beaucoup gênés et 36.36% des IBODE se sentant très embarrassés.

Une autre valeur notable est intitulée par les IBODE « valeurs juridiques » En effet, les IBODE se sentant beaucoup embarrassés la citent pour 18.18% d'entre eux ainsi que les IBODE incommodés pour 40% d'entre eux.

S'applique tout à fait à ce que je ressens

Une valeur importante pour les IBODE est l'amélioration des pratiques. 25% des IBODE se sentant très mal à l'aise et 50% des IBODE totalement troublés la déclarent. De même, 33.33% des IBODE ressentant une grande gêne et ceux se sentant très embarrassés pour 50% trouvent cette valeur très importante.

La rigueur est aussi une valeur incontournable pour les IBODE ressentant un inconfort intense. 50% des IBODE ressentant un fort malaise la citent ainsi que 33.33% des IBODE disant se sentir très fortement une gêne. Les IBODE se sentant tout à fait embarrassés la mobilisent aussi pour 50% d'entre eux.

La notion d'empathie apparaît aussi pour 33.33% des IBODE se sentant très gênés et 33.33% des IBODE totalement incommodés.

De plus, pour 50% des IBODE très troublés la notion d'accueil est importante.

Enfin, la qualité des soins est incontournable pour 33.33% des IBODE totalement incommodés.

Synthèse

La rigueur est une valeur incontournable pour les IBODE disant avoir toléré un nombre important de personnes en salle et ayant un inconfort psychologique. En effet, cette valeur a été priorisée pour chaque affect du thermomètre de dissonance des IBODE ayant répondu « s'applique beaucoup à ce que je ressens » et pour les IBODE disant ressentir un malaise, une gêne et un embarras et ayant coché « s'applique tout à fait à ce que je ressens ».

La valeur de respect est aussi primordiale autant pour les IBODE ayant coché la case « s'applique beaucoup à ce que je ressens » alors que seulement ceux disant ressentir totalement un malaise le priorisent.

L'amélioration des pratiques citée par les IBODE décrivant un inconfort plus important est aussi à prendre en considération.

Enfin, notons que la notion de « valeurs juridiques » apparaît. Ainsi, les IBODE ayant priorisé cette valeur seraient garants du respect du cadre de leur légitimité.

Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante

Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante / Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux %
	%	Valeurs professionnelles	%	Valeurs professionnelles	
Mal à l'aise	15.2	Rigueur 44.44%, respect 33.33%, écoute 16.66%	4.0	Amélioration des pratiques 40%, respect 20% 1/5, empathie 20%	19.2
Troublé	6.4	Rigueur 16.66%, respect 25%	2.4	Empathie 66.66%, amélioration des pratiques 33.33%	8.8
Gêné	10.4	Respect 41.15%, rigueur 41.15%	4.8	Empathie 33.3%, amélioration des pratiques 33.33%, ne pas céder aux pressions 16.66%	15.2
Embarrassé	8.8	Respect 27.27%, rigueur 18.18%	3.2	Amélioration des pratiques 50%, rigueur 50%	12.0
Incommodé	7.2	Rigueur 44.44%, respect 33.33%	2.4	Amélioration des pratiques 66.66%, empathie 33.33%	9.6

Tableau 106 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante.

S'applique beaucoup à ce que je ressens

Nous remarquons que la valeur professionnelle principale mobilisée par les IBODE disant renseigner de façon non satisfaisante la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » est la rigueur. En effet, les IBODE ressentant de façon importante un malaise l'énoncent pour 44.44% d'entre eux ainsi que ceux très troublés pour 16.66% de réponses. Les IBODE se sentant très gênés privilégient cette valeur pour 41.15% d'entre eux. De plus les IBODE très

embarrassés la citent pour 18.18% d'entre eux ainsi que les IBODE se sentant très incommodés pour 44.44% d'entre eux.

La deuxième valeur importante pour les IBODE ayant dit mal renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » est le respect. Cette valeur est mentionnée chez 33.33% des IBODE ressentant un fort malaise. Les IBODE se sentant beaucoup troublés la citent pour 25% d'entre eux ainsi que 41.15% des IBODE se sentant très gênés. Cette valeur est aussi citée pour 27.27% des IBODE ressentant un embarras et pour 33.33% des IBODE se sentant incommodés.

S'applique tout à fait à ce que je ressens

L'amélioration des pratiques est aussi une valeur incontournable pour les IBODE ressentant un inconfort intense. 40% des IBODE ressentant un fort malaise la citent ainsi que 33.33% des IBODE disant se sentir très troublés et 33.33% des IBODE ressentant une gêne. Les IBODE se sentant tout à fait embarrassés et incommodés la mobilisent aussi respectivement pour 50% et 66.66% d'entre eux.

Une valeur importante pour les IBODE est l'empathie. 66.66% des IBODE se sentant très troublés la déclarent. De même, 33.33% des IBODE ressentant une gêne et ceux se sentant très mal à l'aise pour 20% d'entre eux et incommodés pour 11.11% la priorisent.

La rigueur n'est mentionnée que pour 50% des IBODE ressentant un embarras à hauteur de 50%.

Le respect est cité pour 20% des IBODE ressentant un malaise.

Synthèse

La rigueur est une valeur incontournable pour les IBODE disant avoir commis des violations par nécessité de cet exemple et ayant un inconfort psychologique le moins intense. Notons que seuls les IBODE ressentant totalement un embarras la priorisent pour 50% d'entre eux.

La valeur de respect n'est primordiale que pour les IBODE ayant coché la case « s'applique beaucoup à ce que je ressens ». Notons que seuls les IBODE ressentant le plus fortement un malaise citent cette valeur.

L'amélioration des pratiques est primordiale pour les IBODE ressentant le plus intensément les états d'inconforts psychologiques. Notons que des valeurs importantes d'empathie côtoient cette dimension se voulant plus technique.

Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux

Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux / Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux
	%	Valeurs professionnelles	%	Valeurs professionnelles	
Mal à l'aise	6.4	Respect 50%, rigueur 25%, écoute 25%	1.6	Rigueur 100%	8.0
Troublé	2.4	Valeurs juridiques 66.66%, connaissances professionnelles 16.66%	0.8	Empathie 100%	3.2
Gêné	4.8	Respect 50%, écoute 16.66%, valeurs juridiques 16.66%	1.6	Rigueur 100%	6.4
Embarrassé	4.0	Respect 40%, rigueur 20%, écoute 20%, valeurs juridiques 20%	1.6	Rigueur 100%	5.6
Incommodé	2.4	Rigueur 33.33%, respect 33.33%, valeurs juridiques 33.33%	1.6	Rigueur 100%/	4

Tableau 107 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux

S'applique beaucoup à ce que je ressens

Nous remarquons que la valeur professionnelle principale mobilisée par les IBODE disant ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux est le respect. En effet, les IBODE ressentant de façon importante un malaise l'énoncent pour 50% d'entre eux. Les IBODE se sentant très gênés privilégient cette valeur pour 50% d'entre eux aussi. De plus les

IBODE très embarrassés la citent pour 40% d'entre eux ainsi que les IBODE se sentant très incommodés pour 33.33% d'entre eux.

Les valeurs juridiques sont aussi très importantes car 66.66% des IBODE ressentant un trouble et 16.66% des IBODE décrivant une gêne. Notons que 20% des IBODE ressentant un embarras et 33.33% se sentant incommodés priorisent ces valeurs.

La valeur considérable pour les IBODE ayant dit mal contrôler les dispositifs médicaux est la rigueur. Cette valeur est mentionnée chez 25% des IBODE ressentant un fort malaise. Les IBODE se sentant beaucoup embarrassés la citent pour 20% d'entre eux ainsi que 33.33% des IBODE se sentant très incommodés.

Notons que 25% des IBODE ressentant un malaise priorise l'écoute comme valeurs professionnelles et 16.66% des IBODE troublés ont notés les connaissances professionnelles qui seraient le socle de bonnes pratiques.

S'applique tout à fait à ce que je ressens

La rigueur est aussi une valeur incontournable pour les IBODE ressentant un inconfort intense car 100% des IBODE l'ont citée. Sauf pour ceux ressentant un trouble qui privilégie l'empathie.

Synthèse

La rigueur est une valeur incontournable pour les IBODE disant avoir commis des violations par nécessité de cet exemple et ayant un inconfort psychologique le plus intense (sauf pour l'IBODE troublé). Notons que seuls les IBODE ressentant un malaise, un embarras et se sentant incommodés moins intensément la priorisent.

Les valeurs juridiques ne sont primordiales que pour les IBODE ayant coché la case « s'applique beaucoup à ce que je ressens ».

Synthèse sur les valeurs professionnelles des IBODE ayant dit commettre des violations par nécessité

Les valeurs de rigueur et de respect sont les deux valeurs socles des IBODE ayant dit commettre des violations par nécessité. La valeur rigueur semble plus importante pour les IBODE ressentant le moins intensément les états d'inconfort psychologique. La valeur de respect est aussi beaucoup plus mobilisée pour les IBODE ressentant le moins les affects du thermomètre de dissonance (Lecrique, 2007).

Notons aussi que l'amélioration des pratiques est incontournable pour les IBODE se positionnant leur inconfort psychologique au niveau « S'applique tout à fait à ce que je ressens ». Ces infirmiers se voudraient fortement appliquer les bonnes pratiques et désireraient de surcroît les améliorer. Cependant, l'application des bonnes pratiques est citée pour les IBODE ressentant de façon moindre un type d'inconfort psychologique.

Nous remarquons aussi que les valeurs juridiques se voulant être garantes des bonnes pratiques sont présentes dans les valeurs mobilisées lors des violations par nécessité telles que « ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux » et « tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant ».

Violations par commodité

Violation par commodité d'ordre général

Violation par commodité d'ordre général / Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux
	%	Valeurs professionnelles	%	Valeurs professionnelles	
Mal à l'aise	4.8	Rigueur 50%, respect 50%	5.6	Rigueur 42.85%, amélioration des pratiques 28.57%	10.4
Troublé	4.0	Respect 40%, rigueur 60%	2.4	Rigueur 33.33%, amélioration des pratiques 33.33%, professionnalisme 33.33%	6.4
Gêné	6.4	Rigueur 62.50% 5/8, respect 37.50% 3/8	4.0	Amélioration des pratiques 40% 2/5, rigueur 20% 1/5, empathie 20% 1/5, professionnalisme 20% 1/5	10.4
Embarrassé	4.8	Rigueur 50%, respect 50%	4.8	Rigueur 33.33%, amélioration des pratiques 33.33%, professionnalisme 16.6%, empathie 16.66%	9.6
Incommodé	5.6%	Respect 57.14%, rigueur 42.85%	2.4%	Rigueur 33.33%, amélioration des pratiques 33.33%, professionnalisme 33.33%	8%

Tableau 108 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit commettre des violations par commodités d'ordre général

S'applique beaucoup à ce que je ressens

Nous remarquons que la valeur professionnelle principale mobilisée par les IBODE disant commettre des violations par commodité d'ordre général est encore la rigueur. En effet, les IBODE ressentant de façon importante un malaise l'énoncent pour 50% d'entre eux ainsi que ceux très troublés avec 60% de réponses. Les IBODE se sentant très gênés privilégient cette valeur pour 62.50% d'entre eux. De plus les IBODE très embarrassés le citent pour 50% d'entre eux ainsi que les IBODE se sentant très incommodés pour 42.85% d'entre eux.

La deuxième valeur importante pour les IBODE ayant commis des violations par commodité d'ordre général est le respect. Cette valeur est mentionnée chez 50% des IBODE ressentant un malaise. Les IBODE se sentant beaucoup troublés la citent pour 40% d'entre eux ainsi que 37.50% des IBODE se sentant très gênés. Les IBODE se sentant beaucoup incommodés la mobilisent pour 50% d'entre eux et les IBODE très incommodés pour 57.14%.

S'applique tout à fait à ce que je ressens

La valeur la plus importante pour les IBODE est l'amélioration des pratiques. 28.57% des IBODE se sentant totalement mal à l'aise la priorise. De même, 33.33% des IBODE se sentant très troublés la déclarent ainsi que 40% des IBODE se sentant gênés. De même, 33.33% des infirmiers se sentant très embarrassés et 33.33% des IBODE se disant incommodés écrivent cette valeur.

La rigueur est aussi une valeur incontournable pour les IBODE ressentant un inconfort intense. 42.85% des IBODE se sentant mal à l'aise la citent ainsi que 33.33% des IBODE se disant troublés. 20% des IBODE ressentant une forte gêne la citent ainsi que 33.33% des IBODE disant se sentir très embarrassés. Les IBODE se sentant tout à fait incommodés la mobilisent aussi pour 33.33% d'entre eux.

Le professionnalisme apparaît pour 33% des IBODE se sentant très troublés et pour 20% des IBODE très gênés. 16.66 % des IBODE ressentant de l'embarras et 33.33% des IBODE se sentant incommodés la citent comme valeur professionnelle.

Notons aussi que l'empathie est spécifiée pour 20% des IBODE se sentant très gênés et pour 16.66% des IBODE très embarrassés.

Synthèse

La rigueur est une valeur incontournable pour les IBODE disant avoir commis des violations par commodité d'ordre général et ayant ressenti un inconfort psychologique le moins comme le plus intense.

La valeur de respect n'est primordiale que pour les IBODE ayant coché la case « s'applique tout à fait à ce que je ressens ».

L'amélioration des pratiques citée par les IBODE décrivant un inconfort plus important est incontournable. En effet, cette valeur est mentionnée pour chaque nature d'inconfort « tout à fait » ressenti comme la rigueur. Pour ces mêmes IBODE, le professionnalisme est très important. Notons que la valeur d'empathie est encore présente.

Ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux stériles réutilisables

Ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux stériles réutilisables / Thermomètre dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux
	%	Valeurs professionnelles	%	Valeurs professionnelles	
Mal à l'aise	0	-	2.4	Rigueur 66.66%, amélioration des pratiques 33.33%	2.4
Troublé	0.8	Rigueur 100%, respect 100%	0	-	0.8
Gêné	2.4	Rigueur 100%	0.8	Amélioration des pratiques 100%	3.2
Embarrassé	0.8	Rigueur 100%, respect 100%	1.6	Rigueur 66.66%, amélioration des pratiques 33.33%	2.4
Incommodé	0.8	Respect 100%	0	-	1.6%

Tableau 109 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne pas compter les textiles et dispositifs médicaux réutilisables

S'applique beaucoup à ce que je ressens

Nous remarquons que la valeur professionnelle principale mobilisée par les IBODE disant ne pas effectuer de compte est encore la rigueur. En effet, tous les IBODE ressentant de

façon importante un trouble l'énoncent. Tous les IBODE très gênés privilégient cette valeur pour 100% d'entre eux. De plus tous les IBODE très embarrassés le citent ainsi que les tous IBODE se sentant très incommodés.

La deuxième valeur importante pour les IBODE n'ayant pas compté les textiles et les instruments est le respect. Cette valeur est mentionnée chez 100% des IBODE ressentant un trouble et un embarras.

S'applique tout à fait à ce que je ressens

Une valeur la plus importante pour les IBODE est l'amélioration des pratiques. 66.66% des IBODE se sentant totalement mal à l'aise la priorise. De même, 100% des IBODE se sentant très gênés la déclarent ainsi que 66.66% des IBODE se sentant embarrassés.

La rigueur est aussi une valeur incontournable pour les IBODE ressentant un inconfort intense. 66.66% des IBODE se sentant mal à l'aise la citent ainsi que 66.66% des IBODE se disant embarrassés.

Synthèse

La rigueur est une valeur incontournable pour les IBODE disant ne pas avoir réalisé les compte des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables surtout pour ceux ayant ressenti un inconfort psychologique le moins intense puisque les pourcentages recueillis sont au maximum.

La valeur de respect n'est primordiale que pour les IBODE ayant coché la case « s'applique tout à fait à ce que je ressens ».

L'amélioration des pratiques citée par les IBODE décrivant un inconfort plus important est incontournable.

Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles en cas de conversion chirurgicale

Ne pas mettre en salle dispositifs médicaux stériles en cas de conversion chirurgicale / Thermomètre de dissonance	S'applique beaucoup à ce que je ressens		S'applique tout à fait à ce que je ressens		Totaux
	%	Valeurs professionnelles	%	Valeurs professionnelles	
Mal à l'aise	1.6	Respect 100%	0	-	1.6
Troublé	1.6	Respect 100%	0	-	1.6
Gêné	2.4	Respect 66.66%, écoute 33.33%	0	-	2.4
Embarrassé	1.6	Respect 100%	0	-	1.6
Incommodé	2.4	Respect 66.66%	0	-	2.4

Tableau 110 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles en cas de conversion chirurgicale.

La valeur primordiale pour ces IBODE est le respect car il est cité pour 100% des IBODE décrivant un malaise, un trouble et un embarras. Même si cette valeur recueille 66.66% des IBODE ressentant une gêne et un embarras, 33.33% des IBODE ressentant une gêne mentionnent aussi la valeur d'écoute.

Synthèse sur les valeurs professionnelles des IBODE ayant dit commettre des violations par commodité

La rigueur est incontestablement la valeur professionnelle la plus privilégiée pour tous les IBODE commettant des violations par commodités. La valeur de respect est cependant très importante aussi. Notons que l'amélioration des pratiques et le professionnalisme sont des valeurs guidant ces professionnels disant commettre des violations générant des risques dommageables pour le patient et engageant de surcroît leurs responsabilités professionnelles.

Synthèse sur les valeurs professionnelles des IBODE ayant dit commettre des violations routinières, par nécessité et par commodité

Les valeurs professionnelles les plus mobilisées par les IBODE sont les valeurs de rigueur et de respect envers le patient puisque nous les retrouvons au niveau des valeurs exposées par les professionnels ayant dit commettre chaque type de violation. Une valeur très importante aussi est l'amélioration des pratiques que nous retrouvons aussi bien au niveau des valeurs exposées par les IBODE ayant dit commettre des violations par nécessité et par commodité et ressentant un inconfort psychologique. Notons aussi que les valeurs de « prendre soin » sont citées par les IBODE ayant dit commettre des violations routinières. Les IBODE ayant dit commettre des violations par nécessité et par commodité mobilisent des valeurs d'empathie et d'écoute.

Nous pouvons donc conclure que les IBODE ayant dit commettre des violations de quelque type que ce soit et ressentant un inconfort psychologique plus ou moins intense mobilisent des valeurs professionnelles soutenant la rigueur, autrement dit la droiture et le respect des bonnes pratiques des soins techniques. Cette rigueur est renforcée par des valeurs soutenant l'application et l'amélioration des bonnes pratiques techniques afin de prodiguer des soins optimaux pour les patients. De même, les valeurs juridiques viennent renforcer cette intransigeance car les IBODE doivent au regard de leur légitimité être garants de la gestion des risques encourus par les patients et les professionnels qui devraient agir au regard du cadre législatif afin d'éviter tout glissement de tâches ou exercices illégaux. De plus, parallèlement à ces valeurs techniques, évoluent des valeurs de respect des patients, de « prendre soin », d'empathie, d'écoute... Ces valeurs entretiennent la pratique soignante qui peut être caractérisée par une prise en charge individualisée aussi bien au regard des risques physiques et des risques psychologiques encourus par les personnes bénéficiant d'une intervention chirurgicale.

Nous constatons donc que les valeurs de prendre soin côtoient des valeurs de « traitement chirurgical » comme l'ont mentionnées certains IBODE. En effet, ces gestionnaires des risques mobilisent des valeurs professionnelles de rigueur en combinant leurs savoirs, savoir-faire et pratiques mais concomitamment, ils mobilisent des valeurs « humaines », d'« empathie », d'« écoute » et de « réconfort » afin d'effectuer une prise en charge globale et individualisée des patients.

La définition du soin

De la même manière que nous avons demandé aux IBODE les dimensions qu'elles privilégient lors de soins et leurs valeurs professionnelles, nous les avons questionnés sur leur définition du soin. Nous rappelons que toutes ces notions forment des cognitions ou des groupes de cognitions pouvant entretenir avec les cognitions en lien avec les violations une éventuelle relation d'inconsistance génératrice d'un inconfort psychologique motivant l'IBODE à le réduire.

Sur les 125 questionnaires analysés, onze IBODE n'ont pas répondu à la question : « en quelques mots que signifie pour vous le soin ? ».

Dans un premier temps, nous avons procédé à un inventaire des mots ou groupes de mots, puis dans un deuxième temps, nous les avons classés en catégories thématiques.

Pour 30 IBODE ayant répondu, ces infirmiers définissent le soin comme une prise en charge globale. Dix IBODE emploient le terme « sécurité ».

Nous reprenons pour chaque type de violation au regard de chaque nature d'inconfort psychologique les termes ou expressions le plus souvent employés par les IBODE disant ressentir un des cinq items composant le thermomètre de dissonance (Lecrique, 2007).

Les violations routinières

Mal à l'aise

Violations routinières / Mal à l'aise	Pourcentage
Non réponse	11,2%
Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	29,6%
S'applique un peu à ce que je ressens	29,6%
S'applique beaucoup à ce que je ressens	19,2%
S'applique tout à fait à ce que je ressens	10,4%
TOTAL	100%

Tableau 111 : Violations routinières / Mal à l'aise

Sur les 125 IBODE ayant répondu au questionnaire, 29.4% des infirmiers ont dit commettre des violations routinières d'ordre général ou celles énoncées par les exemples proposés et ressentir totalement un malaise (10.4%) ou bien déclarer que le terme « mal à l'aise » correspondait beaucoup à ce qu'il ressentait (19.2%).

10.81% des IBODE se sentant mal à l'aise définissent le soin comme des soins sécuritaires.

5.40% des infirmiers ressentant un malaise apportent comme définition au soin la gestion des risques.

13.51% des IBODE voient le soin comme une prise en charge globale du patient.

8.82% des IBODE se sentant beaucoup ou totalement mal à l'aise déclinent leur conception du soin comme le « prendre soin ».

Le même pourcentage de ces infirmiers définit le soin comme le fait de favoriser le bien-être du patient.

8.82% d'IBODE apportent la dimension relationnelle primordiale.

Ainsi, 5.40% des infirmiers spécialisés ressentant de façon importante un malaise définissent le soin comme un accompagnement du patient.

Un IBODE parle de soins personnalisés et un autre de relation de confiance.

Troublé

Violations routinières / Troublé	Pourcentage
Non réponse	11,2%
Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	44,8%
S'applique un peu à ce que je ressens	27,2%
S'applique beaucoup à ce que je ressens	13,6%
S'applique tout à fait à ce que je ressens	3,2%
TOTAL	100%

Tableau 112 : Violations routinières / Troublé

16.8% des IBODE ayant dit commettre des violations routinières déclarent beaucoup ressentir un trouble et se sentir totalement troublés.

11.71% des IBODE très troublés et ceux ressentant totalement un trouble qualifient le soin comme un soin où prime la sécurité. Seul un infirmier décrit la gestion des risques comme primordiale.

11.71% des IBODE troublés déterminent la prise en charge globale comme leur conception de soin.

14.23% des IBODE définissent le soin comme le « prendre soin ».

Une IBODE place le soin relationnel en priorité, un autre IBODE déclare qu'il privilégie la relation de confiance. Enfin, un autre infirmier personnalise le soin.

Gêné

Violations routinières / Gêné	Pourcentage.
Non réponse	11,2%
Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	29,6%
S'applique un peu à ce que je ressens	32,8%
S'applique beaucoup à ce que je ressens	16,0%
S'applique tout à fait à ce que je ressens	10,4%
TOTAL	100%

Tableau 113 : Violations routinières / Gêné

Sur les 125 IBODE ayant répondu au questionnaire, 26.4% des infirmiers ont dit commettre des violations routinières d'ordre général ou celles énoncées par les exemples proposés et se sentir totalement gênés (10,4%) ou bien déclarer que le terme « gêné » correspondait beaucoup à ce qu'il ressentait (16.0%).

Un IBODE définit le soin comme un soin sécuritaire, un autre comme une démarche de gestion des risques.

26.08% des IBODE voient le soin comme une prise en charge globale du patient.

21.73% des IBODE se sentant beaucoup ou totalement gênés déclinent leur conception du soin comme le « prendre soin ».

8.69% de ces infirmiers définissent le soin comme le fait de favoriser l'accompagnement du patient.

13.04 d'IBODE positionnent la dimension relationnelle primordiale. Un IBODE parle de soins personnalisés et un autre de relation de confiance.

8.69% des IBODE parlent de soins personnalisés et un autre de relation de confiance.

Le même pourcentage des infirmiers spécialisés se sentant de façon importante gêné définit le soin favorisant le bien-être du patient.

Embarrassé

Violations routinières / Embarrassé	Pourcentage
Non réponse	11,2%
Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	36,8%
S'applique un peu à ce que je ressens	28,0%
S'applique beaucoup à ce que je ressens	16,0%
S'applique tout à fait à ce que je ressens	8,0%
TOTAL	100%

Tableau 114 : Violations routinières / Embarrassé

Sur les 125 IBODE ayant répondu au questionnaire, 26.0% des infirmiers ont dit commettre des violations routinières d'ordre général ou celles énoncées par les exemples proposés et ressentir beaucoup un embarras (16.0%) ou bien déclarer que le terme « embarrassé » correspondait tout à fait à ce qu'il ressentait (8.0%).

10.0% des IBODE se sentant embarrassés définissent le soin comme des soins sécuritaires.

6.66% des infirmiers ressentant un embarras apportent comme définition au soin la gestion des risques.

13.33% des IBODE voient le soin comme une prise en charge globale du patient.

30.0% des IBODE se sentant beaucoup ou totalement embarrassé déclinent leur conception du soin comme le « prendre soin ».

6.66% de ces infirmiers définissent le soin comme le fait de favoriser le bien-être du patient.

13.33% d'IBODE apportent la dimension relationnelle comme étant primordiale.

Un IBODE parle de soins personnalisés et un autre de relation de confiance.

Incommodé

Violations routinières / Incommodé	Pourcentage
Non réponse	12,0%
Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	52,0%
S'applique un peu à ce que je ressens	17,6%
S'applique beaucoup à ce que je ressens	11,2%
S'applique tout à fait à ce que je ressens	7,2%
TOTAL	100%

Tableau 115 : Violations routinières / Incommodé

Sur les 125 IBODE ayant répondu au questionnaire, 18.4% des infirmiers ont dit commettre des violations routinières d'ordre général ou celles énoncées par les exemples proposés et se sentir totalement incommodés (7.2%) ou bien déclarer que le terme « incommodé » correspondait beaucoup à ce qu'il ressentait (11.2%).

8.69% des IBODE se sentant incommodés définissent le soin comme une gestion des risques.

Un des IBODE voient le soin comme une prise en charge globale du patient.

21.79% des IBODE se sentant beaucoup ou totalement incommodé déclinent leur conception du soin comme le « prendre soin ».

8.69% de ces infirmiers définit le soin comme le fait de favoriser le bien-être du patient.

Le même pourcentage d'IBODE positionne la dimension relationnelle primordiale.

Un des infirmiers spécialisés se sentant de façon importante incommodé définit le soin comme un accompagnement du patient, un autre comme une prise en charge globale.

Un IBODE parle de soins personnalisés et un autre de relation de confiance.

Synthèse sur la définition du soin des IBODE ayant commis des violations routinières

En prenant en considération les pourcentages les plus importants, les IBODE ayant commis des violations routinières et ressentant un malaise psychologique définissent le soin comme le « prendre soin » pour trois affects sur cinq. Pour les IBODE ressentant un malaise et se sentant gênés, la prise en charge globale du patient est principale. La prise en charge

sécuritaire ne vient que par la suite et renforce la notion de gestion des risques et la définition de « prise en charge globale ». Les notions de soins relationnels, de réconfort, d'accompagnement et de bien-être sont des définitions récurrentes qui apparaissent avec de faibles pourcentages ainsi que la relation de confiance. Ces dernières définitions viennent renforcer celle du « prendre soin ».

Les violations par nécessité

Mal à aise

Mal à l'aise	Pourcentage.
Non réponse	26,4%
Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	20,0%
S'applique un peu à ce que je ressens	28,8%
S'applique beaucoup à ce que je ressens	19,2%
S'applique tout à fait à ce que je ressens	5,6%
TOTAL	100%

Tableau 116 : Violations par nécessité / Mal à l'aise

Sur les 125 IBODE ayant répondu au questionnaire, 24.8% des infirmiers ont dit commettre des violations par nécessité d'ordre général ou celles énoncées par les exemples proposés et ressentir totalement un malaise (5.6%) ou bien déclarer que le terme « mal à l'aise » correspondait beaucoup à ce qu'il ressentait (19.2%).

9.67% des IBODE se sentant mal à l'aise définissent le soin comme des soins sécuritaires.

6.45% des infirmiers ressentant un malaise apportent comme définition au soin la gestion des risques.

9.67% des IBODE voient le soin comme une prise en charge globale du patient.

19.35% des IBODE se sentant beaucoup ou totalement mal à l'aise déclinent leur conception du soin comme le « prendre soin ».

6.45% d'IBODE positionnent la dimension d'accompagnement comme primordiale.

9.67% des infirmiers spécialisés ressentant de façon importante un malaise définissent le soin comme une relation de confiance.

Un des IBODE parle d'empathie et un autre mobilise la dimension relationnelle.

Troublé

Troublé	Pourcentage
Non réponse	26,4%
Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	37,6%
S'applique un peu à ce que je ressens	23,2%
S'applique beaucoup à ce que je ressens	10,4%
S'applique tout à fait à ce que je ressens	2,4%
TOTAL	100%

Tableau 117: Violations par nécessité / Troublé

12.8% des IBODE ayant dit commettre des violations par nécessité déclarent beaucoup ressentir un trouble (10.4%) et se sentir totalement troublés (2.4%).

Aucun des IBODE très troublés et ceux ressentant totalement un trouble ne qualifient le soin comme un soin où prime la sécurité. Seul un infirmier décrit la gestion des risques comme primordiale.

Un des IBODE troublé détermine la prise en charge globale comme sa conception de soin.

25% des IBODE définissent le soin comme le « prendre soin ».

12.5% des IBODE voient le soin comme une relation de confiance

Un IBODE place l'accompagnement en priorité. Enfin, un autre infirmier personnalise le soin.

Gêné

Gêné	Pourcentage
Non réponse	26,4%
Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	20,0%
S'applique un peu à ce que je ressens	32,8%
S'applique beaucoup à ce que je ressens	14,4%
S'applique tout à fait à ce que je ressens	6,4%
TOTAL	100%

Tableau 118 : Violations par nécessité / Gêné

Sur les 125 IBODE ayant répondu au questionnaire, 20.8% des infirmiers ont dit commettre des violations par nécessité d'ordre général ou celles énoncées par les exemples proposés et se sentir totalement gênés (6.4%) ou bien déclarer que le terme « gêné » correspondait beaucoup à ce qu'il ressentait (14.4%).

7.69% des IBODE se sentant gênés définissent le soin comme une gestion des risques.

7.69% des IBODE voient le soin comme une prise en charge globale du patient.

23.07% des IBODE se sentant beaucoup ou totalement gênés déclinent leur conception du soin comme le « prendre soin ».

11.53% de ces infirmiers définissent le soin comme le fait de favoriser l'accompagnement du patient.

Le même pourcentage d'IBODE positionne la dimension relationnelle primordiale.

Un des infirmiers spécialisés se sentant de façon importante gêné définit le soin comme favorisant le bien-être du patient.

Un IBODE parle de soins personnalisés et un autre de relation de confiance.

Embarrassé

Embarrassé	Pourcentage
Non réponse	26,4%
Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	24,0%
S'applique un peu à ce que je ressens	31,2%
S'applique beaucoup à ce que je ressens	14,4%
S'applique tout à fait à ce que je ressens	4,0%
TOTAL	100%

Tableau 119 : Violations par nécessité / Embarrassé

Sur les 125 IBODE ayant répondu au questionnaire, 18.4% des infirmiers ont dit commettre des violations par nécessité d'ordre général ou celles énoncées par les exemples proposés. 4.0% se sentent totalement embarrassés. 14.4% déclarent que le terme « embarrassé » correspond beaucoup à ce qu'ils ressentent.

8.69% des IBODE se sentant embarrassés définissent le soin comme une gestion des risques.

8.69% des IBODE voient le soin comme une prise en charge globale du patient.

17.39% des IBODE se sentant beaucoup ou totalement embarrassés déclinent leur conception du soin comme le « prendre soin ».

13.04% de ces infirmiers définissent le soin comme le fait de favoriser le bien-être du patient.

Un des d'IBODE positionne la dimension relationnelle primordiale.

8.69% des IBODE parlent de relation de confiance.

Incommodé

Incommodé	Pourcentage
Non réponse	27,2%
Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	36,8%
S'applique un peu à ce que je ressens	23,2%
S'applique beaucoup à ce que je ressens	8,0%
S'applique tout à fait à ce que je ressens	4,8%
TOTAL	100%

Tableau 120 : Violations par nécessité / Incommodé

Sur les 125 IBODE ayant répondu au questionnaire, 12.8% des infirmiers ont dit commettre des violations par nécessité d'ordre général ou celles énoncées par les exemples proposés et se sentir totalement incommodés (4.8%) ou bien déclarer que le terme « incommodé » correspondait beaucoup à ce qu'il ressentait (8.0%).

Un des IBODE se sentant incommodé définit le soin comme une gestion des risques.

8.69% des IBODE voient le soin comme une prise en charge globale du patient.

17.39% des IBODE se sentant beaucoup ou totalement incommodés déclinent leur conception du soin comme le « prendre soin ».

8.69% de ces infirmiers définissent le soin comme le fait de favoriser le bien-être du patient.

Un des IBODE positionne la dimension relationnelle primordiale.

Un IBODE parle de relation de confiance.

Synthèse sur la définition du soin des IBODE ayant commis des violations par nécessité

Pour les IBODE ayant commis des violations par nécessité et ressentant un des cinq inconforts psychologiques, le « prendre soin » est pour près de 20% de ces IBODE leur définition du soin. Les autres définitions comme la gestion des risques ou la prise en charge globale détiennent pour chacun des items du thermomètre de la dissonance près de 10% des réponses des IBODE. Les définitions apportant des notions altruistes comme l'accompagnement, la confiance, le bien-être, la dimension relationnelle sont toujours présentes et viennent renforcer la définition du « prendre soin ».

Les violations par commodité

Mal à aise

Mal à l'aise	Pourcentage
Non réponse	68,8%
Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	10,4%
S'applique un peu à ce que je ressens	10,4%
S'applique beaucoup à ce que je ressens	4,8%
S'applique tout à fait à ce que je ressens	5,6%
TOTAL	100%

Tableau 121 : Violations par commodité / Mal à l'aise

Sur les 125 IBODE ayant répondu au questionnaire, 10.4% des infirmiers ont dit commettre des violations par commodité d'ordre général ou celles énoncées par les exemples proposés et ressentir totalement un malaise (5.6%) ou bien déclarer que le terme « mal à l'aise » correspondait beaucoup à ce qu'il ressentait (4.8%).

23.07% des infirmiers ressentant un malaise apportent comme définition au soin la gestion des risques.

15.38% des IBODE voient le soin comme une prise en charge globale du patient.

Un des IBODE se sentant beaucoup ou totalement mal à l'aise décline sa conception du soin comme le « prendre soin ».

15.38% d'IBODE positionnent la dimension d'accompagnement comme primordiale.

Troublé

Troublé	Pourcentage
Non réponse	68,8%
Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	18,4%
S'applique un peu à ce que je ressens	6,4%
S'applique beaucoup à ce que je ressens	4,0%
S'applique tout à fait à ce que je ressens	2,4%
TOTAL	100%

Tableau 122 : Violations par commodité / Troublé

6.4% des IBODE ayant dit commettre des violations par commodité déclarent beaucoup ressentir un trouble (4.0%) et se sentir totalement troublés (2.4%).

Aucun des IBODE très troublés et ceux ressentant totalement un trouble qualifie le soin comme un soin où prime la sécurité.

25% des infirmiers décrivent la gestion des risques comme primordiale.

12.5% des IBODE troublés déterminent la prise en charge globale comme leur définition du soin.

25% des IBODE définissent le soin comme le « prendre soin ».

12.5% des IBODE voient le soin comme une relation de confiance

12.5% des IBODE intègrent fortement la relation dans leur définition du soin.

Gêné

Gêné	Pourcentage
Non réponse	68,0%
Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	10,4%
S'applique un peu à ce que je ressens	11,2%
S'applique beaucoup à ce que je ressens	6,4%
S'applique tout à fait à ce que je ressens	4,0%
TOTAL	100%

Tableau 123 : Violations par commodité / Gêné

Sur les 125 IBODE ayant répondu au questionnaire, 10.4% des infirmiers ont dit commettre des violations par commodité d'ordre général ou celles énoncées par les exemples proposés et se sentir totalement gênés (4.0%) ou bien déclarer que le terme « gêné » correspondait beaucoup à ce qu'il ressentait (6.4%).

15.38% des IBODE déclarent que les soins sont sécuritaires

23.07% des IBODE se sentant gênés définissent le soin comme une gestion des risques.

15.38% des IBODE voient le soin comme une prise en charge globale du patient.

Un des IBODE se sentant beaucoup ou totalement gênés décline sa conception du soin comme le « prendre soin ».

Un de ces infirmiers définit le soin comme le fait de favoriser l'accompagnement du patient.

Un autre IBODE positionne la dimension relationnelle primordiale.

Un des infirmiers spécialisés se sentant de façon importante gêné définit le soin comme favorisant la relation de confiance avec le patient.

Un IBODE parle de soins d'aider et un autre d'accompagnement.

Embarrassé

Embarrassé	Pourcentage
Non réponse	68,0%
Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	12,0%
S'applique un peu à ce que je ressens	10,4%
S'applique beaucoup à ce que je ressens	4,8%
S'applique tout à fait à ce que je ressens	4,8%
TOTAL	100%

Tableau 124 : Violations par commodité / Embarrassé

Sur les 125 IBODE ayant répondu au questionnaire, 9.6% des infirmiers ont dit commettre des violations par commodité d'ordre général ou celles énoncées par les exemples proposés et se sentir totalement embarrassés (4.8%) ou bien déclarer que le terme « embarrassé » correspondait beaucoup à ce qu'il ressentait (4.8%).

16.66% des IBODE se sentant embarrassés définissent le soin comme une gestion des risques.

Un des IBODE voit le soin comme une prise en charge globale du patient.

16.66% des IBODE se sentant beaucoup ou totalement embarrassés déclinent leur conception du soin comme le « prendre soin ».

13.04% de ces infirmiers définissent le soin comme le fait de favoriser l'accompagnement du patient.

Un des d'IBODE positionne la dimension relationnelle primordiale.

Un autre IBODE parle de relation de confiance.

Incommodé

Incommodé	Pourcentage
Non réponse	68,8%
Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	18,4%
S'applique un peu à ce que je ressens	4,8%
S'applique beaucoup à ce que je ressens	5,6%
S'applique tout à fait à ce que je ressens	2,4%
TOTAL	100%

Tableau 125 : Violations par commodité / Incommodé

Sur les 125 IBODE ayant répondu au questionnaire, 8% des infirmiers ont dit commettre des violations par commodité d'ordre général ou celles énoncées par les exemples proposés et se sentir totalement incommodé (2.4%) ou bien déclarer que le terme « incommodé » correspondait beaucoup à ce qu'il ressentait (5.6%).

20% des IBODE se sentant incommodés définissent le soin comme une gestion des risques.

Un des IBODE voient le soin comme une prise en charge globale du patient.

30% des IBODE se sentant beaucoup ou totalement incommodé déclinent leur conception du soin comme le « prendre soin ».

Un IBODE positionne la dimension relationnelle primordiale.

Un des infirmiers spécialisés se sentant de façon importante incommodé définit le soin comme une relation de confiance avec le patient et un autre infirmier définit le soin comme le fait de rassurer la personne bénéficiant d'une intervention chirurgicale.

Synthèse sur la définition du soin des IBODE ayant commis des violations par commodité

Pour les IBODE ayant commis des violations par commodité et ayant ressenti un inconfort psychologique, il n'y a pas une mais deux définitions du soin prégnantes. En effet, le « prendre soin » côtoie celle de la gestion des risques. Notons que les définitions sur la relation, l'accompagnement, la relation de confiance renforcent aussi la notion du « prendre soin »

Synthèse sur la définition du soin

Au regard de chacune des violations, la définition du « prendre soin » est celle qui est la plus utilisée par les IBODE ayant un inconfort psychologique. Elle se veut aussi renforcer par la définition de la relation, de la confiance, de l'accompagnement, du confort, du fait de rassurer le patient et de lui apporter un bien-être. Notons que la définition de la gestion des risques et celle de la prise en charge globale sont aussi fortement mobilisées notamment lors des violations par commodité. En nous référant aux pourcentages exposés précédemment, nous constatons de même que les définitions de « prendre soin » et de gestion des risques se veulent complémentaires.

En nous basant sur les réponses apportées dans chaque questionnaire, nous constatons que 92.8% des IBODE mobilisent des valeurs ou apportent une définition du concept de « prendre soin ». Seuls 3.2% des IBODE (soit 4), ne se réfèrent qu'à la dimension technique des soins. Voici leur définition du soin :

- Connaissances professionnelles de la pathologie et de l'anamnèse du dossier médical ;
- Soins sécuritaires ;
- Rigueur, technicité ;
- Prise en charge sécuritaire.

Notons, de plus, la réponse d'un IBODE lors de la question « en quelques mots, que signifie pour vous le soin ? » Il répond « gestion des risques, j'ai perdu le « prendre soin ».

Synthèse sur les dimensions privilégiées, les valeurs professionnelles et la définition des IBODE

Afin de conclure ce chapitre, revenons sur les cognitions qui fondent les actes de soins des IBODE ayant dit commettre des violations et disant aussi ressentir un inconfort psychologique, inconfort psychologique démontré lorsque ces professionnels cochent « s'applique beaucoup à ce que je ressens » et « s'applique tout à fait à ce que je ressens » pour les cinq affects du thermomètre de la dissonance cognitive (Lecrique ,2007).

Les dimensions privilégiées par ces IBODE lors des soins pour l'ensemble des violations sont dans un premier temps la sécurité. Rappelons que les pourcentages recueillis varient de 100% à 33%. Cependant, cette dimension est moins privilégiée chez les IBODE ressentant un inconfort plus intense. Ces derniers fondent leurs actions de soins sur des dimensions relationnelles et d'accueil. Ces dimensions sont secondaires pour les IBODE ayant choisi de répondre en cochant « s'applique beaucoup à ce que je ressens ». Cependant même pour les infirmiers ressentant les états d'inconfort le plus intensément la gestion des risques est importante.

De plus, les valeurs professionnelles soutenues par les IBODE ayant déclaré commettre des violations de quelque nature que ce soit et ressentant un inconfort psychologique sont : la rigueur, l'application des bonnes pratiques. Cette dernière est renforcée par l'amélioration de ces mêmes pratiques techniques ou relationnelles. Nous avons aussi vu que les valeurs juridiques accentueraient la recherche de soins optimums pour les personnes bénéficiant d'une intervention chirurgicale. Rappelons aussi que les valeurs de respect du patient, d'empathie accompagnent principalement la valeur professionnelle de rigueur. Au regard de certaines violations, elles sont prioritaires devant la rigueur qui est soutenue par des « valeurs juridiques ». Ainsi ces valeurs infèrent une pratique soignante qui se veut individualisée pour une anticipation des risques physiques et des risques psychologiques des patients.

Encore, parallèlement à ces valeurs techniques, évoluent des valeurs de respect des patients, de « prendre soin », d'empathie, d'écoute... Ces valeurs entretiennent la pratique soignante qui peut être caractérisée par une prise en charge individualisée aussi bien au regard des risques physiques et des risques psychologiques encourus par les personnes bénéficiant d'une intervention chirurgicale. Par conséquent, ces IBODE convoquent des valeurs professionnelles de rigueur en combinant leurs savoirs, savoir-faire et pratiques. Parallèlement, leurs valeurs « humaines », d'« empathie », d'« écoute » et de « réconfort » assoient une prise en charge des patients se voulant globale et individualisée.

Enfin, pour les IBODE, la définition du soin la plus citée en référence est celle du « prendre soin ». Cette valeur est renforcée par les définitions de soins relationnels, de bien-être, de relation de confiance ... Nous remarquons aussi que les définitions de prise en charge globale et celle de gestion des risques se veulent aussi très prégnantes et indissociables de celles précédemment citées.

5- SATISFACTION ET DIFFICULTES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PRISE EN CHARGE ET DISSONANCE

Satisfaction de la prise en charge et états de dissonance

Sur les 125 IODE questionnés, 69.36% sont satisfaits de leur prise en charge. Cependant, 27.2% disent qu'ils ne trouvent pas leur prise en charge satisfaisante. Notons que 3.2% n'ont pas donné de réponse à cette question.

Interrogeons-nous maintenant. Les IBODE ayant répondu qu'ils ont commis une violation de n'importe quel type et développant un inconfort psychologique en cochant « s'applique beaucoup à ce que je ressens » ou « s'applique tout à fait à ce que je ressens » aux items du thermomètre de dissonance (Lecrique, 2007) sont-ils satisfaits de leur prise en charge ?

Nous présentons les tableaux suivants par type de violations. Ainsi, pour chaque violation et pour chaque nature d'inconfort psychologique, nous exposons les pourcentages d'IBODE satisfaits ou non satisfaits et ceux n'ayant donné aucune réponse.

Violations routinières

Violation routinières et inconfort psychologique / satisfaction de la prise en charge	Mal à l'aise S'applique beaucoup à c que je ressens	Mal à l'aise S'applique tout à fait à ce que je ressens	Troublé S'applique beaucoup à c que je ressens	Troublé S'applique tout à fait à ce que je ressens	Gêné S'applique beaucoup à c que je ressens	Gêné S'applique tout à fait à ce que je ressens	Embarrassé S'applique beaucoup à c que je ressens	Embarrassé S'applique tout à fait à ce que je ressens	Incommodé S'applique beaucoup à c que je ressens	Incommodé S'applique tout à fait à ce que je ressens
Non réponse	0,0%	7,7%	5,9%	25,0%	0,0%	15,4%	0,0%	20,0%	0,0%	22,2%
oui	62,5%	69,2%	35,3%	75,0%	40,0%	69,2%	40,0%	70,0%	35,7%	55,6%
non	37,5%	23,1%	58,8%	0,0%	60,0%	15,4%	60,0%	10,0%	64,3%	22,2%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tableau 126 : Violations routinières, dissonance cognitive / satisfaction de la prise en charge

La dépendance n'est pas significative. $\chi^2 = 35,75$, ddl = 18, 1-p = 99,24%.

Les IBODE ressentant tout à fait un malaise ou ressentant beaucoup un malaise et ayant dit avoir commis une violation ou des violations routinières sont satisfaits de leur prise en charge pour 62.5% et 69.2%.

Les IBODE se sentant beaucoup troublés ne sont pas satisfaits de la prise en charge qu'ils prodiguent aux patients pour 58.8% d'entre eux. Aucun IBODE ressentant totalement un trouble lorsqu'ils disent qu'ils ont commis des violations routinières n'est insatisfait de sa prise en charge puisque 75% des IBODE sont satisfaits et 25% n'ont pas répondu.

40% IBODE se sentant beaucoup gênés sont satisfaits de leur prise en charge. 69.2% des IBODE se sentant totalement gênés sont insatisfaits des soins qu'ils offrent aux patients.

Nous retrouvons aussi 40% des IBODE ressentant beaucoup un embarras satisfaits de leur prise en charge. 70% IBODE se sentant totalement embarrassés sont satisfaits de leur prise en charge lorsqu'ils disent avoir commis une ou des violations routinières.

Enfin, 35.7% des IBODE disant que le terme « embarrassé » correspond beaucoup à ce qu'ils ressentent sont satisfaits de leur prise en charge contre 55% des IBODE qui disent que ce terme correspond tout à fait à ce qu'ils ressentent qui eux, sont satisfaits des soins qu'ils réalisent.

Au regard des violations routinières que les IBODE disent avoir commises et de états d'inconfort plus ou moins intenses qu'ils ressentent, les IBODE sont satisfaits pour tous les IBODE se sentant mal à l'aise. Pour les autres inconforts, seuls les IBODE ressentant de façon plus intense le trouble, la gêne, l'embarras ou se sentant le plus fortement incommodés sont satisfaits de leur prise en charge. Les IBODE ayant coché la case « s'applique beaucoup à ce que e ressent » ne sont pas satisfaits pour environ 60% d'entre eux.

Violations par nécessité

Violation par nécessité et inconfort psychologique / satisfaction de la prise en charge	Mal à l'aise S'applique beaucoup à c que je ressens	Mal à l'aise S'applique tout à fait à ce que je ressens	Troublé S'applique beaucoup à c que je ressens	Troublé S'applique tout à fait à ce que je ressens	Gêné S'applique beaucoup à c que je ressens	Gêné S'applique tout à fait à ce que je ressens	Embarrassé S'applique beaucoup à c que je ressens	Embarrassé S'applique tout à fait à ce que je ressens	Incommodé S'applique beaucoup à c que je ressens	Incommodé S'applique tout à fait à ce que je ressens
Non réponse	0,0%	14,3%	0,0%	33,3%	0,0%	12,5%	0,0%	20,0%	0,0%	16,7%
oui	41,7%	57,1%	23,1%	33,3%	33,3%	50,0%	44,4%	40,0%	40,0%	50,0%
non	58,3%	28,6%	76,9%	33,3%	66,7%	37,5%	55,6%	40,0%	60,0%	33,3%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tableau 127 : Violations par nécessité, dissonance cognitive / satisfaction de la prise en charge

La dépendance n'est pas significative. $\chi^2 = 22,76$, ddl = 18, 1-p = 80,00%.

57.1% des IBODE ressentant tout à fait un malaise sont satisfaits de leur prise en charge. 58.3% des IBODE ressentant beaucoup un malaise et ayant dit avoir commis une violation ou des violations par nécessité sont insatisfaits des soins qu'ils effectuent auprès des patients.

Les IBODE se sentant beaucoup troublés ne sont pas satisfaits de la prise en charge qu'ils prodiguent aux patients pour 76.9% d'entre eux. 33.3% des IBODE ressentant totalement un trouble lorsqu'ils disent qu'ils ont commis des violations par nécessité sont insatisfaits de leur prise en charge. Cependant, 33.3% des IBODE n'ont pas répondu et donc, 33.3% des IBODE sont satisfaits.

33.3% IBODE se sentant beaucoup gênés sont satisfaits de leur prise en charge. 50.0% des IBODE se sentant totalement gênés sont insatisfaits des soins qu'ils offrent aux patients.

Nous observons que 44.4% des IBODE ressentant beaucoup un embarras sont satisfaits de leur prise en charge. 40% IBODE se sentant totalement embarrassés sont satisfaits de leur prise en charge lorsqu'ils disent avoir commis une ou des violations par nécessité mais 40% de ces IBODE totalement embarrassés sont insatisfaits.

Pour terminer, 40.0% des IBODE disant que le terme « embarrassé » correspond beaucoup à ce qu'ils ressentent sont satisfaits de leur prise en charge contre 50% des IBODE qui disent que ce terme correspond tout à fait à ce qu'ils ressentent qui eux, sont satisfaits des soins qu'ils réalisent (33.3% des ces mêmes IBODE sont insatisfaits).

Nous tenons à rappeler que les résultats ne sont pas significatifs. Nous esquisserons donc une interprétation.

Seuls les IBODE disant avoir commis des violations par nécessité et ressentant de façon plus intense un malaise, un trouble, une gêne, un embarras sont satisfaits de leur prise en charge. Les IBODE ayant coché la case, « s'applique beaucoup à ce que je ressens » ne sont pas satisfaits. En effet, les pourcentages varient de 55.6% à 76.9%.

Violations par commodité

Violation par commodité et / inconfort psychologique / satisfaction de la prise en charge	Mal à l'aise S'applique beaucoup à c que je ressens	Mal à l'aise S'applique tout à fait à ce que je ressens	Troublé S'applique beaucoup à c que je ressens	Troublé S'applique tout à fait à ce que je ressens	Gêné S'applique beaucoup à c que je ressens	Gêné S'applique tout à fait à ce que je ressens	Embarrassé S'applique beaucoup à c que je ressens	Embarrassé S'applique tout à fait à ce que je ressens	Incommodé S'applique beaucoup à c que je ressens	Incommodé S'applique tout à fait à ce que je ressens
Non réponse	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
oui	33,3%	42,9%	20,0%	33,3%	50,0%	40,0%	33,3%	33,3%	57,1%	33,3%
non	66,7%	57,1%	80,0%	66,7%	50,0%	60,0%	66,7%	66,7%	42,9%	66,7%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tableau 128 : Violations par commodité, dissonance cognitive / satisfaction de la prise en charge

La dépendance n'est pas significative $\chi^2 = 53.68$ ddl = 48.1-p = 73.43

42.9% des IBODE ressentant tout à fait un malaise sont satisfaits de leur prise en charge. 66.7% des IBODE ressentant beaucoup un malaise et ayant dit avoir commis une violation ou des violations par commodité sont insatisfaits des soins qu'ils effectuent auprès des patients. .

Les IBODE se sentant beaucoup troublés ne sont pas satisfaits de la prise en charge qu'ils prodiguent aux patients pour 80.0% d'entre eux. 66.7% des IBODE ressentant totalement un trouble lorsqu'ils disent qu'ils ont commis des violations par commodité sont insatisfaits de leur prise en charge.

La moitié des IBODE se sentant beaucoup gênés sont satisfaits de leur prise en charge. 60.0% des IBODE se sentant totalement gênés sont insatisfaits des soins qu'ils offrent aux patients.

Nous observons que 66.7% des IBODE ressentant beaucoup un embarras sont insatisfaits de leur prise en charge. Le même pourcentage d'IBODE se sentant totalement embarrassés sont insatisfaits de leur prise en charge lorsqu'ils disent avoir commis une ou des violations par commodité.

Enfin, 57.1% des IBODE disant que le terme « embarrassé » correspond beaucoup à ce qu'ils ressentent sont satisfaits de leur prise en charge contre 66.7% des IBODE qui disent que ce terme correspond tout à fait à ce qu'ils ressentent qui eux, sont insatisfaits des soins qu'ils réalisent.

Nous rappelons que les résultats ne sont pas significatifs. Nous ébaucherons donc une interprétation.

Au regard des violations par commodité que les IBODE disent avoir commises et des états d'inconfort plus ou moins intenses qu'ils ressentent, les IBODE sont insatisfaits de leur prise en charge.

Seuls les IBODE se sentant incommodés de façon moins intense sont satisfaits de leur prise en charge pour 57.1% d'entre eux.

Synthèse sur la satisfaction de la prise en charge

En ce qui concerne les violations routinières que les IBODE disent avoir commises et les états d'inconfort plus ou moins intenses qu'ils ressentent, seuls tous les IBODE se sentant mal à l'aise sont satisfaits. Pour les autres inconforts, les IBODE ressentant de façon plus intense le trouble, la gêne, l'embarras ou se sentant le plus fortement incommodés sont satisfaits de leur prise en charge. Les IBODE ayant coché la case « s'applique beaucoup à ce que je ressens » ne sont pas satisfaits pour près de 60% d'entre eux

Nous rappelons que les résultats ne sont pas significatifs pour les violations par nécessité et par commodité. Nous amorcerons donc une interprétation.

Seuls les IBODE ayant commis des violations par nécessité et ressentant de façon plus intense un malaise, un trouble, une gêne, un embarras sont satisfaits de leur prise en charge. Les IBODE ayant coché la case, « s'applique beaucoup à ce que je ressens » ne sont pas satisfaits. Ainsi, les pourcentages varient de 55.6% à 76.9%.

En ce qui concerne les violations par commodité que les IBODE disent avoir commises et les états d'inconfort plus ou moins intenses qu'ils ressentent, les IBODE sont insatisfaits de leur prise en charge, sauf pour 57.1% IBODE se sentant incommodés de façon moins intense qui sont satisfaits.

Difficultés de prise en charge

Nous avons détaillé les violations, c'est à dire les non respects volontaires de procédures ou les contournements conscients de bonnes pratiques de soin. Questionner les difficultés des professionnels, nous permet de prendre en considération le contexte professionnel dans lequel évoluent ces IBODE, leurs conditions de travail, leurs contraintes et les pressions auxquelles ces infirmiers se disent confrontés.

34.4% des IBODE ayant répondu au questionnaire n'ont pas de difficultés lors de la prise en charge des patients. 4.8% n'ont pas répondu à la question leur demandant s'ils avaient des problèmes. 60.8% des IBODE ont spécifié qu'ils avaient rencontré des obstacles lors de leurs soins.

Ainsi, 13.15% des IBODE disent « manquer de temps ». De même, 42.10% des ces IBODE accusent la « pression temporaire ». Un IBODE associe ces termes à l' « efficacité », un autre au « rendement » et enfin un infirmier écrit « pression temporaire – rendement ». Enfin un autre IBODE emploie le mot « finance ».

6.94% des IBODE ayant répondu qu'ils ont des difficultés mentionnent des « pressions chirurgicales ».

10.52% manquent de dispositifs médicaux stériles pour assurer une prise en charge satisfaisante. Trois IBODE spécifient qu'ils n'ont pas le temps nécessaire pour vérifier l'exhaustivité et la complétude des dispositifs médicaux implantables. De plus, ces trois professionnels mentionnent qu'il manquerait des dispositifs médicaux implantables.

7.89% des IBODE attestent que le travail en équipe est source de difficultés. Un infirmier spécifie qu'il a du mal à se positionner face à l'équipe d'anesthésie.

6.94% des IBODE témoignent que la traçabilité demandée aux professionnels est chronophage.

De plus, 7.89% des infirmiers spécialisés disent tolérer de mauvaises pratiques ou habitudes.

Enfin, 7.89% IBODE affirment que leurs difficultés est de ne pas pouvoir prodiguer de soins « relationnels », que la communication avec le patient est très contrainte. De plus, l'accueil du patient n'est pas possible pour eux.

Notons aussi que trois IBODE disent qu'il manque du personnel et que ce même personnel ne serait pas suffisamment « qualifié ».

Ainsi, nous pouvons noter que la plus importante difficulté des IBODE est la pression temporaire et le manque de temps qui comptabilisent à eux deux 55.25% des réponses des IBODE ayant affirmé avoir des problèmes lors de leurs prises en soins. Nous constatons que ces pressions sont associées à des termes de l'entreprise : « efficacité », « rendement », « finance ». Ainsi, la pression budgétaire engendrerait une pression temporaire que disent ressentir fortement les IBODE. La pression exercée par les chirurgiens est quant à elle bien moindre.

6- DISCUSSION RELATIVE AUX ANALYSES QUANTITATIVES

Les violations que disent commettre les IBODE sont des actes contre-attitudinaux, des comportements problématiques réalisés dans un contexte de liberté plus ou moins engageant. Ces actes semblent faiblement récompensés. La réalisation d'une ou de plusieurs violations pourrait générer un état de dissonance. Ainsi, dans ces conditions, les IBODE vont ressentir des inconforts psychologiques.

Les pierres angulaires de la théorie de la dissonance cognitive (Festinger 1957) sont au nombre de trois :

- Deux groupes de cognitions ou cognitions peuvent entre elles générer une relation d'incompatibilité autrement dit d'inconsistance, une relation de compatibilité ou de consistance, ou une relation neutre.
- L'existence d'une relation d'incompatibilité provoque un état d'inconfort psychologique et motive la personne à le réduire. Cet état est appelé dissonance cognitive. (Vaidis, 2011, p. 12)
- Afin de minimiser cet état d'inconfort psychologique, la personne, l'IBODE mobilise des stratégies pour revenir à un état de tension admissible. Elles sont des modes de réduction de la dissonance ou voies de réduction de la dissonance.

Les cognitions dissonantes : les valeurs du « prendre soin »

La cognition est l'unité élémentaire de la théorie. On entend par ce terme « l'ensemble des connaissances, opinions ou croyances concernant l'environnement, soi-même, ou le comportement d'autrui » (Festinger, 1957, p. 3). Ainsi, les cognitions ne sont pas des savoirs exacts mais elles comprennent des éléments personnels nécessaires pour comprendre l'environnement, le milieu professionnel, les rapports avec autrui. Elles font appel aux représentations qu'a la personne de son environnement. Elles convoquent des attitudes, des croyances.

Pour les IBODE, ces cognitions correspondent à leurs dimensions privilégiées mobilisées lors des soins, leurs valeurs professionnelles et leurs savoirs professionnels. De plus, le soin a pour chacun d'entre eux une conception leur appartenant et leur étant

personnel. Ainsi, la somme de ces cognitions entre dans le calcul du taux de dissonance. Rappelons qu'elles paraissent dissonantes avec la cognition génératrice qu'est la violation.

Pour toutes les IBODE ayant commis des violations, nous observons que la dimension privilégiée lors des soins est celle de la sécurité. Notons aussi que pour les IBODE ressentant de manière la plus intense des états d'inconforts psychologiques, cette dimension n'est pas primordiale. Ce constat pose question. En effet, les IBODE doivent garantir la qualité et la sécurité des soins. Mais sans faire leurs cette dimension, ces IBODE ressentent le plus de dissonance. Spécifions encore, que les dimensions relationnelles du soin, l'empathie, l'accueil sont très importantes pour ces mêmes professionnels.

Les valeurs professionnelles telles que la rigueur, le respect du patient sont aussi des cognitions dissonantes avec celles générées par les violations. Ces valeurs sont renforcées par l'exigence d'appliquer les bonnes pratiques. Pour les IBODE les plus dissonants, l'analyse des pratiques pour la réalisation de soins optimums est aussi une valeur professionnelle incontournable. Les infirmiers mobilisent aussi leurs valeurs « juridiques » afin de fonder leurs pratiques au regard d'un cadre légitime et légiféré. De plus, comme pour les dimensions privilégiées, les IBODE font leurs les valeurs humaines telles que l'écoute, le confort et le réconfort du patient. La valeur de « prendre soin » est très importante pour ces professionnels. Elle est indissociable de la rigueur, valeur essentielle à la réalisation des actes techniques complexes retrouvés en bloc opératoire.

Enfin, la définition du soin la plus citée en référence est celle du « prendre soin ». Cette conception est soutenue par les définitions de soins relationnels, de bien-être, de relation de confiance ... Ainsi, les IBODE entretiendraient une relation d'honnêteté, de loyauté avec le patient recevant des soins infirmiers en bloc opératoire. Cependant, que dire de l'authenticité de cette relation quand les violations sont réalisées ? Ainsi, cette cognition deviendrait encore plus dissonante avec la cognition génératrice c'est-à-dire l'acte problématique.

Ainsi, les IBODE font partie du monde du « prendre soin ». Mais, les soins techniques qui exigent rigueur, application des bonnes pratiques pour offrir des soins sécuritaires côtoient des dimensions et valeurs professionnelles incontournables telles que la relation au patient, l'empathie, le respect. Par conséquent, face à des actes problématiques tels que des violations,

ces cognitions génèrent-elles des relations d'inconsistance provoquant des états d'inconforts psychologiques ?

Un ou des états d'inconforts psychologiques ?

Nous avons observé que les états de dissonance varient chez les professionnels. Les infirmiers ayant en moyenne le moins d'années d'expérience en tant que professionnels spécialisés ressentent le plus intensément les états d'inconforts psychologiques.

De même, les IBODE sont plus dissonants face aux violations routinières. Cependant, ces dernières sont celles engendrant le moins de dommages pour les patients. Elles sont de surcroît tolérées par l'environnement et la hiérarchie. Les violations par nécessité, quant à elles, provoquent aussi des états de dissonance mais moins que les violations routinières. Cependant, elles provoquent de risques plus dommageables pour les personnes bénéficiant d'une intervention chirurgicale. Pour ces deux types de violation l'état d'inconfort le plus ressenti est le malaise. Sont ressentis à des pourcentages moins importants la gêne puis, pour des pourcentages plus faibles, l'embarras. Nous notons aussi, que les pourcentages d'IBODE ressentant le plus fortement les états de dissonance sont moindres que les pourcentages d'IBODE ressentant les affects auto-rapportés du thermomètre de dissonance (Lecrique, 2007) en cochant la case « correspond beaucoup à ce que je ressens ».

Alors interrogeons-nous sur le fait que ces mêmes infirmiers détenant les mêmes valeurs professionnelles et majorant des risques plus ou moins dommageables pour les patients en commettant des violations ressentent des inconforts d'intensités différentes. Nous avons remarqué que leurs cognitions pouvaient différer. En effet, si nous considérons les violations routinières, les professionnels ressentant les états de dissonance moindres mobilisent la valeur « sécurité » alors que les plus dissonants ne le font pas. Cependant, les IBODE convoquant les valeurs professionnelles d'analyse des pratiques sont plus dissonants lorsqu'ils commettent des violations par nécessité. Les cognitions en présence sont alors plus inconsistantes avec les cognitions engendrées par l'acte problématique de violation par nécessité. Ainsi, les IBODE ayant commis de violations routinières et mobilisant les valeurs sécuritaires devraient aussi avoir un taux de dissonance supérieur à ceux se disant plus mal à l'aise, gênés ou troublés puisque ces derniers ne mobilisent que des dimensions relationnelles. Ce résultat viendrait-il de l'expérience en tant qu'IBODE moins conséquente ou bien peut-on

formuler l'hypothèse que les professionnels ayant plus d'expérience en tant qu'IBODE ont élaboré des modes de réduction afin de réduire un état de dissonance à un seuil tolérable ?

Nous remarquons aussi que 17.6% d'IBODE ayant dit commettre une violation routinière en réalisant un accueil qu'ils trouvent perfectible ne répondent pas de façon affirmative à la question leur demandant s'ils ont effectué des comportements de cette nature de violation. Il en est de même pour 15.2% des IBODE disant tolérer un nombre important de personnes en salle d'intervention. La même remarque peut être formulée pour les IBODE commettant des violations par nécessité. En effet, 10.4% des IBODE disant ne pas effectuer correctement la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » n'ont pas spécifié qu'ils commettaient des violations par nécessité d'ordre général. Par conséquent, ces professionnels avaient-ils conscience de commettre une violation ?

Si nous considérons les violations par commodité, nous constatons que seuls les IBODE ayant dit commettre des violations par commodité d'ordre général ressentent tous les états d'inconfort jusqu'à leur intensité la plus forte. Les cognitions qu'ils mobilisent sont des valeurs de rigueur, de respect, d'amélioration des pratiques et de professionnalisme. Leur définition du soin est le « prendre soin » et la gestion des risques. La sécurité constitue leur dimension de soin privilégiée. Ainsi, face à cette somme de cognitions inconsistantes avec l'acte problématique qu'est une violation par commodité engendrant des risques dommageables très importants pour le patient (oublis de corps étranger par exemple dans le site opératoire), le taux de dissonance devrait être important donc généré des états d'inconforts psychologiques intenses. Rappelons aussi que les gains générés par ces violations seraient minimes et engageraient la responsabilité du professionnel réalisant cet acte problématique. Ces faits doivent majorer encore l'inconfort psychologique

Satisfaction de la prise en charge

Nous constatons que tous les IBODE se disant mal à l'aise en commettant des violations routinières sont satisfaits de leur prise en charge. Pour les autres états de dissonance, seuls les IBODE ressentant de manière plus intense les états d'inconfort sont satisfaits. Ainsi, les états de dissonance intenses provoqués par la réalisation de violations routinières ne perturbent pas la satisfaction des IBODE. Pour les violations par nécessité, nous rappelons que les résultats ne sont pas significatifs. Nous arrivons cependant au même

constat : les IBODE ressentant les états de dissonance les plus intenses sont satisfaits de leur prise en soin. Y aurait-il une corrélation entre la satisfaction de la prise en charge des IBODE étant totalement dissonant et leur expérience professionnelle d'IBODE peu importante ?

Les IBODE commettant des violations par commodité ne sont pas satisfaits de leur prise en charge. Pour quelles raisons ? Ces IBODE, de part les violations par commodité qu'ils disent commettre, majorent de manière très importante les risques encourus par le patient. Ces contournements des pratiques préconisées pour la sécurité du patient vont à l'encontre de leurs cognitions, de leurs valeurs.

Notre questionnement est alors le suivant : comment, en ressentant un malaise psychologique de façon intense généré par un acte problématique tel qu'une violation routinière ou par nécessité, les IBODE peuvent-ils être satisfaits de leurs soins ?

Cas particuliers

3.2% des IBODE ne disent pas posséder des dimensions, des valeurs ou ne définissent pas le soin en mobilisant des valeurs du « prendre soin ».

Leurs dimensions privilégiées sont pour 50% la sécurité. Un IBODE privilégie l'hygiène, un autre la rigueur. Un autre professionnel met en avant les capacités d'anticipation nécessaires pour répondre aux besoins de l'équipe chirurgicale.

Les valeurs professionnelles de ces IBODE sont pour les trois quarts des connaissances sur l'utilisation et précautions d'emploi des dispositifs médicaux, des connaissances des temps opératoires des interventions chirurgicales. Un autre IBODE positionne l'adaptation comme valeur professionnelle et un autre parle de technicité.

Leurs définitions du soin correspondent aux connaissances professionnelles et pour la moitié d'entre eux à des soins sécuritaires.

Nous pouvons considérer que ces infirmiers fondent leurs pratiques sur des valeurs de performance, de sécurité. Nous ne pouvons affirmer que les valeurs d'efficience soient les leurs. Ces IBODE ont pour 75% des difficultés lors de la prise en charge des patients. Pour

deux d'entre eux, ces difficultés sont la tolérance de pratiques ne les satisfaisant pas. Un infirmier affirme que la pression temporaire est une difficulté.

De plus, ces IBODE ont dit commettre pour 50% d'entre eux des violations routinières d'ordre général. Ils ont commis pour la moitié d'entre eux toutes les violations routinières proposées par les exemples citées dans le questionnaire. Ainsi, un IBODE se sent beaucoup mal à l'aise et un autre beaucoup embarrassé.

Aucun IBODE n'a dit commettre des violations par nécessité d'ordre général. Cependant, deux IBODE disent ne pas renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon satisfaisante et ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux. Un IBODE dit tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant. Face à la réalisation de ces violations par nécessité, un IBODE se sent beaucoup mal à l'aise, un IBODE se sent beaucoup troublé. Enfin, un IBODE se sent aussi beaucoup incommodé.

De même, un IBODE dit avoir commis des violations par commodité d'ordre général. Un IBODE dit qu'il ne compte pas les textiles et dispositifs médicaux réutilisables. 50.0% des IBODE ne mettent pas les dispositifs médicaux stériles en salle en cas de conversion chirurgicale. Face à la réalisation de ces violations par commodité, un IBODE se sent très mal à l'aise, un IBODE ressent beaucoup un trouble. Enfin, un IBODE se sent aussi beaucoup gêné.

Nous constatons donc que ces IBODE déclarant avoir des valeurs du « faire du soin » ressentent des états d'inconfort psychologiques. Si nous convoquons les cognitions qu'ils mobilisent face aux actes problématiques que sont les violations, alors leurs valeurs sécuritaires, de rigueur et d'hygiène sont inconsistantes avec les cognitions développées par les violations. Ainsi, elles mettent à mal leurs exigences de bien faire, de respecter les règles d'hygiène. Nous remarquons aussi que les valeurs d'anticipation des besoins de l'équipe chirurgicales sont aussi mal menées si une conversion chirurgicale doit être réalisée. Rappelons que les objectifs de la « check-list sécurité patient au bloc opératoire » sont de garantir la sécurité face aux erreurs d'identité ou de côté par exemple, objectifs semblant difficilement réalisables si cette dernière n'est pas réalisée.

Mais, ces IBODE sont satisfaits de leur prise en soins pour 75% d'entre eux. L'infirmier non satisfait dit avoir commis des violations routinières, par commodité et par nécessité et ne ressent aucun inconfort psychologique.

Des données quantitatives pertinentes pour apporter des réponses à nos hypothèses ?

Nous pouvons confirmer que certains IBODE détenant des valeurs du « prendre soin », valeurs indissociables de la rigueur et de l'analyse des pratiques pour la réalisation de soins optimums ressentent des inconforts psychologiques de nature et d'intensité variables lorsqu'ils disent commettre des violations. Les violations de routine provoquent chez plus d'IBODE des états d'inconfort psychologique. Les violations par nécessité génèrent moins de dissonance cognitive alors que les risques majorés pour les patients sont plus dommageables. Nous remarquons aussi, que chez les IBODE les moins expérimentés dans la spécialité de bloc opératoire, ces états d'inconforts sont les plus intenses. Ainsi nous ne pouvons confirmer que partiellement notre deuxième hypothèse : Après avoir effectué des violations mineures et par nécessité (majeures) les infirmiers spécialisés ressentent un inconfort psychologique lorsqu'ils répondent aux valeurs du « prendre soin ».

Cependant, nous pouvons y apporter un complément en affirmant que ces IBODE en commettant des violations par commodité ressentent un inconfort psychologique. Cet inconfort est cependant ressenti de façon moins intense que lorsque les IBODE commettent des violations mineures ou par nécessité. Cette observation semblerait aller à l'encontre de notre modèle explicatif de la théorie de la dissonance cognitive (Festinger, 1957). En effet, les cognitions inconsistantes de valeurs de « prendre soin », de rigueur et de sécurité sont contraires à celles provoquées par l'acte problématique de violation par commodité, violation pouvant créer des risques majeurs pour le patient. Ainsi, le taux de dissonance devrait être important et générer des états d'inconforts intenses. Nous pouvons ainsi nous interroger sur l'opportunité des stratégies de réduction essentielles afin de recouvrer un seuil de dissonance tolérable. Ces modes de réduction pourraient permettre aux IBODE en état d'inconfort psychologique face aux violations de différentes natures de supporter un inconfort psychologique moindre.

Encore, 3.2% des IBODE ayant répondu aux questionnaires démontrent des valeurs du « faire du soin » en ce sens qu'ils mettent en exergue des valeurs de performance. Ces infirmiers ressentent des inconforts psychologiques lorsqu'ils disent avoir commis des violations routinières par nécessité ou par commodité. Nous remarquons cependant, que ces états d'inconfort n'atteignent pas des intensités maximales car aucun n'a coché « correspond tout à fait à ce que je ressens ». De plus, les cinq affects auto-rapportés de dissonance cognitive ne sont pas tous ressentis, sans doute en raison du nombre modeste de cette population trop peu représentative. Ainsi, nous pourrions infirmer partiellement notre première hypothèse : Les violations routinières (mineures) ou majeures ne provoquent pas chez les infirmiers spécialisés des tensions inconfortables psychologiquement si ces derniers font leur les valeurs de performance et d'efficacité du « faire du soin ».

L'enquête quantitative : vers des données de compréhension

Au regard de nos questionnements, les IBODE interviewés apporteront-ils des données pertinentes à la compréhension de certains de ces phénomènes ? Les éléments recueillis nous permettront-ils d'analyser les témoignages d'états psychologiques inconfortables et leurs éventuels modes de réduction lorsque les IBODE aborderont dans leur discours des pratiques perfectibles ? En effet, au regard de caractères très singuliers et personnels révélés lors des discours des IBODE interviewés, certains phénomènes ou processus seront-ils mis à jour ?

VI : ANALYSE QUALITATIVE DES DONNEES

1- ANALYSE THÉMATIQUE DES DONNÉES.

Elaborer une analyse thématique consiste à « repérer des « noyaux de sens » qui composent la communication et dont la présence ou la fréquence d'apparition pourront signifier quelque chose pour l'objectif analytique choisi » (Bardin, 2005, p. 137). Cette étape amène à découper les corpus des entretiens pour transversalement les réunir afin que l'analyse soit « cohérente avec la mise en œuvre de modèles explicatifs de pratiques ou de représentations » (Blanchet, Gotman, 1992, p. 98). Nous devons donc « découper les entretiens en un certain nombre de thèmes principaux » (Bardin, 2005, p. 101). Nous les déclinons ensuite en sous-thèmes. L'étape préalable à ce découpage-regroupage est la prise de connaissance de chaque corpus. Nous avons alors mis en exergue un « noyau de sens repérable en fonction de la problématique et des hypothèses de la recherche » (Blanchet, Gotman, 1992, p. 98).

Dans le tableau suivant, nous classerons en thèmes, en « noyaux de sens ». Nous reprendrons donc les critères de qualité pour l'établissement de « bonnes catégories » (Bardin, 2005, p. 153). Ainsi, les éléments significatifs ne se placeront que dans une seule cellule du tableau. Ils ne concerneront qu'une dimension catégorielle dans un même ensemble. Ils sembleront le plus pertinent possible au regard du cadre théorique retenu. Encore, si un autre chercheur les reprenait, les critères seraient répartis de façon identique. Enfin, les résultats apportés par un ensemble de catégories devraient permettre quelques interprétations.

Pour construire cette catégorisation, nous choisirons entre « deux démarches inverses » (Bardin, 2005, p. 152). La première, non retenue, consiste à distribuer les éléments dans un ensemble de catégories préalablement donné. La seconde démarche, sans se référer à un système de catégories données, « est la résultante de la classification analogique et progressive des éléments. C'est la procédure par « tas ». Le titre de chaque catégorie n'est défini qu'en fin d'opération » (Bardin, 2005, p. 152-153). Ainsi, nous mettrons en exergue des thèmes abordés dans notre guide d'entretien.

THÈMES PRINCIPAUX		
Valeurs professionnelles décrites	Non-respect des procédures. Types de violations.	Inconfort psychologique. Réduction de dissonance.
<p>CHOIX DE LA PROFESSION : Aider, « prendre soin » Garantir la sécurité Prise en charge relationnelle et psychologique</p> <p>CHOIX DE LA SPECIALITE : Pratiques professionnelles intéressantes A toujours voulu être spécialisé. Comprendre les gestes effectués par mimétisme Positionnement Gestion des risques</p> <p>CONCEPTION ET QUALITES PERSONNELLES NECESSAIRES A LA FONCTION : Vocation Rigueur, exigeant envers soi-même, être organisé Responsabilité Avoir l'esprit d'équipe, communiquer Faire preuve de maîtrise de soi et d'anticipation Réactif Savoir se positionner Savoir gérer les risques Savoir reconforter le patient Préparation, gestion, anticipation du matériel</p> <p>CONCEPTION DE LA QUALITE</p> <p>VALEURS DU SOIN</p> <p>VALEURS DES NOUVEAUX PROFESSIONNELS</p> <p>VALEURS DE L'HOPITAL</p>	<p>CONTEXTE AU BLOC : Augmentation de l'activité Pas de moyens humains, Dépassement de fonction des aides-soignants Problèmes sécuritaires récurrents Manque de prise de recul face aux pratiques</p> <p>PRESSIONS RESENTIES : Pression budgétaire très forte (notion de rentabilité et d'efficacité) Traçabilité chronophage Lutte entre logiques médicales et institutionnelles différentes Pression chirurgicale et institutionnelle</p> <p>ACTE PROBLEMATIQUE / TYPES DE VIOLATION : Violation routinières (mineures) Violation par nécessité (majeures) Violation par plaisir (majeures)</p>	<p>COGNITION GENERATRICE</p> <p>ELEMENTS DISSONANTS / VALEURS : Les tâches de traçabilité éloignent des soins Etre aux limites de la sécurité face à l'augmentation de l'activité et de la pression temporelle Etre dans une ère de l'approximatif Banalisation des risques Pratiques professionnelles engendrées illogiques au regard des bonnes pratiques, de la sécurité et de la qualité Prise en charge psychologique des patients perfectible</p> <p>MANIFESTATIONS DE DISSONANCE MORALE ET HEDONIQUE : Attribution causale interne Attribution causale externe</p> <p>MANIFESTATIONS DE REDUCTION DE LA DISSONANCE : Rationalisation cognitive Rationalisation comportementale Trivialisation Support social</p> <p>RATIONALISATION REUSSIE / NON REUSSIE : Inconfort psychologique réduit Inconfort psychologique majoré</p> <p>TOLERANCE DE LA DISSONANCE</p>

Tableau 129 : Catégories, thèmes et sous-thèmes

2- CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AU THÈME CENTRAL.

Notre recherche est en lien avec la théorie développée par Festinger : la dissonance cognitive. Il existerait un inconfort psychologique généré lorsque les cognitions mobilisées chez un même individu sont inconsistantes. Ces données contradictoires provoqueraient chez certains infirmiers un malaise psychologique plus ou moins pénible. En nous « centrant davantage sur le thème central d'investigations, on peut extraire les significations associées » à ce trouble chez les infirmiers interviewés (Bardin, 2005, p. 101). Ainsi, différentes sensations, diverses significations du malaise éventuellement ressenti par ces professionnels de bloc opératoire seront mis en évidence. Découvrons alors comment ces infirmiers extériorisent leur inconfort.

Prenons par exemple, l'entretien E1 IBODE :

« J'ai le sentiment de malaise, de pas faire son travail comme on souhaiterait le faire, dans de mauvaises conditions et de mauvaises façons, de prendre des risques qui ne valent pas le coup d'être pris pour le patient. Mais après faut vivre avec sa conscience parce que s'il arrive quelque chose de très grave pour le patient, ou une compresse qui sera oubliée ou un bout d'instrument, un bout de textile qui fait une infection, ça peut être très lourd de conséquences et ça a un coût pour la société. Et je veux dire qu'on est responsable de ça et faut vivre avec sa conscience. Et bien un sentiment de malaise, avec ce malaise depuis la sortie de l'école d'IBODE, c'est là que j'ai pris conscience de tous ces risques-là. Ça fait plus d'un an, un an et demi, même plus... (..) On est très écœuré, on a le sentiment de ne pas faire son travail comme il devrait être fait, la solution c'est sortir de là. Le travail devient alimentaire, on s'épuise ça devient épuisant moralement, pour moi c'est écœurant, on abandonne certains de ses idéaux. On est obligé de faire des choix, c'est vrai que si on consacre plus de temps à la relation au patient, on risque de rogner du temps pour la formation des nouveaux agents. Pour moi, c'est écœurant, épuisant. (...) J'ai appris un magnifique métier, j'ai appris un idéal, et c'est trop inquiétant de voir dévier ce métier, à l'inverse de mes critères de qualité que j'ai envisagés, j'ai pas envie de me retrouver responsable de quelque chose de grave, j'ai pas envie de baisser les bras, je n'ai pas envie de me laisser broyer par la machine et de devenir quelqu'un que je n'aime pas... »

Une autre IBODE témoigne ressentir. Cet affect auto-rapporté semble être plus important que des affects négatifs de frustration, de colère qu'il disait ressentir auparavant (E 6) :

« J'ai décapsulé (...), j'ai un tempérament à râler mais ... c'est difficile ! Je ressens de la frustration, mais surtout le fait de ne pas travailler dans la qualité, quoi, être toujours vigilante, trop, c'est ... Y a toujours un truc, tu te dis, est-ce que je ne vais pas rater quelque chose ? On peut pas au bout d'un moment tout contrôler, cette responsabilité c'est très dur, moi je le vis mal, (...) au bout d'un moment je m'en suis rendue malade, je n'en peux plus, je viens au travail, c'est difficile, j'étais en colère, j'ai pété les plombs, je ne supportais plus, je ne formais plus. On te dit faut deux infirmières en salle et tu reviens en arrière, tu te retrouves avec une aide-soignante qu'il faut former. J'ai dit à ma collègue, on va faire des conneries, tu vois comment on travaille, c'est du grand n'importe quoi ! Elle m'a répondu : mais non, tu es une bonne professionnelle. J'avais l'impression de mal travailler, je m'éparpille pour tout faire au mieux, mais c'est pas possible. Je me rendais compte que je ne pouvais plus, je m'épuisais. Je voulais m'arrêter, mais tu restes, car y a des problèmes de personnel, tu ne marques pas tes heures, tu ne comptes pas. C'est dur, j'ai pris du recul. Mais ce matin j'avais une aide-soignante en salle... (...) c'est tout le temps ! je peux pas être au four et au moulin, tu peux pas tout le temps faire tout, tout, tout ... je suis en train d'apprendre mon travail à une aide-soignante, j'ai du mal (...) c'est difficile de cautionner le système quelque part, on est dans l'illégalité, c'est ça quelque part, ça me pèse.

Une autre professionnelle, la plus expérimentée (E 10) nous avoue : « Je ne ressens pas de la honte, mais je me sens mal à l'aise, je me sens mal à l'aise, (...) ça fait bien cinq six mois. (...). On n'est pas bien (...). On est un peu dégouté, un peu usé, un peu fatigué ... On n'est pas bien, moi je ne suis pas bien ».

Un infirmier dit ressentir un sentiment différent : « une baisse de moral, moins de combattivité, un sentiment d'impuissance, le sentiment de ne pas être entendu, on va dire des baisses de moral, de ne pas avancer, d'être un peu dans le marasme, de pas avoir d'issue. Donc, ça, c'est perturbant. Ça a duré au moins deux ans » (E 7).

Certains infirmiers perçoivent des sentiments de colère, d'agacement. Ainsi, une infirmière (E 4) déclare : « je ressens de l'agacement ». Plus tard, au cours de l'entretien, elle témoigne : « c'est comme si on se battait contre des moulins à vent. C'est fatiguant ».

Cependant, certains professionnels ne révèlent pas de gêne psychologique. Ainsi, un autre infirmier exprime face à la logique entrepreneuriale de l'hôpital : « on ne travaille pas trop mal voire plutôt bien. On n'est pas si mal ». Par la suite, il ajoutera : « on nous demande

de faire toujours plus de patients, d'aller plus vite, plus vite, plus vite. Ça ne me va pas » (E3).

Nous notons alors que les témoignages de malaise sont différents puisque ressentis et exprimés de façons diverses. Nous répartirons alors en trois catégories ces manifestations :

- Une souffrance psychologique intense conduisant certains infirmiers à un « *épuiement* » dans leur travail et par leur travail ;
- Une démotivation pour leur travail : « *Je suis arrivée à un point où je me fous de tout* » (E6) ;
- Un mécontentement face à certaines cadences imposées.

Nous mentionnons aussi que certains professionnels n'ont témoigné aucune gêne par rapport à l'écart de certains actes de soins étant perfectibles au regard des bonnes pratiques. Ainsi, ils ne ressentiraient aucun inconfort psychologique face aux violations qu'ils disent avoir commises.

3- ANALYSE DES DONNÉES, EXPLOITATION DU MATÉRIEL

Nous tenterons dans cette partie, après avoir traité les éléments recueillis, de les présenter de façon significative. Notre objectif, à ce niveau de travail, est de mettre en évidence certaines catégories et leurs indicateurs pour une pré analyse. Pour ce faire, nous nous appuierons sur le tableau « Catégorie, thèmes et sous thèmes ». Nous présenterons donc chaque catégorie et leurs éléments à l'aide de tableaux récapitulatifs.

Les non-respects des bonnes pratiques et des procédures.

En nous référant aux témoignages des infirmiers spécialisés, nous avons pu mettre en exergue le non-respect de certaines bonnes pratiques ou procédures. Ces non-respects ne sont pas dévoilés directement et clairement dans leurs paroles. Afin de les exposer, nous nous appuierons sur la typologie décrite par Amalberti. Nous distinguerons donc des violations routinières, des violations par nécessité et des violations par commodité.

Les violations routinières.

Ce type de violation est celui que les infirmiers spécialisés dénoncent le plus aisément. Rappelons que ces violations sont tolérées par la hiérarchie et sont ressenties comme des pratiques quotidiennes empreintes d'une certaine normalité. Les gains apportés par la réalisation de ce type de violation seraient minimes.

Accueillir le patient pris en charge d'une manière non satisfaisante

La première des violations routinières la plus facilement dénoncée est l'accueil du patient qui se veut perfectible. Huit infirmiers avouent qu'ils devraient assurer un accueil plus personnalisé. Lorsqu'ils disent commettre cette violation routinière, ils déclarent qu'ils devraient dégager plus de temps pour arriver à cet objectif. Un infirmier déclare : « *Au regard de la qualité, au moment de l'accueil, le patient a besoin de présence humaine et je ne peux pas lui donner. (...) Je n'arrive pas toujours à mettre en place une relation avec le patient. Il faut du temps et être disponible* » (E6). Encore, un IBODE témoigne : « *le premier patient de la journée, c'est l'infirmier anesthésiste et l'IBODE qui allons le chercher. Après, c'est l'infirmier anesthésiste. Après, si on a le temps, quand tout le matériel est prêt alors des fois, on l'accueille* » (E3). Indirectement l'infirmière E10 démontre que l'accueil est perfectible car il ne se résume qu'aux étapes du premier temps de la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » en situation de soin.

« on a l'impression que le temps nous échappe et qu'on n'a pas le temps de faire notre travail comme il faut et que c'est le patient qui en pâtit inévitablement parce que c'est tout juste si on a le temps de lui adresser deux mots, de lui dire bonjour, c'est toujours dans l'urgence, c'est toujours dans la vitesse, la vitesse, il faut se dépêcher et c'est terrible quoi, c'est terrible parce qu'on en oublie le patient, on en oublie un peu notre rôle à la base d'infirmière et de contact et le côté un peu rassurant, le côté un peu relais entre le chirurgien et le patient, alors dans les étages je ne sais pas trop comment cela se passe mais là on a l'impression que voilà, c'est même plus des patients, c'est des interventions, c'est même plus M. Untel ou Mme Untel, c'est la vésicule, l'appendoc, le colon, et on y va, on y va » (E10)

Cette même professionnelle rajoute que la pudeur des patients et leur respect sont de plus en plus malmenés : « *ensuite on est autour du patient et on parle de nos problèmes du week-end ou du machin, du film, du truc, le patient est en dessous mais on a l'impression*

qu'il n'existe pas quoi, voilà, on a quelque chose sur la table et on ne fait même plus attention à ça, le respect de la pudeur aussi » (E10).

Ne pas respecter les règles d'asepsie progressive

Une autre violation facilement dévoilée est le non-respect des circuits au regard des différentes douanes et de l'asepsie progressive. Ainsi, les lits des patients entrent dans les salles d'interventions : *« Ce que je voudrais changer c'est que les lits ne rentrent plus dans les salles » (E9)*. De plus, le non-respect de la tenue de bloc opératoire est aussi signalé. Une IBODE déclare : *« les chirurgiens et les anesthésistes entrent dans le bloc en blouse blanche et ouvrent la porte de la salle et parlent sans masque, il est mal fait ce bloc. Ils entrent comme dans un moulin » (E2)*.

La même professionnelle décrit que le temps entre deux interventions n'est pas respecté : *« on entre les patients quand le sol est mouillé, il n'y a même pas les vingt minutes de respectées pour le renouvellement de l'air. C'est compliqué, ça me fait râler » (E2)*.

Tolérer un nombre important de personnes en salle

Enfin, deux infirmiers (E3 et E5) signalent un nombre trop élevé de personnes en salles d'intervention. Ce constat est à considérer au quotidien. Rappelons juste que ces professionnels sont garants des bonnes pratiques en bloc opératoire comme le spécifie le cadre législatif. Ainsi, en tolérant un nombre trop élevé de personnes en salle d'intervention hors équipe chirurgicale et anesthésique, ils commettraient une faute et majoreraient de ce fait le risque infectieux envers le patient. Ainsi, l'IBODE E3 déclare : *« il y a un nombre en salle important de personnes et c'est très souvent. Je le dis et je note. Je ne peux pas faire différemment. » (E3)*.

Ce que nous pouvons constater est que ces violations routinières sont non respectueuses des bonnes pratiques. Certaines majorent le risque infectieux encouru par le patient quand d'autres peuvent majorer un risque d'anxiété du patient.

Les violations par nécessité.

Ces violations considérées comme majeures sont décrites assez facilement par les infirmiers. De la même manière, les IBODE apportent des justifications spontanément. Ces explications seront décrites ultérieurement dans une autre partie de l'analyse.

Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant

Une grande partie des professionnels interviewés (E1, E3, E5, E6, E9, E10) ont dénoncé la présence des aides-soignants en salle d'intervention. Ces derniers remplissent le rôle d'infirmier circulant. Il s'agit là d'un exercice illégal de la profession d'infirmier dits « glissements de tâches » pour certains puisque ce rôle ne peut être garanti que par un infirmier diplômé d'Etat ou par un IBODE conformément au cadre législatif (Article R. 4311-11 du Code de la Santé Publique). De plus, l'infirmière E5 nous décrit certaines actions que réalisent les aides-soignants. En effet, ces professionnelles manipulent l'amplificateur de brillance. Rappelons que cette pratique est autorisée pour les seuls manipulateurs en électroradiologie et les médecins. Elle nous le présente de la façon suivante :

« Les aides-soignants dépassent leur fonction avec l'amplificateur de brillance. On ne peut pas faire autrement. On ne nous donne pas de manipulateurs de radiologie. Je ne peux pas leur dire : « tu ne touches plus l'ampli. On peut toujours s'améliorer. C'est pas l'idéal, mais on fonctionne comme ça. Ce n'est pas la réglementation. C'est tous les jours. Il faut espérer qu'il n'y aura pas de problèmes avec l'ampli sinon, tout le monde sera responsable : l'aide-soignant, le cadre, le chirurgien et moi » (E5).

Notons de plus que dans un des blocs une infirmière (E6) témoigne qu'elle forme des aides-soignants aux pratiques infirmières. Cette action accentuerait cette violation. Elle décrit ce fait : *« J'ai fait l'école de bloc et j'apprends mon travail à une aide-soignante. Tu fais ça et tu ne cherches pas à savoir pourquoi ... » (E6)*

Il nous a aussi été relaté que certains IBODE remplissent le rôle de circulant sur plusieurs salles simultanément (E3, E6) : *« il fallait être dans les trois salles gérer les patients et les gens ne savaient pas. J'étais circulante sur trois salles » (E6).*

Renseigner la « check-list sécurité du patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante

Huit des infirmiers interviewés font référence à une autre violation par nécessité. Il s'agit du non-respect de la check-list. Une jeune infirmière précise : *« c'est bâclé, ça manque de précision. Ça ne dérange pas les gens. Il y a beaucoup de progrès depuis le début mais, c'est pas ça. On répond des fois à la place des anesthésistes et de chirurgiens. Ils sont très peu à faire le deuxième time out. Alors on le fait avec l'infirmier anesthésiste »* (E 5). L'infirmier le plus jeune avoue : *« la check-list, il arrive qu'on la fasse tous ensemble. Mais il est convenu que l'infirmier anesthésiste perfusant le patient souvent avant que la salle soit faite, donc dans une pré salle, pose à ce moment-là les questions et nous transmet s'il y a des choses, voilà. Donc du coup quand le patient entre en salle il ne dort pas toujours. Mais il est convenu dans notre bloc de ne pas lui reposer les questions donc il y en a un qui lui pose et on ne lui repose pas pour ne pas le stresser »*. A notre question de connaître la manière dont cela avait été convenu, cet infirmier répond : *« c'est convenu oralement, il n'y a pas de procédure écrite ou de chose comme ça mais on a posé toutes les questions. Elles sont posées par l'infirmier anesthésiste. (...) On va dire que c'est une procédure dégradée, ce qu'on fait »*. Nous lui avons demandé ce qu'était une procédure dégradée. Il rétorque : *« Ça ne correspond pas à la procédure, à comment ça devrait être fait »*. Rappelons que ce premier temps de la check-list consiste à croiser des informations puis à les vérifier entre l'équipe anesthésiste (médecin anesthésiste-infirmier anesthésiste) et les infirmiers de bloc opératoire. Le chirurgien peut être absent à ce temps-là. Cette première étape a pour objectif de prévenir les erreurs de patients et de côté à opérer ou une erreur d'intervention. Nous tenons à préciser que ce même infirmier précisera plus tard, que cette check-list aura permis d'éviter *« deux gags »*, des erreurs de côté. Une professionnelle nous transmet que le premier temps de la check-list sécurité patient est rempli seulement par l'infirmier anesthésiste, que le deuxième temps n'est pas fait et qu'en ce qui concerne le troisième temps, le compte des aiguilles et des instruments n'est pas fait correctement alors qu'il pourrait avoir lieu et qu'il serait plutôt recommandé. Elle rajoute : *« la check-list a son sens. Je sais qu'il y a quatre cents oublis de compresses, d'instruments et d'erreurs de côté par an en France »*. Quelques secondes plus tard, elle mentionne que quand elle renseigne le document de la check-list, elle est hors la loi puisqu'elle indique que la check-list est correctement renseignée alors que les protagonistes concernés ne répondent pas aux injonctions qu'elle rappelle : *« Chaque fois que je remplis le deuxième temps, je fais un faux »*

Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux

Trois infirmiers décrivent un non-respect des bonnes pratiques. En effet, ils nous font remarquer qu'ils ne remplissent pas leur rôle de contrôle du matériel stérile. Ainsi, pour devoir prendre en charge des interventions complexes dans des spécialités différentes ils devraient préparer puis et vérifier de façon exhaustive le matériel stérile implantable, les différents ancillaires et containers. Une infirmière nous décrit cet écart aux bonnes pratiques de la manière suivante :

« C'est bien beau d'être en salle du matin au soir, mais le bloc c'est pas que ça (...) Le bloc il y a bien évidemment le patient, la salle, mais, il y a tout autour. C'est quasiment aussi important de ce qui est fait en salle. Tout ce qui se passe en salle dépend aussi de ce qui est fait avant. C'est indispensable. Si le matériel n'est pas vérifié, c'est pas sûr ! Il faut que quelqu'un gère le matériel, c'est indispensable. On a six chirurgiens, on a du matériel en prêt, il y a des quantités d'implants, du matériel qui navigue. Nous, si on est du matin au soir en salle, gérer le matériel c'est pas possible. Quand je suis arrivée, on pouvait le faire. L'activité le permettait. Aujourd'hui c'est plus possible, on le fait moins bien. Donc tous les jours, c'est le stress. » (E9).

De plus, un professionnel d'un autre bloc opératoire, nous décrit les différentes étapes de la réception à l'utilisation d'un matériel de prêt en mettant en évidence que l'étape de contrôle n'est pas effectuée avant la stérilisation du matériel et donc avant son utilisation. Il affirme : *« l'étape de vérification saute. Y a pas de gag pourtant » (E3)*. De plus, il admet ne pas connaître le matériel avant son utilisation. Il ne maîtrise donc pas totalement la technique opératoire.

Au regard de la logique décrite précédemment, deux professionnelles avouent qu'elles ne préparent pas le matériel nécessaire aux interventions qui auront lieu le lendemain matin. Il doit être précisé qu'elles seront difficilement préparées car le personnel du soir est en nombre réduit et assurera la prise en charge des patients dont les interventions ne sont pas terminées ou de celles effectuées en urgence. *« Des fois le soir, je pars, le bloc est en vrac, les pleins sont pas faits, les interventions du lendemain sont pas prêtes. Tant pis ! » (E9).*

Ne pas assurer la formation des nouveaux professionnels infirmiers

Enfin, peut-on parler de violations par nécessité lorsque les infirmiers spécialisés ne forment pas les infirmiers novices en bloc opératoire. Le référentiel compétence IBODE mentionne que les IBODE ont la compétence de former les nouveaux professionnels et de leur transmettre leurs savoirs. Notons aussi que durant leurs études, ils abordent les fonctions pédagogiques et de tuteur de l'IBODE. Refuser de transmettre des savoirs sera alors considéré comme une violation aux bonnes pratiques puisque de surcroît elle ne permet pas aux nouveaux professionnels de les appliquer. Encore, cette façon de procéder de la part des IBODE ne les inciterait pas à mettre en œuvre les bonnes pratiques. Ainsi, deux infirmiers (E4 et E6) affirment ne pas vouloir former les professionnels infirmiers nouvellement affectés en bloc opératoire. Une IBODE nuance ces propos « *les gens qui ne sont motivés, je ne les forme pas, j'ai pas de temps à perdre* ».

Les violations par commodité.

Ces violations sont aussi appelées des violations par plaisir. Comme les violations précédentes, elles contribuent aux « *violations majeures* » (Amaberti et al, 2006). Ces violations ont pour objectif d'obtenir un bénéfice pour celui qui la commet.

La violation majeure que nous allons décrire dans cette partie concerne le non compte des textiles. Ce que nous devons mettre en exergue avant toute chose, c'est que les bonnes pratiques exigent qu'un compte de tous les textiles (compresses, champs opératoires...), de tous instruments chirurgicaux, des aiguilles soit fait avant l'intervention, durant l'intervention, à des temps opératoires précis et avant la fermeture de la paroi du patient. Ceci se fait dans un seul but : ne pas oublier de corps étranger dans le site opératoire ce qui engendrerait une infection de ce même site engageant le pronostic vital du patient. Lors des entretiens, nous nous rendons compte que ces recommandations ne sont pas tenues dans leur ensemble. En effet, trois infirmiers admettent que ces différents contrôles ne sont pas effectués.

L'infirmière la moins expérimentée relate que le risque est important pour le patient mais constate que malgré tout elle n'effectue pas le compte des textiles :

« Si je pouvais changer quelque chose dans le bloc, c'est le compte des textiles. C'est quelque chose qu'on ne fait pas et je m'inscris dans cette organisation, je ne le fais pas. Je l'organise très occasionnellement quand on fait des collaborations avec le bloc X, parce que j'ai totalement conscience qu'une compresse roulée pleine de sang ça ressemble à un muscle et que ça peut être oublié. On utilise tous des compresses radio opaques c'est par contre positif. Les cotons carrés qu'on utilise également pour l'hémostase sont aussi radio opaques. Mais, on ne les compte pas. Jusqu'au jour où... il y aura un problème, on en oubliera un. Parce que tout le monde peut en oublier une. Moi la première. Donc, oui, c'est la première chose que je changerais dans nos comportements et ce qui n'est pas bien, c'est ça ». (E1).

Deux autres infirmiers spécialisés (E3 et E9) déclarent que le compte n'est pas effectué sur toutes les interventions. Pour certaines interventions, ils précisent qu'il est impossible d'oublier une compresse. Pour des interventions sous cœlioscopie, les compresses sont élimées en cas de conversion, mais il ajoute qu'elles « sont très rares ». Quand aux instruments, ils ne sont pas comptés sauf les plus petits risquant d'être oubliés dans le site opératoire. : « les pinces les ciseaux, on ne les compte pas, ils ne peuvent pas être oubliés » (E3). L'autre IBODE précise : « Pour certaines interventions, les compresses ne sont pas comptées. (...) On ne compte pas les instruments. Mais, je compte les instruments quand je débarrasse ma table. D'instinct on fait et on remarque s'il manque les instruments. On regarde. » (E8)

Lors de nos entretiens, nous n'avons pas mis en évidence le gain que peut apporter ce genre de violation par commodité. Un gain de temps, une conformité au groupe, à l'équipe d'infirmiers, une approbation des chirurgiens s'entreverraient-ils en filigrane ?

Synthèse sur les violations

Nous remarquons que les violations routinières sont celles les plus commises. En effet, huit IBODE décrivent qu'ils en ont accomplies. Les violations par commodité sont des violations assez fréquentes aussi, puisque six IBODE disent en effectuer. Enfin, les violations par commodité sont révélées de manière moins importante : seuls quatre IBODE relatent ce type de pratiques. Nous constatons de même que les exemples de violations cités dans les entretiens sont similaires à ceux mobilisés dans le questionnaire sauf pour une violation par

nécessité. En effet, certains IBODE ne souhaitent pas accompagner de nouveaux professionnels dans leurs apprentissages.

Nous observons dans les discours des IBODE que plusieurs valeurs s'entrechoquent dans l'univers des blocs opératoires. Ces derniers abordent aussi plus au moins spontanément leurs difficultés.

Les valeurs professionnelles des infirmiers spécialisés interviewés.

Les valeurs fondent les logiques des professionnels. Elles sont fondamentales lors de l'exercice professionnel des IBODE. Nous aborderons ainsi, le choix de la profession d'infirmier, le choix de la spécialité de bloc opératoire et la conception de la fonction d'infirmier de bloc opératoire. Nous présenterons aussi les valeurs émanant du soin, puis celles découlant de « *l'hôpital-entreprise* » pour terminer par celles des « *nouveaux professionnels* » décrites par les IBODE interviewés.

Le choix de la profession d'infirmier.

Catégorie : Choix de la profession	Entretiens n°									
	E1	E2	E3♂	E4	E5	E6	E7. ♂	E8	E9	E10
Aider, « prendre soin »	X	X	X	X	X	X	X		X	X
Etre en contact avec les personnes	X									
Travail manuel et technique			X		X		X			
Travailler en équipe		X		X	X	X				X
Sécurité de l'emploi				X	X					
Prise en charge relationnelle et psychologique	X	X				X	X			X

Tableau 130 : Le choix de la profession d'infirmier.

Nous remarquons que tous les infirmiers à l'exception d'une (E8), ont choisi la profession dans le but « d'aider les autres ». Ainsi, les valeurs d'altruisme sont prégnantes. L'infirmière E2 déclare : *« je voulais aider mon prochain où à un moment de sa vie il était en difficulté »*. Un infirmier voulant faire le bien, nous révèle : *« Au début, je voulais être Père-Noël, pompier et boulanger. Ce que je voulais le plus, c'était d'aider les gens, leur rendre service ... J'ai voulu être infirmier depuis la classe de 1^{ère} »* (E3). Une autre (E4) voulant travailler à l'hôpital débuta sa carrière en étant agent de service hospitalier puis aide-soignante, puis infirmière avant d'être infirmière de bloc opératoire. La valeur d'aider les autres débute pour l'IBODE 5 à sa plus tendre enfance quand elle voyait sa grand-mère prendre soin de son arrière-grand-mère. Elle la voyait aussi soigner à l'aide des plantes ...

Notons aussi que deux professionnelles avaient leur mère infirmière en bloc opératoire. L'une d'entre elles (E10) témoigne :

« Etre infirmière, pour moi, c'est une vocation, mais vraiment une vocation car maman était infirmière de bloc opératoire sur Paris et donc j'ai fait mes premiers pas dans les couloirs des blocs opératoires, à l'époque à l'hôpital Foch, donc je suis née à Turenne et j'ai fait mes premiers pas là-bas, j'ai été baignée bercée dans cette odeur de bloc, cette odeur d'éther qu'il y avait à l'époque et j'ai dit je serai infirmière de bloc opératoire et je l'ai toujours dit et cela a toujours été mon objectif. Donc, voilà, après j'ai fait ma scolarité comme tout le monde, mon bac, etc., je me suis orientée parce qu'à l'époque il y avait des sections bien particulières pour faire infirmière donc c'était F8, j'ai dit j'irai là-dedans, j'ai fait ça, j'ai fait mes études sur Paris à l'Assistance Publique, j'avais un rêve qui était de devenir infirmière militaire, pourquoi je ne sais pas » (E10, annexe 4)

Seulement, une infirmière avoue qu'elle souhaitait faire plaisir à ses parents en embrassant cette profession : *« je voulais être assistante sociale mais mes parents voulaient que je fasse infirmière. J'ai passé les concours d'entrée et j'ai été reçue à l'école d'infirmière. »* (E8). Même si elle ne le mentionne pas clairement, elle voulait aider aussi ses semblables puisqu'elle se destinait plutôt à une carrière sociale.

Encore, la majorité des infirmiers souhaitait soutenir psychologiquement les personnes dans des moments difficiles de leur vie, face aux épreuves qu'impose la maladie. Un infirmier (E7) aborde dans ses propos la notion de « relation d'aide ». Dans chacun des discours, la relation à l'autre sous l'angle psychologique est abordée au niveau de l'accueil des patients au

bloc opératoire, de leur accompagnement en salle d'intervention avant l'anesthésie ou durant les anesthésies locorégionales.

Le travail en équipe est aussi important pour cinq infirmiers. Une infirmière déclare : « *j'ai besoin de me sentir être un maillon de l'équipe* ». (E10, annexe 4). Une autre atteste : « *j'ai besoin de me retrouver avec mes collègues* » (E 6). L'IBODE E1 nous dit : « *je voulais un travail en contact avec les gens, avec des collègues ...* ». L'IBODE E4 mentionne : « *je voulais travailler en équipe, dans une bonne ambiance, une ambiance d'une petite équipe ... une ambiance familiale qui me mettait en confiance* ».

Encore, le côté technique et « *manuel* » de la profession d'infirmier est mis en exergue. L'IBODE E1 rajoute : « *je ne voulais pas me retrouver derrière un bureau, je cherchais un côté pratique* ».

Enfin, deux infirmières argumentent le choix de cette profession parce qu'elle offrait une sécurité d'emploi : « *je voulais aider les autres mais aussi dans les années 92, c'était aussi les années de chômage. Allier la sécurité de l'emploi, c'était ça aussi* » (E4).

Tout en mentionnant ces résultats, notons que la notion d'aide envers les patients, la dimension relationnelle renforcée par le soutien psychologique sont très importants pour les infirmiers interviewés. Mais, dès le début et très vite dans leur discours au bout de cinq à dix minutes, trois infirmiers (deux ayant moins de cinq ans d'expérience et la plus expérimentée) parlent de ces notions de la profession d'infirmier au passé, avec un certain désenchantement : la première déclare : « *j'ai assez vite déchanté* » (E1). Par la suite, une jeune diplômée nous dit :

« *Au début, je m'étais fait une idée, parce que maintenant j'ai découvert que c'est pas du tout ça, je voulais aider mon prochain où dans un moment de sa vie il est en difficulté. Sauf que je me suis rendue compte que pour la plupart des professionnels infirmiers, c'est plus du tout ça. Donc par rapport à ça j'ai été un petit peu déçue par rapport à la profession. Mais, à l'origine c'est vraiment pour ça que j'ai voulu être infirmière* » (E2).

Une autre professionnelle mentionne : « *Je suis bien, c'est une profession que j'adore, même si c'est dur, même s'il y a des moments où on en a assez* » (E10, annexe 4). Cependant, ces professionnels ont choisi de se spécialiser.

Les raisons du choix de la spécialité d'infirmier de bloc opératoire.

Catégorie : Raisons du choix de la spécialisation	Entretiens n°									
	E1	E2	E3♂	E4	E5	E6	E7♂	E8	E9	E10
Pratiques professionnelles riches (technicité, complexité)			X	X	X		X			
Volonté d'être spécialisé très tôt			X				X	X		X
Maîtrise et compréhension des gestes effectués	X		X		X					
Recherche d'une légitimité, d'un positionnement	X				X				x	
Parfaire ses connaissances et compétences pour une meilleure gestion des risques	X	X			X					

Tableau 131 : Raisons du choix de la spécialisation d'infirmier de bloc opératoire.

Quatre infirmiers ont voulu suivre la formation d'infirmier de bloc opératoire très tôt. L'infirmière la plus ancienne a « fait ses premiers pas en bloc opératoire » et a toujours souhaité être infirmière de bloc opératoire. Les trois autres infirmiers, quant à eux, ont découvert cette spécialité durant leurs études d'infirmiers en effectuant plusieurs stages dans cet univers bien particulier. Le travail en bloc opératoire, que l'un d'entre eux caractérise de « bazar organisé » (E3) leur a plu de par la technicité des gestes, la technologie y régnant : « *Il y a plein de choses à savoir en bloc. Je trouvais ça moins monotone. Il y a plein de disciplines, la variété des interventions et même au sein d'une même discipline, il y a plein de choses à savoir. Donc je suis parti sur l'école de bloc* » (E7).

Soulignons que pour les autres professionnels, leur positionnement en bloc opératoire a été généré par leur encadrement. Ainsi, ils ont pris connaissance de la spécificité de la prise en charge des patients au bloc opératoire. C'est par la suite qu'ils ont voulu suivre la

spécialisation. Dans tous les cas, la dimension technique de l'expertise est motivante pour suivre la formation. Chaque professionnel a auparavant travaillé en bloc opératoire et apprécie la spécificité des rôles de l'infirmier de bloc opératoire.

Les autres raisons invoquées sont les suivantes :

- Pour trois d'entre eux, ils souhaitent « *parfaire leurs connaissances et leurs compétences* » (E3) puisque ces professionnels ont effectué leurs études de bloc opératoire après plusieurs années professionnelles exercées en salle d'interventions. Une infirmière spécifie que le métier d'infirmier de bloc opératoire est un métier différent car les connaissances à mobiliser sont très spécifiques mêmes s'il existe des soins relationnels et techniques et que leur but est le même : la prise en charge du patient (E2).
- Certains veulent aussi mettre un sens aux actes de soins qu'ils effectuent. En effet, ils mentionnent qu'ils les ont « *appris sur le tas* » et qu'ils les effectuent par « *mimétisme* » (E2). Ils souhaitent comprendre ce qui est fait pour une prise en charge maximale.
- Vouloir concourir à une meilleure gestion des risques encourus en bloc opératoire est par trois fois évoqué.

Ainsi, l'infirmière E1 nous fait part de ses motivations pour suivre la formation : « *Au bout de trois ans passés au bloc opératoire, je me suis rendue compte que j'avais des manques, je n'avais pas le sentiment d'être dans la maîtrise de ce que je faisais, d'avoir les connaissances nécessaires, de peut-être me mettre et mettre les autres en insécurité, par manque de connaissance. Voilà, j'avais pas le sentiment d'avoir les connaissances nécessaires pour faire ce travail et je voyais tout à fait la nécessité d'une formation complémentaire* » (E1).

D'autres raisons sont aussi relatées. Travailler en bloc opératoire sans spécialisation ne suffit pas pour un positionnement satisfaisant. Deux infirmières nous font part de leur souhait de suivre une formation de dix-huit mois pour acquérir des connaissances nécessaires à leur assise professionnelle. Ainsi, elles seront légitimes dans une équipe où exercent des IBODE. Tout en usant d'influence, elles seront capables de revendiquer, de s'imposer pour prodiguer des soins de meilleures sécurité et qualité :

« *Quand je suis arrivée au bloc X en partant du bloc Y, on m'a fait ressentir que je n'avais pas mon mot à dire puisque je n'étais pas IBODE. Et moi j'avais envie d'amener mon expérience, mon avis, et ça butait. Alors dans ma tête, je me suis dit : Ah, bon d'accord, c'est comme ça, alors on va régler l'histoire. C'est pas inutile, parce que ça m'a aussi poussée à faire cette formation. Fallait que je revendique ce diplôme-là* » (E5).

Quand nous parlons en entretien du choix de suivre la formation, la moitié des professionnels abordent d'eux-mêmes les qualités inhérentes à la fonction.

La conception de la fonction d'IBODE et qualités personnelles nécessaires.

Catégorie : Conception de L'IBODE et qualités personnelles	Entretiens n°									
	E1	E2	E3♂	E4	E5	E6	E7♂	E8	E9	E10
Rigueur, exigence pour une gestion des risques	X	X		X	X	X	X		X	X
Gestion, préparation et contrôle du matériel			X				X		X	X
Responsabilité pour garantir la qualité et la sécurité des soins	X	X				X	X	X		X
Prise en charge relationnelle du patient	X			X	X					X
Positionnement	X			X	X				X	

Tableau 132 : Raisons du choix de la spécialisation d'infirmier de bloc opératoire.

Chacun des infirmiers interviewés a abordé à des moments différents de l'entretien sa conception, sa définition de la fonction de l'infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat.

La qualité fondamentale pour la quasi-totalité d'entre eux est la rigueur dans un univers professionnel technique et technologique qui ne semble pas admettre « *l'approximatif* ». Une professionnelle déclare : « *Parce que j'ai appris à travailler dans la*

rigueur et j'ai travaillé dans la rigueur dès lors que j'ai commencé » (E10, annexe 4). Une infirmière mentionne : *« le fait d'être rigoureux, consciencieux, c'est hyper important »* (E1). Cette détermination chacun d'entre eux la précise en premier lieu. L'IBODE 6 la décrit comme *« être très pointilleuse dans le soin »*. Un infirmier nous fait part de cette composante dans les termes suivants : *« je pense qu'il y a des compétences et des attitudes personnelles à avoir qui sont nécessaires du fait de la technicité, du lieu, de la complexité des interventions chirurgicales et de la prise en charge. Dans le tempérament, une IBODE c'est plutôt quelqu'un de dynamique, de motivé, d'ouvert, de réfléchi, de communicant, de très rigoureux et très méthodique surtout »* (E7). Cette notion est toujours couplée dans les discours à l'anticipation dans la gestion des soins face aux aléas qui peuvent survenir au cours de la prise en charge du patient. L'infirmière E 2 nous fait part de sa rigueur en rajoutant : *« je veux être au mieux pour le patient par rapport à la gestion, à l'hygiène, au confort et la sécurité »*. Rajoutons que deux professionnelles précisent que cette rigueur doit les conduire à la *« maîtrise de chacun des actes »*.

De ce fait, cette rigueur, cette exigence conduisent six IBODE à parler de leur responsabilité à assurer la gestion des risques en bloc opératoire. Etre infirmier de bloc opératoire consiste à répondre de leurs gestes pour prévenir des risques : *« avoir la volonté d'être professionnel et responsable, c'est d'être capable de repérer les situations à risques, de les prévenir, de les gérer et en avoir la volonté »* (E1). Une infirmière exprimera cette exigence de la manière suivante : *« faire un acte en sachant pourquoi on le fait, c'est réfléchir et réfléchi pour la sécurité »* (E6).

La gestion et la préparation du matériel chirurgical nécessaire aux interventions sont abordés de façon récurrente dans tous les entretiens : *« on est garante de la sécurité du patient, on est garante du matériel, du bon déroulement d'une intervention, même s'il peut y avoir des aléas, on vérifie, on s'investit dans la préparation, la vérification du matériel, dans la disponibilité de tel ou tel instrument pour l'intervention, d'éventuellement une solution de remplacement au cas où, on n'est pas à l'abris d'un laboratoire qui n'a pas livré, ou de quelque chose qui tourne mal, donc voilà. Moi je pense que c'est une responsabilité énorme »*. (E 10). Une autre précise, *« dans notre métier et durant nos études on a entendu parler de certains nombres de choses, on est des garantes de la qualité, de la sécurité, du matériel et des soins. »* (E 9)

Cette responsabilité face à la gestion des risques physiques encourus par le patient est complétée par une « *prise en charge relationnelle* » selon les dires de quatre infirmiers. Chacun la situe surtout au moment de l'accueil du patient au bloc opératoire et en salle d'intervention lors de la prise en charge. Ce moment d'une durée de quelques minutes semble être très intense pour les professionnels : « *Les cinq minutes d'accueil sont capitales* » (E 10, annexe 4) Ainsi, une IBODE le décrit de la façon suivante : « *De potentialiser ce court instant qu'on a à l'accueil du patient, ou quand on a un patient sous anesthésie locale, c'est que du bonheur. On peut créer une relation avec cette personne, on comprend pourquoi on a fait ce métier-là, c'est que du bonheur* ». (E1). L'infirmière la plus expérimentée ajoute que cette dimension fait partie intégrante de la prise en charge : « *C'est le relationnel, l'échange, prendre le temps de le faire* » (E 10, annexe 4).

Enfin, ce qui est aussi mis en exergue, est le positionnement professionnel pour concourir à la sécurité des soins dans une gestion des risques. Quatre professionnelles spécialisés, dont deux nouvellement diplômées, font prévaloir ce critère. Une IBODE expérimentée exprime : « *Je dis vraiment ce que je pense* » (E6) Une autre infirmière illustre cette posture professionnelle très précisément et concrètement au regard de sa responsabilité :

« *On est capable de dire non. On a un rôle à jouer en tant que professionnelle, on n'est pas juste des gens inférieurs aux chirurgiens, on est vraiment partie prenante dans l'équipe chirurgicale et l'équipe du bloc, on est capable de dire stop, là non, on n'adhère pas parce que la salle n'est pas aux normes, et il fait trop chaud, il n'y a pas la pression qui est bonne, j'ai pas le matériel, c'est pas correct. Voilà, on prend des responsabilités, on s'impose. Je pense que le fait d'être IBODE ça le fait. (...). Les chirurgiens ne peuvent pas nous rouler dans la farine, ça je l'ai appris à l'école, j'ai les connaissances. On n'est pas juste des exécutantes des chirurgiens (...) On n'est pas des « bénis oui-oui » face aux chirurgiens, il faut se positionner. Y a des choses qu'on ne peut pas cautionner, c'est de notre responsabilité* » (E9).

Ainsi, les critères décrits sont étroitement liés entre eux. Nous les avons présentés d'une certaine manière, mais dans chaque discours, ils s'entrecroisent et sous-tendent les argumentations des professionnels. Notons aussi qu'un infirmier déclare : « *dans le tempérament, un IBODE c'est quelqu'un de motivé d'ouvert (...), dans les attitudes, c'est quelqu'un de ...* » (E 7). Enfin, une infirmière déclare avoir eu la vocation. Elle explicite cette disposition de la manière suivante : « *La vocation c'était être infirmière de bloc avec mes valeurs de rigueur, aider les gens, soulager, aider les gens, euh..., donner, donner aux gens,*

donner aux gens des choses, donner une présence, donner un contact physique avec la main, avec une caresse, avec une intention, avec la parole, donner, donner un amour, voilà donner de soi, faire un don de soi. » (E10, annexe 4). Nous constatons de ce fait, que des éléments de nature interne sont alors convoqués.

Nous avons tenté de présenter les valeurs professionnelles de ces infirmiers. Tout en se portant garant de la gestion des risques (dans les discours sont mentionnés surtout le risque infectieux, le risque lié au matériel et le risque psychologique), de la sécurité et de la qualité des soins, ces infirmiers se veulent être des professionnels rigoureux, exigeants mettant tout en œuvre pour une prise en charge du patient la meilleure. « *Je veux ce qu'il y a de mieux pour le patient* » (E2).

Mais, comment les IBODE interviewés explicitent-ils la notion de qualité ?

La conception de la qualité par les infirmiers interviewés.

Nous avons souhaité apporter plus de précisions à la notion de qualité formulée par les infirmiers. Dans leur discours, chacun utilise ce terme. Nous leur avons donc demandé de le préciser.

Pour tous, ils ont débuté leur argumentation en appuyant sur la qualité des soins débutée par la prise en « *charge relationnelle* », la « *prise en charge psychologique* » du futur opéré. La dimension humaine est pour eux très importante, il n'y a pas que la technicité qui prévaut. La gestion du patient dans sa globalité est primordiale, il « *faut s'adapter au patient, il faut être proche de lui* » (E5). Il y a aussi une notion de progression vers une exigence supplémentaire :

« C'est un degré d'amélioration pour offrir un certain degré d'exigence, c'est-à-dire, ce qu'on demande à un soignant, c'est qu'il soit humain, qu'il soit compétent, qu'il mette en confiance, j'ai le sentiment qu'on doit lui faire confiance. C'est un degré exigible sous forme de différents critères. C'est la disponibilité mais ça on l'a plus, la gentillesse, la rigueur, le fait d'être consciencieux, la volonté, la volonté de bien-faire. Euh... et à côté, le côté humain, c'est à la fois, la rigueur nécessaire tout en restant gentil, poli, humain, collaborer avec les autres, respecter, comprendre que on est tous responsable à notre niveau de l'échelle » (E1).

Pareillement, un infirmier nouvellement diplômé explique la qualité en se référant aux normes professionnelles : *« on va dire que le travail repose sur des règles de bonnes pratiques, donc pour moi la qualité, c'est les principes d'accueil, les principes de bonnes pratiques, d'installation. C'est vrai, la qualité, on doit s'en approcher le plus possible »* (E3). Une jeune infirmière spécialisée déclare que la qualité *« c'est faire les choses correctement une par une »* (E4), une autre mentionne qu'il faut *« respecter les normes techniques, les règles d'hygiène tout en s'adaptant au patient »* (E5). De la même manière, une autre professionnelle définit la qualité de la sorte :

« On fait encore de la qualité, on se bat pour la conserver. La qualité, ça passe par plein de choses, il n'y a pas que l'acte chirurgical. C'est avoir une salle bien agencée, ne pas manquer de matériel, prendre le temps de vérifier les sachets, prendre le temps de vérifier les péremptions. Tout ça, c'est de la qualité, c'est prendre le temps de faire ce qu'on a à faire, sans précipitation, sans stress, en respectant les règles... » (E10, annexe 4)

Ainsi, nous remarquons que la qualité est indissociable de la notion de *« prendre le temps »* nécessaire pour accomplir correctement des actions de soins au regard des bonnes pratiques.

Une autre précision est apportée quant à la préparation et à la gestion du matériel. Certes, ce ne sont pas des soins directs mais ils contribuent à la prise en charge du patient. Un infirmier l'explique de la manière suivante :

« Dans la prise en charge des patients en per opératoire, on n'a plus la relation verbale ou non verbale avec les patients, mais, la relation est toujours là puisque quand on l'opère on est forcément en relation avec le patient. La qualité en ce qui me concerne et le service dans lequel je suis, c'est de pouvoir prévoir, organiser une intervention de façon à optimiser les actions. Etre le moins dangereux possible, le plus adapté, le plus précis, le plus rapide. C'est dans la précision des actes, des actions qu'on a le plus de qualité. On a des connaissances par rapport à une intervention chirurgicale, on sait que pour être de qualité, il faut opérer comme ça, il faut être dans un environnement particulier, il faut prévoir ce type de matériel puisque ce chirurgien-là fait cette intervention avec ce type de matériel là. Et si on n'a pas ce matériel-là, on n'est pas pour le patient dans les conditions optimales et vraiment de qualité. (...) Si on les a pas on est obligé de faire les interventions de manière

différente et c'est pas bien pour le patient. Je considère que c'est un dysfonctionnement. Et le fait qu'on peut y arriver et qu'on n'y est pas ce n'est pas satisfaisant ! » (E 7)

Encore, pour une IBODE (E9) expérimentée, la qualité est de « *signaler les erreurs, de se positionner, de se mobiliser, de faire barrage aux mauvaises pratiques, de ne pas cautionner les pratiques dommageables pour les patients* ». Elle mentionne aussi bien les pratiques paramédicales que celles médicales.

Ainsi, la qualité est indissociable de la réalisation des bonnes pratiques afin de garantir le maximum de sécurité. Les IBODE mentionnent tous dans leur discours la difficulté due à un manque de temps prégnant. Après ces précisions apportées, il nous semble important de revenir sur la notion de soin.

La conception du soin des infirmiers interviewés.

Le soin faisant partie intégrante de la profession d'infirmier, nous avons aussi demandé à ces professionnels de nous exposer leur conception du soin. Chacun d'entre eux le relie à la relation tissée avec le patient. Comme précédemment, est indivisible du soin la notion de temps. « *Le soin, c'est le patient, c'est le relationnel, c'est l'échange, prendre le temps, encore prendre le temps ...* » (E10). Les infirmiers tout en ayant en mire la complexité technique de la prise en charge des opérés privilégient et essaient de rentrer en communication avec le patient pour une meilleure gestion du stress de la personne prise en charge. Les notions de réconfort, de rassurance, de bien-être pour le patient sont ainsi déclarer :

« Moi je fais un soin technique, mais même si on voit très peu les gens, on prend les cinq minutes d'accueil qui peuvent être capitales pour la personne. On essaie de l'apaiser, de la rassurer. On essaie de la déstresser, de la rassurer même avant l'anesthésie, (...), on essaie de les calmer, de les déstresser. (...) Le fait de les écouter, de les déstresser, on va parler avec les gens, à les mettre en confiance. On essaie de parler, on les enveloppe, on les « coucoune ». C'est très important pour les anesthésies locales. C'est le relationnel » (E9).

Un autre professionnel rajoute : « *Le soin c'est d'apporter au patient ce dont il a besoin et ce qu'il désire. Un compromis entre ce dont il a besoin, ce qu'il a envie ou ce qu'il a besoin par rapport à sa pathologie* » (E 7).

Enfin, une autre dimension est la notion de confiance que l'infirmier recherche. Pour être « digne » de cette confiance, la gestion des risques encourus prime et doit être assurée. L'infirmier doit tout mettre en œuvre pour la sécurité :

« On est dans le soin, on le sent, toute la personne est prise en globalité, il y a un mieux-être pour le patient à la fin du soin, on sent la satisfaction de l'infirmière aussi. On est dans la maîtrise. Tout est maîtrisé. (...) Il y a aussi la prise en charge de l'écoute du patient, pour gagner la confiance de l'autre, tant qu'il n'y a pas ça il manque quelque chose. Il ne faut pas être dans l'automatisme et perdre la conscience de l'autre. C'est quelque chose qu'il ne faut pas perdre, il faut en avoir conscience. Il faut garder toute sa carrière la conscience de l'autre. » (E4)

Maîtrise, confiance, temps nécessaire pour des soins optimaux et sécuritaires sont les termes que nous retrouvons quand les infirmiers interviewés s'expriment sur la qualité et le soin. Cependant, dans leur discours, ces professionnels ont abordé deux points spontanément : les valeurs professionnelles des nouveaux professionnels travaillant en bloc opératoire et les valeurs de l'hôpital.

Les valeurs des nouveaux professionnels infirmiers exprimées par les infirmiers interviewés.

Des comportements de nouveaux professionnels infirmiers non spécialisés sont décrits par les infirmiers spécialisés. Notons que les quatre infirmiers abordant ce thème sont autant expérimentés en détenant pour deux d'entre eux, plus de cinq années d'exercice d'IBODE, que nouvellement diplômés de cette spécialité pour les deux autres. Une autre infirmière ne l'aborde pas aussi spécifiquement.

La plus jeune diplômée de la spécialisation de bloc opératoire démontre certaines difficultés émanant des professionnels infirmiers récemment diplômés non spécialisés en bloc opératoire. Ainsi, la remise en question face à certaines pratiques perfectibles et leur

détermination pour l'amélioration des pratiques semblent délicates afin d'assurer une gestion des risques :

« Ce qu'il y a de positif chez les nouvelles infirmières, c'est qu'elles nous trouvent trop rigides, trop exigeantes. Elles nous répondent toutes : oui, je sais, mais ne font pas. Mais, elles ont toutes la volonté à terme de faire l'école d'IBODE. Donc, dans un autre cadre, elles accepteront, elles deviendront à leur tour, des professionnelles responsables et conscientes des différents risques et du rôle qu'elles peuvent tenir dans la gestion de ces risques, de leur prévention. Etre capable d'analyser et de repérer les situations à risques et avoir la volonté d'agir » (E1).

L'infirmier le plus expérimenté a une description plus tranchée : *« Il y a des gens qui restent au bloc mais qui ont des attitudes différentes, qui prennent moins à cœur les choses et qui ne s'investissent pas » (E7).*

De plus, ces nouveaux professionnels ne semblent pas pratiquer des soins avec les mêmes exigences que décrites précédemment par les IBODE : *« Je ne pense pas qu'elles aient la même rigueur. Quand je vois les jeunes qui arrivent maintenant, jamais, on se serait permis de dire : « j'ai pas préparé parce que je sais pas ce qu'il faut et puis, voilà ». Jamais, on se serait permis de répondre ça » (E10).*

Il semblerait aussi qu'il existe un certain désengagement, désintéressement de la part des nouveaux professionnels. Une autre IBODE explique avec un certain *« agacement »* comme elle précise :

« Après il y a aussi les gens qui sont là et qui s'en foutent. Donc eux !! (Comprendre les nouveaux professionnels) Après quand on est diplômé IBODE, pour avoir formé des gens qui sont là en transit, et bien maintenant, je me refuse de les former, parce que pour les avoir formés avant, ils ne s'investissaient pas. Y en a d'autres non, mais il y en a certains oui ! Et ça c'est très pénible. S'ils non pas envie d'être là, ils laissent la place à d'autres qui ont envie et qui s'investissent dans ce qu'ils font au moins un minimum. Face à des gens qui n'ont envie que de partir avant l'heure ou quand il y a un programme qui est lourd ... Je ne sais pas comment l'expliquer : ils font tout pour marcher à reculons. (...) des gens qui refusaient d'apprendre le nom des instruments et qui voulaient instrumenter... » (E4)

Un infirmier parle de ce manque de motivation, de rigueur néfaste pour la qualité des soins de la façon suivante :

« Je constate que je deviens un ancien dans le bloc et les choses vont obligatoirement changer car les états d'esprit évoluent, les générations après moi. (...). Je trouve aujourd'hui que l'aspect personnel ou l'aspect de vie personnelle intervient plus dans la vie professionnelle. Je n'ai pas le souvenir que les contraintes personnelles interféraient autant dans la vie professionnelle. Aujourd'hui, il y a énormément de collègues en fait, qui demandent une modification, qui apporte des contraintes dans un fonctionnement professionnel dues à leurs contraintes personnelles qui naissent de leur vie privée. Ça a une ampleur telle que ça a des répercussions qui ne sont pas forcément positives sur le patient. Ça a une interférence sur la qualité des soins parce qu'il y a plus d'absentéisme, moins de concentration, moins de rigueur » (E7).

Enfin, une jeune IBODE nous fait part que « les gens viennent chercher un salaire, ils se moquent de leur travail. Je suis effrayée, on fait le planning en tenant compte des problèmes personnels et familiaux. C'est l'institution qui se plie aux problèmes du personnel » (E2).

Les valeurs de l'hôpital ressenties par les IBODE.

L'autre représentation exposée est celle des valeurs de l'hôpital. L'hôpital est présenté comme une entreprise avec une logique correspondante : « une logique d'entreprise de l'hôpital, où il ne faut pas perdre d'argent, où il faut rogner » (E3). Cet IBODE rajoute : « il nous est clairement demandé de faire plus de patients et d'aller toujours plus vite, plus vite ». Il donne un exemple : « Pour des histoires de coup de transport, des containers d'implants arrivent à huit heures pour être utilisés à 11 heures ».

Une autre jeune infirmière expose :

« La santé n'a pas de prix mais elle a un coût. Il faut être rentable, rapporter de l'argent. On est dans une économie de marché et le nerf de la guerre c'est l'argent. Et l'argent il n'y en a pas. Donc y a pas de temps, on est dans une logique comptable, il faut rapporter de l'argent. On a pas les moyens de faire les choses comme on devrait les faire, donc faut faire des choix » (E1).

Aux dires de ces deux IBODE nouvellement diplômés, nous rajouterons le témoignage de l'infirmière détenant le plus d'expérience :

« Il y a eu du changement, on est passé à une ère de rentabilité. La rentabilité fait qu'il faut rentabiliser la salle, rentabiliser le personnel, faut rentabiliser l'intervention, faut rentabiliser... Il y a une notion d'argent, même si on ne parle pas d'argent. En disant, il faut rentabiliser, il y a sous-jacent une notion d'argent. Avant, il y avait une notion de travail ! Une notion de travail où il fallait s'occuper des patients. (...) Il y avait une notion de soulager les patients et d'être au service des patients. Alors maintenant, c'est rentabiliser. Il faut faire des économies, il faut ... ça, ça coute cher, ça c'est pas possible. C'est l'ère TGV rentabiliser. (...) on ne retrouve plus cette rigueur. » (E10, annexe 4).

Nous relevons une fois de plus la notion de pression du temps incontournable, indissociable d'une logique budgétaire semblant faire partie du quotidien de ces soignants.

Synthèse sur les valeurs professionnelles et la conception de soin des IBODE interviewés

Nous avons dans cette partie mis en évidence certaines valeurs professionnelles pouvant dicter les pratiques de ces professionnels. Les valeurs de rigueur, de respect des bonnes pratiques sont mentionnées par la majorité des IBODE. La conception de soin de ces IBODE convoque des valeurs de « prendre soin » car les notions de relation, d'écoute, de réconfort de bien-être sont mises en exergue dans le discours des IBODE.

Nous constatons cependant que si les valeurs professionnelles IBODE revendiquées comme fondamentales pour la profession d'infirmier de bloc opératoire sont décrites spontanément, certaines valeurs comme celles de l'hôpital ou de certains nouveaux professionnels en bloc opératoire sont clairement dénoncées. Ainsi, une infirmière déclare : *« on ne parle pas la même langue que la direction. Elle est aux antipodes des soignants ; bien sûr, on a conscience du financier, mais il y a un moment où ... » (E9) .*

Les difficultés de la prise en soin décrites par les IBODE interviewés.

Nous nous baserons de nouveau sur le discours des infirmiers interviewés. Nous détaillons le contexte professionnel dans lequel évoluent ces professionnels. C'est la raison pour laquelle, nous décrivons les conditions de travail des IBODE, les contraintes et les pressions auxquelles ces infirmiers se disent confrontés.

Les conditions de travail dans les blocs opératoires.

Catégorie : Conditions de travail des IBODE	Entretiens n°									
	E1	E2	E3♂	E4	E5	E6	E7♂	E8	E9	E10
Augmentation de l'activité des blocs opératoires			X			X			X	X
Effectif constant ou en diminution	X		X			X	X		X	X
Dépassement de fonction des aides-soignants	X		X			X			X	X
Problèmes sécuritaires récurrents pour le patient	X		X			X			X	
Manque de prise de recul pour une analyse des situations à risque.	X			X	X				X	

Tableau 133 : Conditions de travail des IBODE

Quatre infirmiers relatent un accroissement de l'activité en bloc opératoire. Le nombre d'interventions augmente. Afin d'illustrer l'augmentation de l'activité chirurgicale, nous reprendrons à nouveau le témoignage d'un infirmier : « *il nous est clairement demandé de faire plus de patients et d'aller toujours plus vite, plus vite* ». Mais, comme bon nombre de ces collègues, il continue en spécifiant un manque de personnel qualifié en bloc opératoire : « *Normalement on doit être deux en salle d'intervention. Parce que des fois, il manque du personnel pour x raisons, arrêt maladie, congés, poste vacants... Des fois on est un et on doit gérer pour deux ...* » (E3).

Une autre IBODE ayant plus de cinq ans d'expérience dénonce une évolution négative de la qualité et de la sécurité des soins engendrée par un manque de personnel ou

d'un personnel positionné en bloc opératoire non expérimenté et semblant peu qualifié. Ce fait est majoré par un dépassement de fonction des aides-soignantes dans les rôles d'infirmiers circulant comme le spécifient cinq autres IBODE :

« Ça a beaucoup évolué ces derniers temps, c'est très difficile dans les conditions qui sont à la limite de la sécurité pour le patient par rapport à un manque de personnel. On nous parle de qualité de soins, je ne la vois plus. La relation au patient on ne la voit plus non plus. Et puis il y a l'informatique aussi, ça nous demande du temps le travail informatique. Et puis il faut laisser le patient seul. Je m'y suis refusée, moi je suis là pour le patient avant tout. Et puis, après, il y a le manque de personnel qu'on a eu. C'est très lourd et honnêtement, j'ai eu très peur parce qu'il fallait être dans les trois salles, gérer les patients parce que les gens ne savaient pas. J'étais circulante sur trois salles. On a des aides-soignantes qui ont à nouveau remplacé les infirmières. On a des filles qui arrivent qui ne sont absolument pas formées. Elles arrivent de gériatrie, d'ailleurs, je ne sais pas ce qu'elles faisaient avant, elles vendaient du vin, je ne sais pas quoi. Et voilà, on te met tout ça en salle avec toi. Et là je me suis trouvée confrontée à ça et du coup tu fais pour deux. On n'en veut pas à ces personnes-là mais on a une responsabilité. On met en danger les patients (...) On te met une infirmière étrangère en salle, elle ne comprend pas le français, moi, j'instrumente, tu lui demandes une compresse hémostatique parce que ça saigne, elle comprend rien. C'est grave. On ne peut pas être concentré sur l'intervention, gérer ce qui se passe à côté et j'y arrive mais au bout d'un moment trop c'est trop. Et puis, les pauvres filles elles n'ont pas la notion de tout ce danger et là moi, là, j'ai décapsulé. Ça a été très dur ! » (E6).

Comme elle, ils sont six à nous faire part du personnel insuffisant ou non formé. De la sorte, une jeune infirmière affirme que les moyens alloués sont insuffisants : *« on n'a pas les moyens pour faire ce qu'on devrait faire. On fait mais pas aussi bien qu'on devrait. On fait, on continue à prendre les patients en charge. On est obligé de faire des concessions, de faire des compromis, d'aller jusqu'à prendre des risques, oui ! » (E1).* Une autre explique : *« Avant on était deux infirmières et une aide-soignante en salle ou deux infirmières. Pour moi, c'était extraordinaire. Maintenant, il y en a de moins en moins. On tourne à une infirmière une aide-soignante. (...). Là on ne gère que le minimum et on fait toujours plus vite » (E10).*

Par conséquent, ces infirmiers dénoncent des problèmes de sécurité puisque des *« risques sont pris »* envers le patient et le niveau *« minimum »* de soin exigible se voit juste assuré.

Encore, quatre infirmiers expliquent qu'il est impossible de prendre du recul pour une analyse de leur pratique. Ils se réfèrent tous à leur équipe. « *C'est compliqué, c'est pas toujours simple de dire ce qui ne va pas. (...) par contre ce que je trouve dommage, c'est qu'on a la tête dans le guidon* » (E9). Un autre infirmier dit : « *on peut plus se retrouver pour échanger, pour partager sur nos façons de travailler, pour améliorer, pour réfléchir* » (E7).

Les pressions ressenties dans les blocs opératoires.

Catégorie : Pressions ressenties par les IBODE	Entretiens n°									
	E1	E2	E3♂	E4	E5	E6	E7♂	E8	E9	E10
Pression budgétaire très forte (notion de rentabilité et d'efficience)	X		X						X	X
Traçabilité chronophage		X				X				X
Logiques médicales et institutionnelles	X								X	X
Pression chirurgicale et institutionnelle.	X		X		X				X	X

Tableau 134: Pressions ressenties par les IBODE

La logique budgétaire est très fortement ressentie, quatre infirmiers nous en font part sans ombrage. Nous ne reviendrons pas plus sur les valeurs de rentabilité décrites ultérieurement. Cependant, la majorité des professionnels déclinent cette notion en nous relatant les répercussions qu'ils ressentent au niveau des soins. Ainsi, ils dénoncent que l'injonction d'effectuer de plus en plus de soins techniques et de les tracer est de plus en plus considérable au détriment de la relation avec le patient : « *Maintenant c'est des actes à exécuter, des dossiers à remplir, des papiers à faire mais plus de contact avec le patient, plus le petit mot gentil pour le rassurer ou pour lui montrer qu'on l'accueille, voilà c'est la check-list, la check-list, faut surtout pas oublier la check-list, le nom, le prénom, la date de naissance, le « vous n'avez pas bu, pas mangé, pas fumé », surtout faut bien remplir toutes ces cases mais le côté relation humaine, voilà il y est moins, moi je trouve qu'il y a est moins. C'est la check-list, les dossiers, les papiers, c'est fou ça, mais c'est fou* ». Auparavant cette

même professionnelle avait précisé au sujet des patients : « *ce ne sont plus des patients, ce sont des interventions* » (E 10).

Une infirmière expérimentée affirmera que ce qui importe pour la direction ce sont les indicateurs de performance : « *la direction ne voit que ses petits chiffres et le taux d'occupation des salles* » (E9).

Notons aussi que trois professionnels spécifient que les documents de traçabilité sont de plus en plus chronophages. Ainsi, une infirmière expérimentée souligne ce caractère : « *Ça demande du temps de faire tout ce travail informatique, il y en a qui cible directement l'ordinateur, donc le patient est laissé complètement, et ça moi, je m'y suis refusé donc je fais tout au dernier moment avec l'outil informatique* » (E 6). Deux jeunes professionnelles quant à elles soulignent la répercussion sur les soins de cette traçabilité. La première l'expose dans les termes suivants : « *La traçabilité ça m'accapare beaucoup de temps sur l'ordinateur. J'ai conscience que le temps que je passe sur l'ordinateur produit une baisse de vigilance sur les soins faits en salle. C'est pas l'idéal* » (E5). La seconde affirme que les renseignements de ces documents augmentant interfèrent sur la prise en charge relationnelle avec le patient : « *Beaucoup de perte de temps dans la multiplication des documents de traçabilité. J'ai l'impression que j'ai besoin d'une secrétaire. Vingt minutes à faire la traçabilité, c'est vingt minutes que je ne passe pas auprès du patient, c'est dommage, c'est pénible, c'est beaucoup* » (E2). Cette même infirmière tient à nous faire remarquer que ces documents ne considèrent pas toutes les dimensions des soins : « *Les documents qualité, ils ne prennent pas en compte tout* ». De la même façon, l'infirmier le plus âgé note une perte de sens et que la dimension relationnelle n'est pas prise en compte. De la même manière, il souligne une seule application pratique sans finalité clairement énoncée de l'ensemble de ces documents : « *il y a des supports mais il n'y a pas de guides. Si les personnes qui travaillent ne s'intéressent pas notamment aux façons de faire. On n'a pas forcément les moyens pour adapter ces gens aux façons de faire. On comprend pas ce qu'on fait, il n'y a pas de sens. (...) Ce sont des choses très techniques. C'est très pragmatique, c'est du concret. La relation avec les gens n'est pas notée* ». (E7).

Nous devons également aborder les logiques chirurgicales et institutionnelles décrites par les infirmiers. Ces dernières semblent différer de celles des infirmiers. Ainsi, une professionnelle se questionne quant à la manière de prendre en charge les opérés. Elle regrette que les arguments de la hiérarchie ne soient soutenus que par une logique de rentabilité. Il

semblerait que la prestation des IBODE au regard d'une gestion des risques soit considérée au second plan par l'encadrement :

« J'ai l'impression qu'ils ont besoin de mains, juste. J'ai l'impression qu'on est là et qu'on est plus reconnu à notre statut. Il faut du personnel pour faire avancer le schmilblick. Savoir quelles seront ses compétences alors là, si les risques sont gérés ... on s'en fout complètement du moment qu'il y a la personne en salle pour faire avancer le schmilblick. Moi c'est ce que je ressens et ça me met hors de moi » (E6).

Notons aussi que certains professionnels s'insurgent devant une considération des patients par certains chirurgiens. Ainsi, une autre professionnelle dira en parlant des chirurgiens : *« c'est quoi pour eux, les patients, des morceaux de viande ? » (E2)*. Une autre affirmera : *« moi, je ne travaille pas sur des boîtes de conserve » (E9)*.

Synthèse sur les difficultés ressenties par les IBODE

En nous référant aux déclarations de ces professionnels, nous notons que les exigences du système dans lequel ces infirmiers travaillent peuvent occasionner des situations délicates. En effet, les infirmiers mentionnent une insuffisance de moyens alloués. Ces moyens seraient insuffisants face à une augmentation de l'activité chirurgicale. Ainsi, ils engendreraient une prise de risques majorés et une qualité à parfaire. Les pressions chirurgicales et institutionnelles peuvent ainsi générer des tensions car les infirmiers doivent prendre en charge de plus en plus de patients dans une même journée opératoire. Notons de même que les interventions peuvent être d'une complexité élevée et qu'elles demandent de l'anticipation et de la réactivité face à certains aléas ou dysfonctionnements.

L'inconfort psychologique des infirmiers.

Précédemment, en mobilisant la théorie de la dissonance cognitive, nous avons supposé qu'un inconfort psychologique pouvait apparaître chez certains soignants. Il serait provoqué par un comportement problématique. Ainsi, l'infirmier mobiliserait des cognitions inconsistantes générant cet inconfort. L'IBODE serait motivé par la suite afin de réduire cet état insupportable. Ainsi, des stratégies de réduction, des justifications seront mobilisées pour minimiser cet inconfort jusqu'à un seuil tolérable pour l'IBODE.

Pouvons-nous constater cet inconfort psychologique chez les IBODE interviewés ? Premièrement, nous mettrons en évidence le comportement problématique pouvant engendrer cet inconfort. Ensuite, nous essaierons de mettre en exergue les cognitions présentes pouvant être consistantes ou non entrant dans le calcul du taux de dissonance. Par la suite, nous constaterons les manifestations de rationalisation. N'oublions pas que lorsqu'une personne ressent un malaise psychologique, celle-ci génère un état motivationnel. Elle sera donc amenée à réduire cet inconfort en apportant des cognitions supplémentaires. Nous prendrons donc en compte les modes de réduction d'un éventuel inconfort psychologique face aux violations effectuées. Rappelons de surcroît que ces stratégies de réduction sont de « symptômes » d'états de dissonance cognitive.

Les violations routinières

Rappelons que ces violations sont tolérées par la hiérarchie et font partie intégrante des pratiques professionnelles au quotidien. Nous avons relevé trois types de violations routinières majorant toutes les risques encourus par le patient pris en charge au bloc opératoire.

Les manifestations d'inconfort psychologique

Face à la première de ces violations décrites, celle concernant un accueil perfectible, certains de ces huit infirmiers décrivent un agacement, tandis que d'autres ne montrent aucun signe d'inconfort (E 3 et E5). D'autres, comme l'IBODE 6 et l'IBODE 10, nous font part

d'un « *épuisement* », d'un fort inconfort psychologique puisque pour elles cette situation est « *terrible* » et « *intolérable* ».

Face à la deuxième violation au regard de pratiques perfectibles face aux respects des circuits, de l'asepsie progressive en bloc opératoire, les manifestations d'inconfort sont moins importantes. Cependant une infirmière sur les deux dénonçant cette violation semble énervée puisqu'elle « *râle* ». Une infirmière en décrivant les actions correctives qu'elle met en place au quotidien semble aussi désabusée puisqu'elle n'arrive pas à garantir les bonnes pratiques en bloc opératoire.

La troisième des violations dénoncées est celle d'un nombre trop élevé de personnes en salle. Pour cette dernière aucune manifestation d'inconfort ne semble décrite.

Les cognitions en présence

Accueillir le patient pris en charge d'une manière non satisfaisante

La première des violations, celle la plus dénoncée concerne l'accueil des patients. En effet, ce dernier semblerait nécessiter plus d'individualisation lors de ce soin relationnel très important pour la majorité des IBODE. Il semblerait qu'il ne soit pas personnalisé et adapté à une prise en charge centrée sur la personne opérée puisque « *le rôle à la base d'infirmière et le contact et le côté un peu rassurant* » (E10) est laissé pour compte. Même, au contraire, l'accueil prodigué peut être impersonnel voire même irrespectueux puisqu'une infirmière avoue que les patients sont considérés comme des organes à opérer : « *on a l'impression que voilà, c'est même plus des patients, c'est des interventions, c'est même plus M. Untel ou Mme Untel, c'est la vésicule, l'appendoc, le colon* » (E10). Ainsi, différentes cognitions inconsistantes sont en présence. Nous constatons d'une part, que les valeurs de « *faire du soin* » sont présentes. D'autre part, elles affrontent celles du prendre soin décrites et soutenues par les infirmiers. De même, cette façon d'accueillir les patients ne semblent pas en corrélation avec la qualité décrite par les infirmiers puisque la relation « *humaine* » doit être privilégiée dans le soin. De plus, rappelons que ces IBODE disent avoir choisi cette profession pour aider leurs semblables et qu'être infirmier c'est privilégier la relation humaine pour soulager la personne prise en charge. De la sorte, différentes cognitions sont inconsistantes et influent sur le taux de dissonance que ressentent les IBODE interviewés.

Tolérer un nombre important de personnes en salle

La deuxième violation est aussi en rapport avec le risque infectieux car un nombre important de personnes en salle d'interventions majore ce risque. Dans ce cas-là aucun inconfort est noté, pourtant différentes cognitions semblent présentes et opposées.

Ne pas respecter les règles d'asepsie progressive

La troisième violation provoquant moins d'inconfort, confronte diverses cognitions. Tout d'abord, les infirmiers se sentent garants de la gestion des risques en bloc opératoire comme le spécifie le Code de la Santé Publique. Cependant, dans ce cas là, le risque infectieux semble majoré puisque les bonnes pratiques ne sont respectées malgré leur préconisation face à certains personnels médicaux.

Quels sont alors les modes de rationalisation de ces infirmiers ?

Les modes de réduction

Nous avons vu que différents modes de réduction de la dissonance cognitive existent. Afin de justifier les violations commises, quels modes de réduction seront mobilisés ?

Accueillir le patient pris en charge d'une manière non satisfaisante

Tous les infirmiers justifient un accueil perfectible par un manque de temps. Ils ne prennent pas suffisamment de temps pour accueillir le patient : « *il faut du temps et être disponible* » (E 6), « *on a l'impression que le temps nous échappe (...) c'est toujours dans l'urgence, dans la vitesse, il faut se dépêcher* » (E10). Un infirmier précise qu'il effectue l'accueil après avoir préparé la salle d'intervention et le matériel. Dans ces trois discours, les infirmiers utilisent le « *on* ».

Pour les deux infirmières se sentant épuisées, l'apport de cette cognition supplémentaire ne suffit pas pour réduire leur ressenti. Cependant l'infirmier argumente plus tard dans son discours, « *comment voulez-vous que je fasse autrement* » (E3). Une autre IBODE déclare que sa formation d'infirmier spécialisé lui a permis de mieux optimiser un court instant pour favoriser l'accueil du patient.

Ne pas respecter les règles d'asepsie progressive

Au regard du troisième type de non-respect, les infirmiers manifestent un énervement. En voulant faire respecter des règles de bonnes pratiques en bloc opératoire, ils se positionnent devant certains personnels médicaux mais en vain. Une infirmière (E 9) déclare : « *ce n'est pas de notre faute, on peut difficilement faire autrement, et puis, il n'y a pas plus d'infection que ça.* ».

Ainsi, nous mettons en évidence certains modes de réduction qui permettent de pointer une dissonance que les infirmiers souhaitent réduire :

Le changement d'attitude : rappelons qu'il « *permet d'ajuster les éléments impliqués dans la relation d'inconsistance de manière à se conformer à la cognition la plus résistante* » (Vaidis, 2011, p.136). Il prend alors la forme d'une justification *a posteriori* face au comportement problématique permettant un changement d'attitude vers le comportement commis, ici, la violation routinière. Nous soulignerons alors un type de changement d'attitude : la rationalisation cognitive. Elle permet d'apporter une rationalité au comportement émis. Elle essaie de rendre « *rationnelle* » la violation. Ainsi, le temps dont disposent les infirmiers ne peut permettre un accueil personnalisé. Une IBODE (E10) décrit une « *ère de rentabilité* », dans la vie de tous les jours il faut aller de plus en plus vite : « *on court, (...) c'est la vie de maintenant* » (E10). Une autre affirmera qu'elle a juste le temps de saluer le patient ;

L'explication causale des conduites : face à toutes les violations routinières décrites ici, tous les infirmiers affirment qu'ils ne disposent pas assez de temps. Ainsi, ils apportent une explication externe et situationnelle pour justifier les raisons pour lesquelles ils effectuent l'acte problématique de la violation : « *on n' pas le temps ! On n'a pas le temps, c'est terrible*

car on en oublie le patient, on n'a pas le temps pour notre rôle d'infirmière, pour rassurer » (E9) ;

La trivialisation du comportement : une infirmière (E5) réduit l'importance de la violation réalisée face au risque infectieux majoré par un nombre important de personnes en salle en affirmant qu'il n'y aura pas plus de risque pour le patient ;

Le déni de responsabilité : une IBODE déclare que la lutte pour faire évoluer les chirurgiens vers de meilleures pratiques est utopique. Elle invoque leur résistance et va presque les en disculper :

« On a la possibilité, mais pas toujours quoi, pas toujours. On essaie de le faire dans les bonnes pratiques, on essaie mais des fois on se bat un peu contre des moulins à vent, moi je dis des fois on est un peu comme Don Quichotte avec les moulins à vent parce que pour arriver à faire comprendre qu' il faut se protéger, il faut protéger la peau pour mettre des prothèses, il faut se laver les mains et pas juste comme ça avec le savon, il faut mettre la solution hydro alcoolique sinon c'est..., pas changer de gant quand on prend une prothèse, une plaque c'est se battre quoi, c'est se battre contre des gens qui vous disent cela fait 20 ans que je fais comme ça, ce n'est pas maintenant que je vais changer, c'est terrible quoi, il y a 50 ou 60 ans on ne mettait pas de gants et pourtant on a changé, on met des gants, (...)mais c'est tellement difficile pour eux de changer les habitudes, les choses ancrées, tellement compliqué, voilà » (E10) ;

La sur confiance : une IBODE affirme que même si le temps lui manque et que cela reste difficile, l'accueil qu'elle effectue est de bonne qualité puisqu'elle a des compétences certaines pour le garantir depuis sa formation d'IBODE : *« C'est compliqué de prendre le temps, car il faut plus de rentabilité pour plus ... il faut optimiser sa manière d'être, potentialiser ce court instant où la personne arrive dans un milieu hostile et impersonnel. Il faut le soulager. Alors, on comprend pourquoi on a fait ce métier-là » (E1)*

Synthèse : violations routinières / inconfort psychologique / modes de réduction

Nous pouvons noter que les affects auto-rapportés par les IBODE ayant dit commettre de violation de routine sont : l'agacement, l'épuisement qualifié de terrible et d'intolérable. Ainsi, nous pouvons considérer que le malaise psychologique ressenti est très inconfortable car les IBODE le désignent comme insupportable.

Les IBODE les moins expérimentés mobilisent la trivialisation comme mode de réduction pour réduire leur inconfort psychologique (E5) et la sur-confiance (E1). Les IBODE expérimentées mobilisent le changement d'attitude afin de réduire leur inconfort psychologique et le déni de responsabilité (E10).

Les violations par nécessité.

Ces violations dites majeures (Amalberti et *al*, 2006) se produisent pour ne pas bloquer le système. Nous verrons ici que quatre violations sont commises dans le but d'assurer une continuité des soins dans un contexte où les pressions temporelles sont ressenties aussi comme augmentant.

Les témoignages d'inconfort psychologique

Au regard de ces violations trois infirmières (E10, E 9, E6) se sentent « *fatiguées* » et « *épuisées* ». Une infirmière épuisée et qui ne veut pas cautionner certains fonctionnements déclare : « *Je suis fatiguée, je ne vois pas le bout du tunnel, ça m'effraie* » (E6). Une infirmière nous décrit sa « *bataille* » pour garantir la gestion des dispositifs médicaux stériles. Elle déclare : « *on bataille, on bataille, on est tirillé, fatigué, épuisé. Je me suis demandé si j'allais partir. On est plusieurs, mais il n'y a pas d'endroit idéal, c'est le contexte général, partir ce n'est pas la solution. C'est difficile, on ne va pas au travail sereinement. C'est épuisant !* » (E9)

Un infirmier expérimenté avoue ne plus être « *épuisé* » mais témoigne qu'il a le « *sentiment de mal faire son travail* ». Il décrit aussi face à ces violations une « *colère* » qu'il dit s'estomper. Il explique plus tard au cours de l'entretien : « *on a une baisse de moral, moins de combattivité, un sentiment d'impuissance, être dans le marasme, ne pas voir d'issue (...) on accepte de fonctionner comme ça, mais on est plus dans les bonnes pratiques. (...) On a une baisse d'énergie On a un épuisement psychologique et même physique, j'ai plus vingt ans* ». (E7).

Une infirmière à l'expérience moins longue manifeste un certain « *agacement* » : « *ça m'agace et je ne vais pas le supporter longtemps* » (E2).

Un jeune infirmier ne montre pas de signe d'inconfort alors qu'il dénonce certains dysfonctionnements dans la gestion du matériel : « *l'étape de vérification du matériel saute* ». Plus tard au cours de l'entretien, il relate : « *le matériel n'est pas traité, c'est mal fait ou pas*

fait », il rajoute en décrivant un autre dysfonctionnement : « *un jour un patient sera endormi sans le matériel nécessaire à son intervention* ».

Les cognitions en présence

Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant

La première des violations décrites par la majorité des infirmiers est celle concernant le glissement de tâches et de fonctions des aides-soignantes. Rappelons-nous qu'une infirmière témoigne qu'elle forme une aide-soignante à des pratiques infirmières. Ainsi, nous constatons que face à ces comportements problématiques, différentes cognitions semblent dichotomiques. Ces violations provoquent un risque majoré pour le patient. La première violation permet à des personnels non qualifiés d'effectuer des soins infirmiers. Ainsi, ils exercent de manière illégale la profession d'infirmier et engagent leur responsabilité. Cependant, celle de l'IBODE est aussi engagée puisqu'il doit répondre de ce glissement de tâches car il ne s'y oppose pas. Ainsi, les valeurs de responsabilité décrites par les IBODE sont mises à mal. Sans prendre en considération cette notion de responsabilité, nous pouvons mettre en évidence un manque de sécurité dans les soins et d'une gestion des risques effectués par des personnels non formés et non qualifiés. De plus, nous pouvons aussi considérer que le positionnement de ces infirmiers n'est pas notable dans leur propos puisqu'ils ne manifestent que rarement leur désapprobation auprès de leur hiérarchie. Ainsi, la valeur soutenant le positionnement professionnel pour la non-tolérance de mauvaises pratiques est inconsistante avec la cognition génératrice.

Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de manière non satisfaisante

La deuxième violation décrite est celle concernant la check-list sécurité patient. En effet, son renseignement pourrait être amélioré face aux recommandations de la HAS. La manière de remplir et renseigner le premier temps ne serait pas satisfaisante. Le deuxième temps n'est pas fait équipe complète. Quant au troisième temps il est rempli aussi de manière perfectible.

Nous retrouvons les mêmes cognitions opposées dans la deuxième violation. La sécurité est perfectible et non satisfaisante au regard des valeurs de rigueur et des exigences élevées de ces professionnelles se voulant être dans une maîtrise maximum. Ainsi, les risques d'erreur d'identité, d'intervention et de côté sont majorés et vont à l'encontre de la volonté de soulager les opérés.

Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux

La troisième violation engendre une prise de risque majorée pour le patient. Les infirmiers ne s'assurent pas de la bonne préparation du matériel dont ils ont l'entière responsabilité. Un matériel non disponible peut avoir des conséquences importantes pour le bon déroulement de l'intervention et donc pour le devenir du patient.

Quatre infirmiers révèlent que la préparation des dispositifs médicaux et leur gestion peut être améliorée en vue d'assurer au mieux les interventions chirurgicales. Deux infirmières expliquent que ces dispositifs médicaux doivent être gérés dès la veille de l'intervention pour vérifier leur disponibilité, leur stérilité. De plus, les dispositifs implantables doivent eux aussi être vérifiés avant la prise en charge du futur opéré. Un infirmier nous fait part de matériel en prêt arrivant quelques heures avant l'intervention chirurgicale. L'étape préalable à leur stérilisation, c'est-à-dire leur vérification n'est pas effectuée. Ces dispositifs médicaux sont réceptionnés le matin même de l'intervention qui aura lieu en fin de matinée de la même journée. Mais, pour ce faire, leur vérification (complétude, bon fonctionnement ...) n'est pas effectuée. Encore, ce même infirmier nous relate que certaines boîtes d'instrumentations ne sont pas traitées de manière satisfaisante en fin de journée. Une incertitude persiste alors : le matériel nécessaire pour les interventions sera-t-il disponible ? Par ces témoignages, les IBODE mobilisent des cognitions consistantes avec l'acte problématique puisqu'elles augmentent le nombre de cognitions. Cependant, les valeurs de rigueur, de sécurité et de confiance sont inconsistantes à ces cognitions.

Etre infirmier circulant sur deux salles

La dernière violation par nécessité est celle que deux infirmiers commettent, c'est-à-dire remplir le rôle de circulant sur deux salles d'interventions donc pour deux patients

simultanément. Cela implique une vigilance perfectible dans ce rôle-là puisque un même infirmier ne peut garantir la sécurité dans deux salles en même temps car il n'y assure pas une présence continue. Nous constatons alors que les valeurs sécuritaires, de rigueur et d'application des bonnes pratiques sont inconsistantes avec cette violation par nécessité. Rajoutons aussi que les valeurs « juridiques », de positionnement viennent compléter les cognitions inconsistantes et ainsi augmenter le taux de dissonance.

Les modes de réduction

Les modes de réduction vont nous permettre de mettre en évidence les états d'inconfort psychologique de certains IBODE. Ils sont aussi de différents types :

Le changement d'attitude : Les infirmiers interviewés apportent des cognitions allant dans le sens du comportement problématique pour le rendre plus rationnel. Ainsi, un infirmier ne signalant aucun inconfort moral va décrire différentes notions pour justifier un non-respect de la procédure de la check-list. Il va affirmer que le premier temps de la check-list sécurité patient n'est pas assuré comme les préconisations de la HAS. En effet, il devrait effectuer les contrôles conjointement avec l'infirmier anesthésiste et le médecin anesthésiste. Chacun devrait poser des questions et mettre en commun leurs informations lors de l'accueil du patient au bloc opératoire. Pour argumenter le fait qu'il ne repose pas les questions au patient, il mentionne que la répétition de ces questions peut être anxiogène pour le futur opéré : « *on ne veut pas stresser le patient, on ne va pas le harceler* » (E3). De plus, il réitère ces valeurs de travail en équipe en signifiant qu'il est convaincu que les contrôles effectués par l'infirmier spécialisé en anesthésie sont faits de manière correcte : « *aussi ,on se fait confiance* » (E3). Il ajoute aussi de nouvelles cognitions en précisant que tous les items de la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » ne sont pas indispensables pour effectuer une prise en charge sécuritaire : « *tout ce qui est dans la check-list n'est pas indispensable à l'intervention* » (E3). Enfin, il apporte un élément supplémentaire. Il baisse le degré souhaité d'exigence de qualité lors de la prise en charge des patients : « *il faut accepter, ça pourrait être mieux fait, après chacun a sa rigueur !* » (E3) ;

Le support social : L'infirmière E9 déclare : « *on est plusieurs (...).Y en a qui sont parties, d'autres qui laissent couler et d'autres qui résistent. Moi je résiste, je bataille (...). Ça fait un an que ça dure, on a fait des signalements. On signale et on se couvre* » (E9). De la

sorte, elle renforce son attitude initiale pour réduire son inconfort en s'alliant à d'autres infirmières ayant les mêmes convictions qu'elle. Elles se liguent pour dénoncer un dysfonctionnement dans lequel elles interviennent : la mauvaise préparation et gestion du matériel. Elle rajoutera ensuite qu'elle va souscrire une assurance professionnelle tout en encourageant ses collègues de faire pareil car sa responsabilité est tout de même engagée.

La trivialisation : Une infirmière expérimentée (E9) apporte dans son discours un élément supplémentaire pour réduire l'importance de son comportement. Elle dévalue l'importance de la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » en mentionnant qu'elle l'avait toujours faite bien avant son exigibilité : « *on l'a toujours faite et bien avant, on a pas attendu* » (E9). Un infirmier argumente en disant qu'il n'y a pas de dysfonctionnement, que tout ce passe bien depuis des mois.

L'explication causale : nous retrouvons dans ces violations par nécessité les explications amenant à la justification des raisons qui ont poussé les professionnels à les commettre. Le facteur des pressions temporelles est toujours présent. Deux infirmières le mentionnent : « *aller plus vite* » (E9 et 10). L'infirmière la plus ancienne répète dans son discours plusieurs fois « *plus vite, plus vite* » après des silences s'étalant de 10 à 15 secondes. Nous voyons ici apparaître une justification nouvelle. Elle est en lien avec la pression de la demande en soins. L'IBODE le plus jeune, semble se décharger en spécifiant que la prise en charge chirurgicale contribue au mieux-être du patient : « *il y a tellement de gens qui vont mieux après leur passage au bloc* » (E 3). Il minore ainsi les risques encourus par le patient face au mieux-être que l'intervention chirurgicale apportera. En quelque sorte, il se disculpe d'une certaine majoration des risques pris involontairement par le patient.

Le déni de responsabilité : trois professionnels mentionnent que la check-list n'est pas correctement faite car les acteurs médicaux (anesthésiste et chirurgien) ne sont pas disponibles ou ne veulent pas contribuer aux vérifications : « *la check-list, elle n'est pas faite par les anesthésistes, alors comment on fait ?* » (E9). Une jeune IBODE mentionne : « *je me suis heurtée aux résistances de ces messieurs, ça m'agace car il ne faut pas grand-chose pour travailler selon les recommandations* ». (E2). Face à la violation de préparation et vérification des dispositifs médicaux nécessaires aux interventions certains infirmiers réfutent leur responsabilité. Ainsi, le même infirmier (E3) déclare que « *les heures supplémentaires sont interdites* » pour reconditionner. L'IBODE la plus ancienne déclare que c'est la société, notre

mode de vie qui est coupable d'un certain laisser faire d'un « *approximatif* » et d'une contrainte temporelle augmentant et générant une sécurité et qualité moindres :

« Voilà, moi je trouve qu'on est passé à l'ère de l'approximatif. C'est approximatif. On a juste le minimum pour faire, après on fait juste le minimum et après on passe, on ne va surtout pas essayer, je vais essayer de faire ça pour m'investir, anticiper pour demain pour être sûre que la collègue n'ait pas de souci, parce qu'on se dit après tout pourquoi moi, pourquoi pas les autres, et on est pris dans cette spirale et on rentre dans cette spirale et voilà, et inconsciemment, on se dit après tout ça va, je ne vais pas m'amuser à rester, à préparer le programme, voilà. On est pris là-dedans. (...) On sent tout le monde qui se décharge, je fais ça et puis c'est bon, tout le monde se décharge un petit peu, il y a moins d'investissement, moins de.... C'est lié au fait, au problème que l'on a actuellement, à un ras le bol, on est un peu dégouté, on est épuisé, fatigué, voilà il y a moins d'investissement. Bon, ça évolue, les gens évoluent, la vie évolue, la façon de vivre évolue, la façon de travailler (...). Ça se cale aujourd'hui sur la vie de tous les jours, parce que, on a presque le sentiment des fois de se dire on part c'est l'heure de travailler, on fait notre travail, on court, on court, on court, on se dépêche, on va à droite, on va à gauche, on fait ça, on revient, on repart. Ha ! C'est l'heure de partir vite je pars, je fais autre chose derrière, je cours, je continue dans la même lancée, courir, courir, courir et le lendemain matin, je reviens et j'ai pas l'impression d'être partie et je vais recourir, c'est la vie de maintenant, on n'arrive plus à se poser. On se culpabilise des fois de se dire je vais me poser » (E10).

La sur confiance : Il est intéressant aussi de relever que le jeune infirmier ajoute après qu'il ait décrit et apporté certaines justifications aux non-respects : « *globalement on ne travaille pas trop mal* » Tout en utilisant le pronom « *on* », il se percevait comme compétent et efficace. Cependant, il ne se désolidarise pas de son équipe qui lui permettrait d'avoir des compétences collectives certaines. De la même manière, il met en avant ses connaissances et son expérience quand l'interviewer lui demande d'expliquer sa prise en charge lorsqu'il utilise sur le champ opératoire un matériel, un ancillaire pour un implant prothétique qu'il ne connaît pas. Il nous rétorque alors : « *on connaît les grandes lignes des ancillaires, il n'y a pas de surprise, depuis le temps que je suis dans ce bloc...* » (E3).

Synthèse : violations par nécessité / inconfort psychologique / modes de réduction

Nous pouvons noter que les affects auto-rapportés par les IBODE ayant dit commettre des violations par nécessité sont : la fatigue, l'épuisement qualifié d'effrayant et l'agacement. Ainsi, nous pouvons considérer que le malaise psychologique ressenti est très inconfortable.

Les IBODE les moins expérimentés mobilisent le changement d'attitude (E3) l'explication causale comme (E3), la sur-confiance (E3), et le déni de responsabilité modes de réduction pour réduire leur inconfort psychologique. Les IBODE expérimentées mobilisent le support social (E9), la trivialisiation (E9), l'explication causale (E9, E10) et le déni de responsabilité (E10) afin de réduire leur inconfort psychologique. Nous constatons qu'un même IBODE peut mobiliser différents modes de réduction.

Les violations par commodité

Ce type de violation majeure a été décrit par deux IBODE (E1, E3). Ces deux professionnels témoignent de certains modes de réduction.

Les manifestations d'inconfort psychologique

L'IBODE 1 diplômée depuis moins de cinq ans décrit un certain malaise psychologique, un épuisement en relatant le non compte des textiles auquel elle participe activement. Elle utilise des termes forts : « *vivre avec sa conscience* », « *malaise* », « *écœurée* ». Elle témoigne en ces mots :

« Mais après faut vivre avec sa conscience parce que s'il arrive quelque chose de très grave pour le patient, ou une compresse qui sera oubliée ou un bout d'instrument, un bout de textile qui fait une infection, ça peut être très lourd de conséquences et ça a un coup pour la société. Et je veux dire qu'on est responsable de ça et faut vivre avec sa conscience. Et bien un sentiment de malaise, avec ce malaise depuis la sortie de l'école d'IBODE, c'est là que j'ai pris conscience de tous ces risques-là. Ça fait plus d'un an, un an et demi, même plus... (..) On est très écoeuré, on a le sentiment de ne pas faire son travail comme il devrait être fait, la solution c'est sortir de là. Le travail devient alimentaire, on s'épuise ça devient épuisant moralement, pour moi c'est écœurant, on abandonne certains de ses idéaux. On est obligé de faire des choix. (...) Et le jour qu'on me dira qu'on a oublié une compresse je me sentirais très très mal à l'aise » (E1).

Le deuxième infirmier récemment diplômé ne relate pas d'inconfort particulier, cependant il apporte des éléments pour expliquer ses actes.

Les cognitions en présence

Dans le témoignage de l'infirmière, nous retrouvons certaines cognitions se confrontant. Il faut noter qu'ultérieurement elle décrit l'infirmière de bloc opératoire diplômée d'état comme une professionnelle rigoureuse, exigeante envers elle-même et ayant une responsabilité et des devoirs de gestion des risques envers le patient. Ainsi, elle est consciente qu'en ne comptant pas les textiles, elle « *fait prendre des risques au patient* ». Elle qualifie

ces risques de « *très graves* ». Elle majore ce fait en ajoutant une cognition qui viendra créer de surcroît un déséquilibre supplémentaire : le coût encouru par la société. Dans son discours, cette infirmière nous révèle ses cognitions dissonantes et apporte des données supplémentaires étant consonantes. Comment va-t-elle alors essayer de rétablir un certain équilibre pour réduire son inconfort psychologique ?

Les modes de réduction

Spontanément, cette professionnelle va nous décrire ses stratégies pour réduire son inconfort psychologique. « *Pourquoi on ne le fait pas ?* »

L'explication causale de sa conduite : elle se excuse en précisant un manque de personnel et de temps, un manque d'organisation de ces collègues, des chirurgiens ne voulant pas compter : « *Le compte des textiles pourquoi c'est pas mis en place dans notre bloc ? Parce qu'il y a des réticences mais parce que aussi ça demande du temps et que ce temps-là, on ne l'a pas forcément. En tout cas, on ne veut pas le prendre. Et ça n'arrange personne de le prendre* ». (...) « *Parce qu'on n'a pas de personnel, dans le sens où dans cette spécialité on devrait avoir deux infirmiers par salle et qu'on n'a pas deux infirmiers par salle. Que des infirmières n'aient pas forcément cette idée de compter. Et quelles ont du mal à se projeter pour savoir quelle organisation on pourrait avoir pour compter les choses. Et les chirurgiens ne sont absolument pas réceptifs. Donc, ça fait beaucoup de résistance. Et c'est compliqué* ». (E1)

Le support social : elle stipule que son équipe appuyée par le cadre de santé responsable du bloc opératoire est en train de réfléchir à traiter ce dysfonctionnement dommageable pour le patient. Elle intègre même dans ces propos une personne ressource extérieure à son équipe mais pouvant les aider. Elle renforce une cognition qu'elle a apportée précédemment sur le niveau de complexité, elle précise alors que l'ensemble de l'équipe pense comme elle en rajoutant un « *très* » : « *c'est très compliqué* »

« *C'est quelque chose qu'on discute en équipe. Notre cadre est réceptive à ce problème. Elle a conscience du risque elle souhaite organiser justement le compte des textiles au moins sur les rachis puisque sur les autres interventions pour avoir réfléchi avec l'ensemble de l'équipe on ne voit pas vraiment de solution dans le sens où c'est très compliqué de compter ces cotons à ficelle. Donc on est en train de se mettre en relation avec le cadre responsable de la gestion des risques. On a commencé un petit peu à recenser nos besoins matériels tel que le tableau blanc dans les salles, à isoler les dispositifs médicaux stériles qui auraient besoin d'être*

compté. On souhaiterait aussi intégrer le compte des instruments tant qu'à parfaire la situation. Et on est en train d'amorcer la méthode, sur les règles pour qu'on puisse y passer » (E1).

La trivialisation : elle tente de diminuer l'importance des éléments impliqués dans la relation d'inconsistance en minimisant le risque car les interventions où le risque d'oubli de compresse prédomine ne sont pas fréquentes. Elle spécifie de plus que certains textiles sont fortement reconnaissables *in situ* : *« Mais ces interventions ne sont pas les plus fréquentes, c'est une intervention sur dix. Pour les autres, la situation n'est pas forcément la même car le risque n'est pas de la même manière. Les textiles dans le cerveau n'ont pas le même mimétisme avec leur milieu et ils ont des ficelles qui dépassent et ces ficelles, elles ne tombent pas et on ne les coupe pas ».*

Le déni de responsabilité : elle tente de réduire son sentiment de responsabilité en reportant l'imputation de l'acte au chirurgien : *« On a différents acteurs qui seraient volontaires du côté paramédical mais on a une résistance des chirurgiens qui ne voient pas l'utilité de ce compte, c'est perdu d'avance » (E1).* De même, elle explique que son positionnement est improbable dans une équipe qui l'ayant connue avant ces études d'IBODE ne lui apportera aucune légitimité ou crédibilité : *« C'est plus facile de se positionner en tant qu'étudiant que d'imposer un compte avec des personnes avec qui on a déjà travaillé. Peut-être que mon erreur elle vient de là. En étant diplômée IBODE, il était plus judicieux d'intégrer une nouvelle équipe où on est une nouvelle équipe qui peut imposer. Arriver avec ce qu'elle est avec ses bagages, pas imposer sa manière de faire, mais se positionner en disant : « écoutez, moi, je compte ». Que dans une équipe qui vous connaît depuis trois ans à qui vous dites, il faut compter » (E1).*

La sur confiance : elle utilise ce mode de réduction en mettant en exergue ses compétences mais simultanément elle apporte des cognitions non consonantes avec les éléments qu'elle vient d'exposer. Elle ne peut transformer cette cognition, comme si, cette sur-confiance était néfaste pour assurer une gestion des risques. Donc, elle crée à nouveau un déséquilibre :

« Sur certaines interventions je suis moins inquiète parce que j'ai l'impression de maîtriser le risque mais c'est un sentiment qui passe. Mais j'ai le sentiment que sur ces interventions, je suis consciente que le risque est moindre d'oublier un textile. Mais d'autres interventions, je le vis avec beaucoup plus d'insécurité surtout sur celle dans le rachis » (...) Les textiles dans

le cerveau n'ont pas le même mimétisme avec leur milieu et ils ont des ficelles qui dépassent et ces ficelles, elles ne tombent pas et on ne les coupe pas. Mais, c'est pas parce qu'on ne les coupe pas, qu'un jour on ne les coupera pas ou qu'elles ne casseront pas ».

Enfin, elle conclura que d'avoir trop confiance n'est pas consonnant avec une gestion des risques mais augmente plutôt la prise de risque : *« C'est un sentiment de sécurité qui est discutable parce que je crois mieux connaître le risque et mieux pouvoir le maîtriser que peut-être pas au contraire c'est beaucoup plus dangereux de voir le risque diminué. C'est une prise de risque calculée on va dire. C'est le sentiment que ça donne, de quasi maîtriser ce risque là sur cette intervention alors qu'en effet avec un peu de recul on peut se poser la question ».*

De la sorte, en ajoutant ces dernières cognitions, elle annule l'ajout des cognitions du mode de sur confiance. L'amplitude de la dissonance reste alors insensiblement inchangée.

Synthèse : violations par commodité / inconfort psychologique / modes de réduction

Nous pouvons noter que les affects auto-rapportés par une IBODE ayant dit commettre de violation par commodité sont l'épuisement, le malaise et l'écœurement. Ainsi, nous pouvons considérer que les inconforts psychologiques ressentis sont très inconfortables.

Cette IBODE faisant partie des IBODE les moins expérimentés mobilise le support social, la trivialisatation, l'explication causale, le déni de responsabilité et la sur-confiance comme mode de réduction pour réduire son inconfort psychologique.

La tolérance de la dissonance

Lors de nos entretiens nous avons noté que différents IBODE décrivent des inconforts, des épuisements qui semblent durer depuis quelques mois. De façon directe, l'infirmière la plus jeune déclare : *« Ça fait plus d'un an, un an et demi, même plus... »* (E1). Au bout de 50 minutes d'entretien, elle dira :

« J'avoue que je suis arrivée à la fin d'un cycle, j'ai atteint ma limite de tolérance, j'ai besoin de renouveau pour ne pas être épuisée, pour pas craquée, pour ne pas baisser les bras, pour ne pas devenir quelqu'un que je ne veux pas être. C'est-à-dire quelqu'un individualiste, de

renfermé, d'aigri. (...). Après j'ai conscience que je ne ferai pas ce métier indéfiniment. Je commence à réfléchir à une reconversion dans 5-10 ans peut-être. Ça vient du fait qu'on a de moins en moins de moyens pour faire ce travail et qu'on rogne de plus en plus sur des choses essentielles, qu'on essaie de nous culpabiliser sur ça et voilà. J'ai appris un magnifique métier, j'ai appris un idéal et c'est trop inquiétant de voir dévier ce métier à l'inverse des critères de qualité que j'ai envisagé. Et je n'ai pas envie de me trouver responsable de quelque chose de grave, j'ai pas envie de baisser les bras, de me laisser broyer par la machine. Il faut prendre ses responsabilités au bout d'un moment et s'il n'y a pas de changement, c'est moi qui vais changer » (E1).

Une autre jeune IBODE précise : *« ça fait deux ans que je tiens. J'ai tenu deux ans et c'est très long. Ça fait un bon moment que je tiens. (...) Je vais essayer autre chose : infirmière libérale. Je vais essayer de faire mes soins au mieux, de me rapprocher de ce qui est optimum pour moi : l'hygiène, la sécurité, le contact ».*

Une autre infirmière de plus de cinq ans d'exercice professionnel IBODE (E6) dira tenir car elle a un confort de vie grâce à son travail : *« Je tiens parce que j'ai un confort de vie ».* Rappelons que cette professionnelle décrit un taux de dissonance important puisqu'elle se sent *« épuisée »*, *« ne voit pas le bout du tunnel »*, se sent *« cassée »* et *« détruite »*. Elle ajoute par la suite, *« Ça va un peu mieux, j'ai pris du recul. (...) je suis arrivée à un point où je me fous de tout. J'en ai gros sur la patate ».* Nous constatons alors que le fait de prendre du recul en arrêtant de travailler pendant quelques jours lui a permis de recouvrer à un seuil de dissonance tolérable. Elle privilégie sa vie familiale. De la sorte, elle apporte une cognition consonante à la cognition génératrice.

Au travers de ces témoignages nous constatons que la durée de tolérance d'un fort taux de dissonance peut être différente. De plus, nous pouvons percevoir que chacune décrit un niveau de tolérance qui devient intenable. Le seuil de leur tolérance de leur inconfort psychologique est différent puisque l'infirmière 5 semble moins *« épuisée »* et déstabilisée que l'infirmière 6.

Synthèse : états d'inconforts psychologiques / modes de réduction

Face à ces résultats, comment mettre en évidence la dissonance éventuelle de ces infirmiers ? Rappelons-nous : selon la définition de Festinger (1957), la dissonance est un état pénible qui motive la personne à le réduire grâce à des stratégies appelées modes de réduction. Ainsi, centrer notre attention sur ces modes de réduction, nous a permis de mettre en évidence à posteriori des états de dissonance que nous ne pouvions observer autrement. Cependant, les infirmiers au travers de leurs témoignages nous ont qualifié ces états possibles. Nous avons ainsi considéré que les éléments conduisant vers une réduction incertaine de la dissonance sont multiples et que l'apport de cognitions ne suffit pas. Il existe donc différentes réponses de la personne pour diminuer son malaise. Cependant, nous avons constaté que malgré les efforts de certains professionnels pour tenter une réduction de leur inconfort, certains n'y parviennent que peu ou pas. Ils portent alors leurs efforts pour atteindre un seuil où leur dissonance deviendrait tolérable. Cependant, ils se sentent menacés, en danger. C'est la raison pour laquelle certaines professionnelles semblent vouloir s'extraire d'un système les engageant par leur comportement et leurs actes problématiques c'est-à-dire par des violations.

Nous allons donc considérer dans le tableau synthétique suivant les différents types de violations. Nous qualifierons de même la nature des manifestations des inconforts ou malaises mis en évidence. Les différents infirmiers tentent de les réduire, d'autres éviteront les actes problématiques avec des stratégies d'évitement différentes (chapitre suivant).

Nous remarquons alors que :

- quatre IBODE témoignent d'un épuisement : E1, E6, E7, E10 ;
- deux professionnelles sont mécontentes, « agacées » : E5 et E9 ;
- deux professionnels manifestent des modes de réduction mais ne verbalisent pas d'inconfort ou de malaise quelconque : E3, E5 ;
- deux professionnelles ne manifestent aucun mode de réduction et d'inconfort psychologique E4, E8 ;
- trois professionnelles semblent avoir atteint un seuil de tolérance (E1, E2, E6).

Ainsi, nous positionnerons chaque IBODE dans ce tableau en retenant le type de violations que chaque professionnel avoue avoir commis, les principaux indicateurs d'inconfort psychologique face à l'expression de sa dissonance.

Expression de la dissonance	Infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état (IBODE)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dissonance exprimée comme très intense	Epuisement Seuil de tolérance atteint. Violations routinières, par nécessité et par plaisir					Epuisement Seuil de tolérance atteint Violations routinières et par nécessité	Epuisement Violations routinières et par nécessité				Epuisement Violations routinières et par nécessité
Dissonance exprimée comme supportable		Enervement Mécontentement Insatisfaction Seuil de tolérance atteint : quitte la fonction hospitalière Violations routinières et par nécessité							Enervement Mécontentement Insatisfaction		
Dissonance peu exprimée :			Utilise des modes de réduction Violations routinière, par nécessité et par plaisir		Utilise des modes de réduction Violations routinière et par nécessité						
Pas de dissonance exprimée				Ne semble pas utiliser de mode de réduction				Ne semble pas utiliser de mode de réduction			

Tableau 135 : Profils des infirmiers, nature des violations, expressions d'inconfort psychologique éventuel.

Nous constatons alors que huit infirmiers perçoivent des inconforts plus ou moins importants. Dans leur discours, ces professionnels expriment certains modes de réduction. Deux IBODE ne montrent aucun signe d'inconfort psychologique.

4- DISCUSSION RELATIVE AUX ANALYSES QUALITATIVES

Festinger définit la dissonance comme « *génératrice de malaise* ». Dès lors, « *le sujet sera contraint de chercher à la réduire ou à l'éliminer* ». De plus, les forces qui seront mobilisées pour diminuer cet inconfort psychologique « *constitueront la manifestation observable de la dissonance* » (Festinger, 1993, p. 24).

Les violations, de n'importe quelle nature soient-elles, engagent la responsabilité des infirmiers. N'oublions pas que la responsabilité de la qualité et de la sécurité des soins est revendiquée de la part de six IBODE. De plus, en nous appuyant sur leurs discours, nous remarquons que ces violations existent de façon récurrente. Ainsi, avons-nous noté des violations routinières, par nécessité et par commodité.

Comment ces soignants, experts en sécurité et en gestion des risques encourus par le patient, continuent-ils à faire prendre des risques pour la personne prise en soins ? De ce fait, pour quelles raisons engagent-ils leur responsabilité ?

Par conséquent, face à nos questionnements, nous devons envisager la notion d'engagement. Cet engagement aurait-il une source interne à l'infirmier, ou bien, la source de l'engagement se situerait-elle dans le contexte du bloc opératoire ? Par la suite, nous envisagerons les conditions de l'éveil d'une éventuelle dissonance. Puis, nous mettrons en exergue les manifestations de cette dernière.

Des IBODE engagés dans un système ?

Dans le cadre de la théorie de la dissonance cognitive, les conceptions envisagées de l'engagement convoquent une conception externe de l'engagement. Cet engagement reposerait sur la réalisation d'un comportement, d'un acte. Afin de répondre aux demandes d'un système où la rentabilité semble prévaloir, les infirmiers commettraient certaines violations mineures ou majeures. Ainsi, nous considérerons cet engagement dans le milieu hospitalier qui paraîtrait faire siennes les valeurs d'efficacité et de rentabilité décrites par les IBODE interviewés.

Nous allons examiner, de ce fait, les différents facteurs d'engagement externe. Joule et Beauvois ont établi des facteurs qui « *permettent de définir de manière opérationnelle une situation engageante* » (Vaidis, 2011, p. 80). Ils différencient alors deux catégories : la *taille de l'acte* et les *raisons de l'acte*.

Dans le schéma suivant, nous reprendrons les facteurs de diverses violations au regard de leur caractère engageant :

- La taille de l'acte : plus sa taille est importante, plus le caractère engageant est important. Ainsi, si nous considérons une violation routinière telle qu'un accueil perfectible du patient et une violation par nécessité comme un non-respect de la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » alors nous pouvons estimer que la deuxième violation serait plus engageante que la première. De plus, comme pour la violation routinière, il existe un caractère public de l'acte et une irrévocabilité de cet acte qui est souvent répété. Si nous considérons la réalisation de la check-list, alors cet acte s'il est problématique ou non est effectué à chaque nouvelle prise en soins de patient, c'est à dire à chaque intervention chirurgicale. Cette notion est d'autant plus importante puisque nous avons relevé, dans nos entretiens, que les violations explicitées sont des violations souvent répétées. Ainsi, ce sont des violations dites routinières, par nécessité et par commodité. Le caractère public provient que l'action est commise au sein même d'une équipe pluridisciplinaire et pluri professionnelle. Il est peut-être rendu encore plus visible socialement en cas de dommage corporel. Cependant, les conséquences de l'acte, d'une violation par nécessité sont plus importantes en cas d'erreur d'identité, de côté à opérer ou de patient et de la sorte bien plus visibles. Néanmoins, il nous est impossible de déterminer si une des deux violations exposées précédemment est plus coûteuse que l'autre puisque nous pouvons considérer qu'elles

peuvent provoquer une dissonance exprimée d'intensité différente en fonction de chaque infirmier comme le montrent les résultats précédents. Notons tout de même que la responsabilité professionnelle de ces soignants est engagée de façon irrévocable.

- Les raisons de l'acte : *un acte est beaucoup plus engageant quand il dispose de raisons internes permettant de l'expliquer (explications d'ordre interne de l'acte) et moins engageant quand il dispose de raisons externes permettant de l'expliquer (explications d'ordre externe de l'acte)* ». (Vaidis, p. 81). Notons également qu'un acte est engageant quand la personne est libre d'accepter ou de refuser de le réaliser. Les IBODE sont-ils libres d'effectuer une violation ? Rappelons-nous que lorsque les infirmiers parlaient de leur profession ils mettaient en exergue une posture professionnelle les amenant à se positionner pour garantir une qualité et une sécurité des soins. Ils se disaient être armés et légitimes pour répondre à cette exigence. Cependant, nous avons mis en évidence que les infirmiers mobilisaient pour chaque type de violation des causes internes lors des modes de réduction. Les modes de réduction de type sur confiance concernent tous les IBODE dont une professionnelle semblant tout de même nuancer ces propos quand elle évoque une violation par commodité. Encore, les mêmes ou d'autres IBODE mobilisent dans la majorité des violations des justifications et des causes externes telles que le manque de temps, les pressions temporaires.

Ainsi, nous pouvons extraire différents facteurs d'un engagement externe grâce à des critères observables. Ces critères observables varient selon la nature de la violation notamment face aux conséquences des actes dits problématiques. Cependant, pour chaque violation, des raisons d'ordre interne sont mobilisées.

Reprenons dans le schéma suivant les deux dimensions d'un engagement externe face aux violations considérées. Nous positionnerons les explications causales internes ou externes formulées dans les modes de réduction des infirmiers.

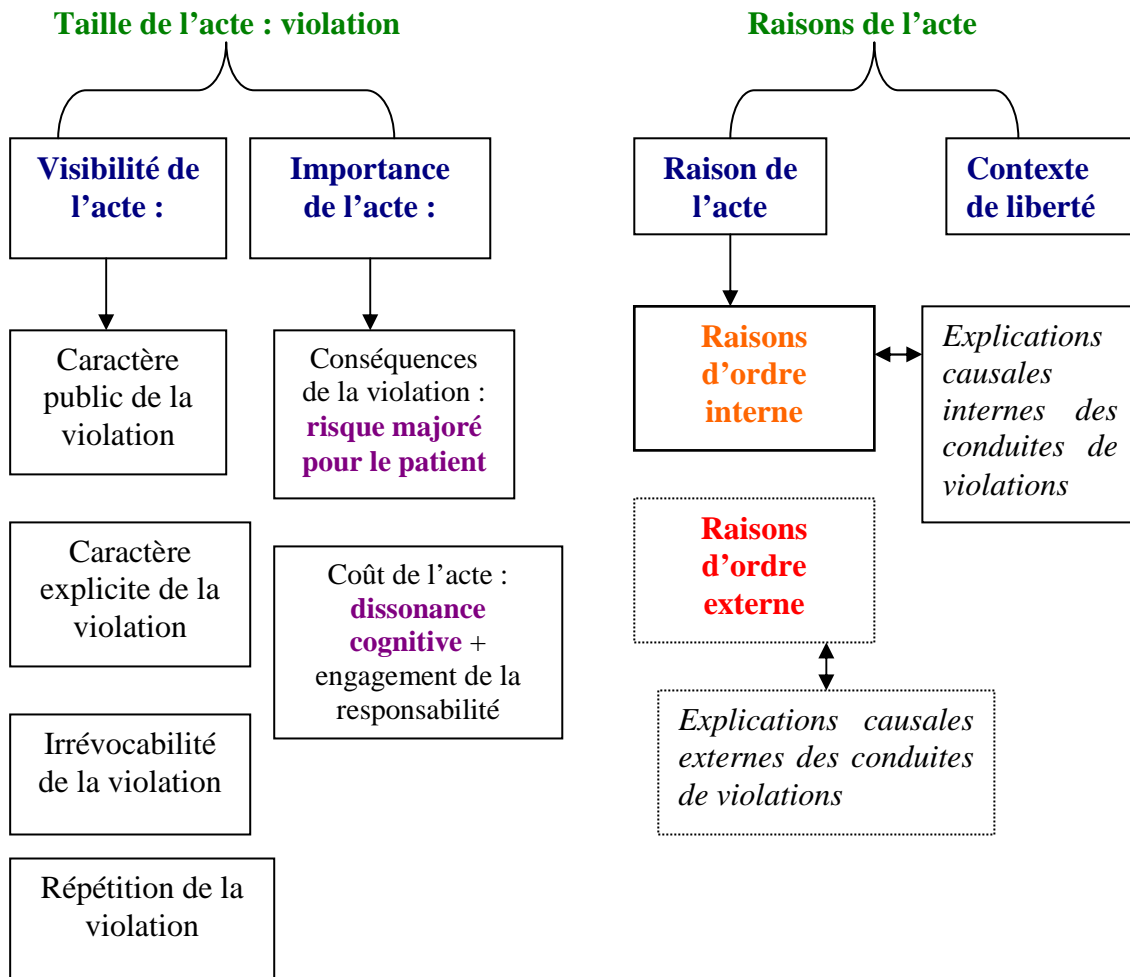


Schéma 10 : Facteurs augmentant le caractère engageant de la violation (Selon Joule et Beauvois, 1998)

Ainsi, les IBODE se situent dans un engagement externe comme nous ont permis de mettre en évidence les facteurs décrits ci-dessus. Les facteurs de raisons de l'acte varient pour chaque infirmier mais pour chaque type de violation le mode de réduction de surconfiance est mobilisé. Ceux engendrant la visibilité de l'acte paraissent les mêmes puisqu'ils se situent dans les mêmes contextes. Le contexte de liberté apparaît aussi car chaque IBODE interviewé ne déclare pas d'obligation. Ils agissent en salle d'opération en organisant et coordonnant les soins infirmiers de façon autonome.

Interrogeons-nous dès lors sur la genèse d'une éventuelle dissonance cognitive.

L'éveil de la dissonance : les violations

La dissonance naîtrait quand l'infirmier adopterait un comportement contre attitudinal : commettre une violation. Cet acte dit problématique pourrait potentiellement entraîner des conséquences indésirables et difficilement irrévocables pour le patient. Nous voyons que ces infirmiers peuvent se sentir responsables des conséquences de mauvaises pratiques puisqu'ils disent être garants de soins de qualité en toute sécurité dans la salle d'intervention au regard d'une gestion des risques pour laquelle ils ont choisi de suivre une formation les amenant à un diplôme. N'oublions pas qu'en cas de dommage, ils devront répondre de leurs actes. Rappelons qu'une IBODE nous informe qu'elle va souscrire une assurance professionnelle. Une autre nous dit engager sa responsabilité quand elle renseigne la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de manière erronée. Ainsi, nous pouvons admettre que les conséquences non souhaitables de ces violations vont à l'encontre des valeurs professionnelles décrites et revendiquées par ces infirmiers. De plus, ces violations ne peuvent être infirmées ou niées puisque elles ont un caractère public. De même, leur effet peut être irrévocable. Il ne faut pas omettre que ces IBODE revendiquent un positionnement pour prodiguer et garantir des soins sécuritaires. Alors, admettre de commettre certaines violations sans révéler y être contraint semble tout à fait inconsistant avec leurs valeurs, la posture professionnelle qu'ils disent revendiquer.

Ce ne serait alors peut-être pas l'engagement qui primerait mais l'absence de justification pour la réalisation d'un comportement inconsistant avec les valeurs du « *prendre soin* », avec les valeurs de « *rigueur, de maîtrise et de gestion des risques* » qui domineraient avant tout pour éveiller cet état de dissonance.

Dans ce contexte d'engagement externe, cet état de dissonance est aussi en lien avec les conséquences aversives de violations. Cette notion est majorée du fait de la répétition des actes problématiques (facteurs d'engagement). De plus, les conséquences de ces déviations sont inconsistantes et contraires aux valeurs prônées par ces professionnels. Aussi, cette dissonance se voudrait-elle morale car il existe des transgressions face aux principes et aux valeurs morales des soignants ? Elle prend ainsi une « teinte de culpabilité ». Elle susciterait aussi la « crainte d'une désapprobation sociale » en fonction des dommages supportés par le patient (Vaidis, 2011, p. 57). Cette dissonance peut alors engendrer un coût pour le soignant, une menace pour le soi de ce professionnel. Ainsi, l'éveil de la dissonance, son amplitude sont

en lien avec l'écart mesuré entre les valeurs morales, les principes de sécurité et des pratiques constatées se voulant déviantes et allant à l'encontre d'une gestion des risques en bloc opératoire. Alors, la genèse et la grandeur de cet inconfort psychologique sont tributaires des principes de bonnes conduites et pratiques décrits par les IBODE et qu'ils disent faire leurs. De plus, notons que les normes des bonnes pratiques sont en accord avec certaines valeurs morales sociales et de celles du « *prendre soin* » partagées par la profession infirmière. De ce fait, les infirmiers nous décrivant des pratiques, des comportements allant à l'encontre de leurs valeurs, de l'estime qu'ils ont de leur exercice professionnel doivent ressentir une dissonance. Cet inconfort détient une amplitude qui leur est propre en fonction de cognitions consistantes et inconsistantes mises en présence lors de comportement problématique dans un contexte d'engagement externe. Ces violations mineures et/ou majeures répondraient aux injonctions de « *faire du soin* » ou de pressions temporaires.

Dans le schéma suivant, nous avons synthétisé le processus d'éveil de cette dissonance. Les flèches doubles barrées symbolisent l'inconsistance entre les cognitions en présence.

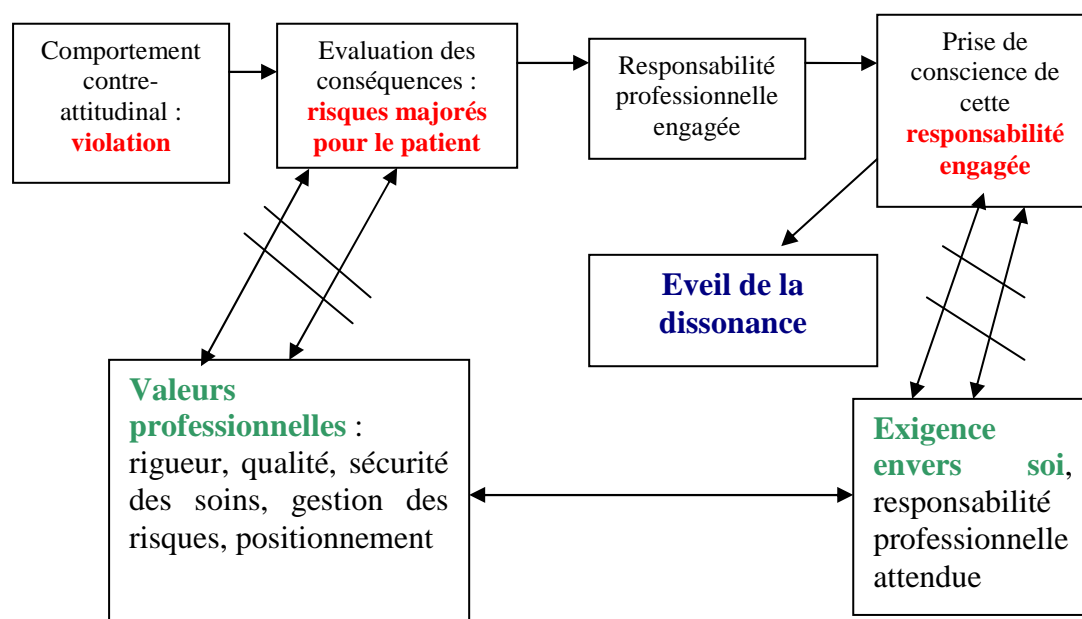


Schéma 11 : le processus d'éveil de la dissonance

Les infirmiers se sentent-ils donc contraints, pour certains, à réaliser un comportement allant à l'encontre de leurs attitudes et valeurs. Ils commettent donc un comportement *contre-*

attitudinal donc problématique. Rappelons que ce comportement peut générer encore plus de dissonance car la violation n'engendrerait que peu de récompense (gain de temps) et qu'il n'y pas de menace exercée sur ces professionnels. Ces professionnels sont alors amenés à réaliser et à assumer un choix dans un contexte de liberté : commettre ou non une violation.

Nous tenons à rappeler de même que ces professionnels se situent de surcroît dans un contexte de double soumission forcée et de fort engagement externe. Ainsi, chaque fois qu'un infirmier transgressera les bonnes pratiques et les procédures, il convoquera de ce fait une nouvelle cognition génératrice venant grandir l'état de dissonance (Joule, Adzia, 2003). Ainsi, le processus d'éveil de la dissonance serait majoré. Reprenons le schéma précédent et positionnons-le dans un contexte engageant.

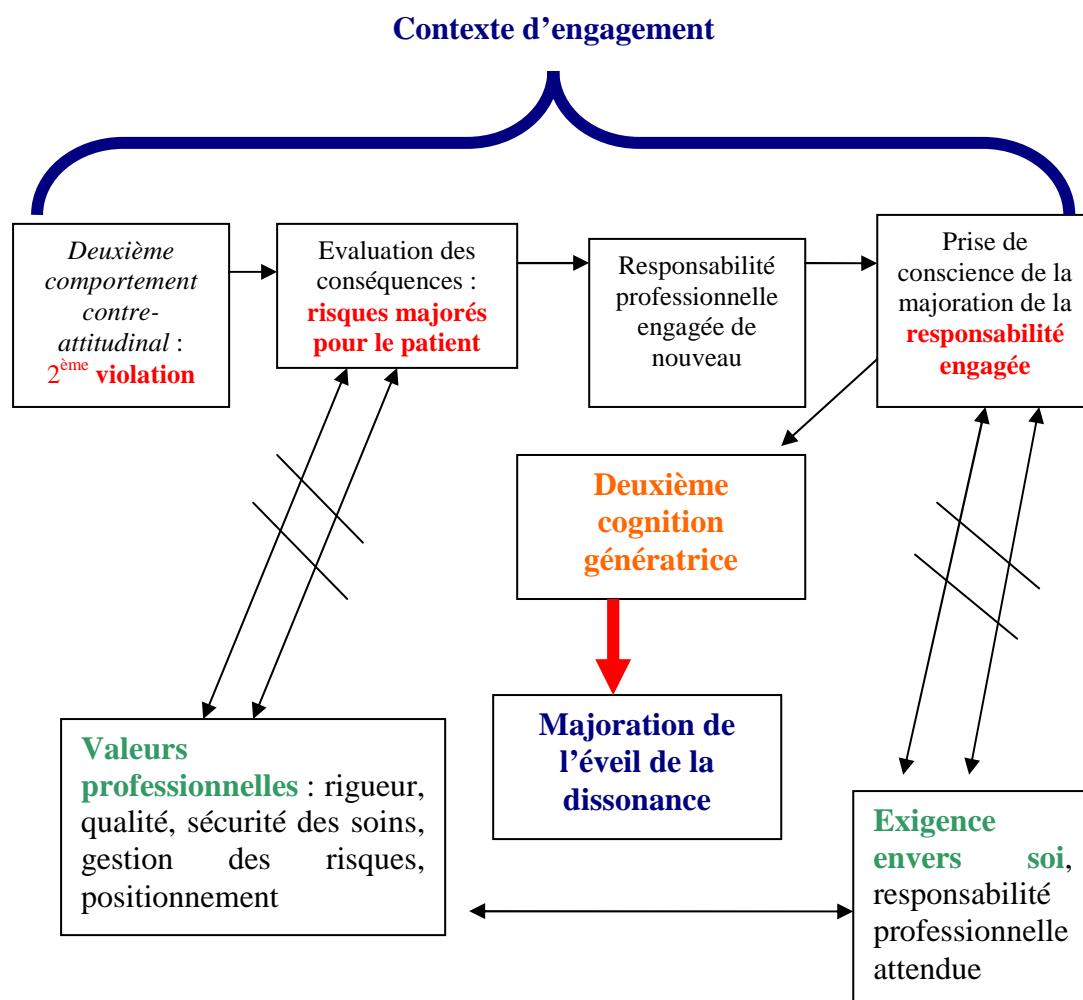


Schéma 12 : Majoration du processus de l'éveil de dissonance en double soumission forcée.

Alors, comment peut-on attester que ces soignants ressentent un inconfort psychologique ?

Le processus dynamogène de la dissonance chez les IBODE interviewés

Festinger insiste sur cet aspect motivationnel qu'entraîne la dissonance cognitive. De la sorte, l'existence de cognitions inconsistantes, conduisant à un état d'inconfort psychologique difficilement supportable par la personne, pousse à réduire cette dissonance et à l'éviter au maximum. Le schéma suivant expose ce processus dynamogène.

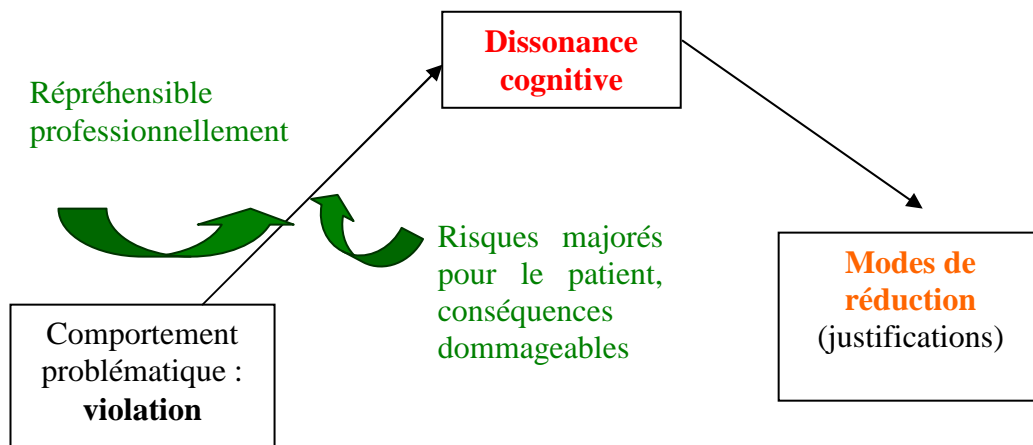


Schéma 13 : Processus dynamogène de la dissonance de l'IBODE

Les chercheurs se sont beaucoup attachés à étudier les modes de réduction. Ces derniers constituent des « symptômes » de l'état de dissonance cognitive. Ainsi, nous ne décrirons pas plus cet inconfort qui fait l'objet de notre thème central d'étude mais nous nous attacherons à mettre en évidence ces différents signes. Quels sont alors les manifestations qui vont nous permettre de justifier cet état de dissonance ?

Les modes de réduction :

Nous présenterons les modes de réduction au regard de chaque type de violation. Que constatons-nous alors ?

Les violations routinières

Les différents modes de réduction sont les suivants :

- Le changement d'attitude qui « permet d'ajuster les éléments impliqués dans la relation d'inconsistance de manière à se conformer à la cognition la plus résistante » (Vaidis, 2011, p.136). Cette justification à *posteriori* par rapport au comportement problématique conduit à un changement d'attitude vers le comportement commis. Dans ce cas, il s'agit de rationalisation cognitive pour rendre « rationnelle » la violation. Une IBODE expérimentée spécifie que nous sommes dans « l'ère de la rentabilité » ;
- L'explication causale des conduites : les infirmiers convoquent une causalité externe comme la pression temporaire ;
- La trivialisation du comportement : le risque encouru par le patient est minimisé ;
- Le déni de responsabilité : les chirurgiens sont tenus comme responsables du fait de leur résistance ;
- La sur confiance : une IBODE décrit ses aptitudes et compétences lors de l'accueil du patient.

Les violations par nécessité

Les modes de réduction sont de différents types :

- Le changement d'attitude : Les infirmiers interviewés apportent des cognitions allant dans le sens du comportement problématique pour le rendre plus rationnel. Notons qu'un infirmier ne décrivant pas de ressenti d'inconfort moral mobilise différents éléments pour justifier un non-respect de la procédure de la check-list.
- Le support social : une IBODE cherche le soutien et l'appui de ses pairs. De la sorte, elle consolide son attitude initiale pour réduire son inconfort en s'alliant à d'autres infirmières ayant les mêmes opinions ;

- La trivialisatation : Une IBODE minimise l'importance de la check-list sécurité patient. Un infirmier affirme qu'il n'existe aucun dysfonctionnement depuis des mois ;
- L'explication causale : Le facteur des pressions temporelles est toujours présent. Un IBODE explique que s'il ne travaille pas dans le respect de certaines pratiques c'est pour participer au mieux-être du patient ;
- Le déni de responsabilité : trois professionnels se disculpent en affirmant que les médecins bloquent à eux seuls le bon déroulement de la check-list « sécurité patient au bloc opératoire ». Deux IBODE argumentent en inculquant la société ou les règles de gestion du temps ;
- La sur confiance : un infirmier se trouve dans une maîtrise du risque face au dysfonctionnement.

Les violations par commodité

Nous retrouvons aussi divers modes :

- L'explication causale : une infirmière mobilise la causalité externe en mentionnant un manque de personnel, de temps, un défaut d'organisation de ces collègues ;
- Le support social : elle s'appuie sur son équipe et sur le cadre de santé du bloc opératoire ;
- La trivialisatation : elle minimise le risque d'oubli de textile ;
- Le déni de responsabilité : elle dénonce la responsabilité chirurgicale de la violation ;
- La sur confiance : elle met en exergue ses compétences mais simultanément remet en question certaines compétences car cette sur-confiance serait néfaste pour une gestion des risques.

Modes de rationalisation / nature des violations

Nous synthétiserons les différents modes de réduction au regard de chaque type de violation dans le tableau suivant.

<i>Modes de réduction</i>	<i>Violations routinières</i>	<i>Violations par nécessité</i>	<i>Violations par commodité</i>
Changement d'attitude	X	X	
Explications causales externes	X	X	X
Trivialisation	X	X	X
Support social		X	X
Déni de responsabilité	X	X	X
Sur confiance	X	X	X

Tableau 136 : Modes de réduction et type de violations.

Nous remarquons que les modes de réduction mobilisés sont sensiblement les mêmes pour chaque violation. Cependant, nous relevons que le mode du support social n'est pas convoqué pour réduire un inconfort dû aux violations routinières. Cela proviendrait du fait que ces violations sont tolérées par le système et donc que toute mobilisation collective serait difficile et stérile face à une certaine « *normalisation de la déviance* ».

De plus, nous repérons que les explications causales externes sont mobilisées dans chaque type de violation, ainsi que le déni de responsabilité. Ces deux modes appellent une explication causale externe. Le mode de réduction mobilisant une explication interne tel que le mode de la sur confiance se retrouve pour toutes les sortes de violations.

Encore, les violations par commodité ne mobilisent pas de mode de réduction de changement d'attitude. Ainsi, pouvons-nous déduire que les cognitions inconsistantes face à l'acte problématique ne peuvent guère diminuer le rapport des cognitions en présence car l'infirmier détient toutes les connaissances sur le risque encouru et ses conséquences pour le

patient et lui-même. Ainsi, ce type de violation est difficilement « *rationalisable* » et donc de ce fait l'état de dissonance peut s'amplifier. De même, cet inconfort psychologique prend une dimension de dissonance morale avec une « *teinte de culpabilité* » se majorant de la sorte. Le professionnel mobilisera donc d'autres modes de réductions face à ce type de violations. Selon la théorie de Festinger, la cognition la plus résistante au changement, ici les cognitions sur la majoration du risque encouru face aux pratiques perfectibles, est maintenue « gelée ». Ce seront donc d'autres cognitions moins consistantes qui seront modulées par d'autres modes de réduction.

Que constatons-nous alors ? Holland et *al.* pensent que « dans les situations de dissonance morale, les personnes seraient plus susceptibles d'avoir recours à des justifications externes pour restaurer leur estime de soi et ainsi réduire la dissonance » (Vaidis, 2011, p. 57). Les analyses qualitatives nous amènent à observer que les infirmiers convoquent un mode de réduction appelant des justifications internes dans tous les types de violations. Nous pouvons éventuellement déduire que les justifications externes ne suffisent pas pour réduire le sentiment de culpabilité des infirmiers et par la même leur état de dissonance. Ils appellent alors des justifications internes, cognitions consistantes avec les cognitions consistantes de l'acte problématique. De la sorte, ils réduiront potentiellement le rapport entre cognitions consistantes et cognitions inconsistantes et donc l'amplitude et le taux de dissonance.

De plus, questionnons-nous sur la nature de l'engagement de ces professionnels : pouvons-nous envisager un engagement externe renforcé par un engagement interne puisque ces professionnels mobilisent un mode de réduction de type sur confiance ?

Pour conclure, quel que soit le type de violations les IBODE interviewés ressentent pour huit d'entre eux un inconfort psychologique dû à leur état de dissonance. Ils tentent tous de le réduire d'où la mise en évidence des différents modes de réduction. Mais, peut-on alors parler de diminution de cet état de dissonance ?

Diminution et tolérance de la dissonance

Ainsi, nous avons mis en exergue des témoignages de réduction des états d'inconfort de ces IBODE. Ces professionnels utilisent différents modes de réduction. Mais, nous avons observé que ces soignants se situent dans un contexte engageant et de soumission induite. En effet, ils commettent de façons récurrentes différentes violations. Pour certains, quelle que soit l'importance des violations (majeures ou mineures), des états d'inconfort plus ou moins intenses sont ressentis. De la sorte, peuvent-ils dans ce contexte réduire leur dissonance, puisque chaque violation devient alors une cognition génératrice venant renforcer l'état de dissonance précédent. Le témoignage d'une infirmière peut nous éclairer : *« Ils ont réussi à me casser. J'étais pas bien. Je me suis arrêtée. Moi, je suis épuisée. Ça va un peu mieux, j'ai pris du recul. (...) je suis arrivée à un point où je me fous de tout. J'en ai gros sur la patate »* (E6). De même d'autres IBODE déclarent leurs ressentis. Nous présenterons leurs discours en débutant pas les infirmiers les moins expérimentés :

Les IBODE les moins expérimentés :

« Et bien un sentiment de malaise, avec ce malaise depuis la sortie de l'école d'IBODE, c'est là que j'ai pris conscience de tous ces risques-là. Ça fait plus d'un an, un an et demi, même plus... (..) On est très écœuré, on a le sentiment de ne pas faire son travail comme il devrait être fait, la solution c'est sortir de là. Le travail devient alimentaire, on s'épuise ça devient épuisant moralement, pour moi c'est écœurant. (...) J'ai atteint mon seuil de tolérance, j'ai besoin de renouveau » (E1).

« J'ai tenu pendant deux ans, j'ai essayé pendant deux ans, je vais pas supporter plus. Tenir pendant deux ans, c'est une expérience mais ça ne me convient pas. J'ai fais des faux tous les jours. Les patients pour eux c'est quoi, des morceaux de viande (...) J'ai tenu deux ans. Deux ans que je tiens c'est très long. Ça fait un bon moment que je tiens » (E2).

« Je ne ressens pas de la honte, mais je me sens mal à l'aise, je me sens mal à l'aise, (...) ça fait bien cinq six mois. (...). On n'est pas bien (...). On est un peu dégouté, un peu usé, un peu fatigué ... On n'est pas bien, moi je suis pas bien » (E 10).

Les IBODE les plus expérimentés :

« Une baisse de moral, moins de combattivité, un sentiment d'impuissance, le sentiment de ne pas être entendu, on va dire des baisses de moral, de ne pas avancer, d'être un peu dans le marasme, de pas avoir d'issue. Donc, ça, c'est perturbant. Ça a duré au moins deux ans » (E 7).

Avant toute chose nous relevons une nouvelle fois que l'état de dissonance est un état d'inconfort psychologique difficilement supportable. Il n'est pas un état modéré et peut se révéler de différentes intensités et par différents affects auto-rapportés. En prenant en considération ces notions, la personne serait capable de gérer les divers niveaux de tension. Elle pourrait mieux tolérer certains degrés de pression auxquels elle est exposée dans le but de mieux traverser certaines situations provoquant son état de dissonance. Wyer (2008) présente le concept de seuil de tolérance à la dissonance (*dissonance threshold*). Ainsi, chaque IBODE admettrait jusqu'à un certain degré son état de dissonance. Elle le diminuerait jusqu'à atteindre ce seuil qui lui est personnel.

Par rapport à nos entretiens nous constatons que chaque infirmier décrit un niveau de dissonance qui lui est particulier. Certains évoquent un épuisement qui engendre un malaise important qui les déstabilisent. Ils ressentent une souffrance psychologique intense (E1, E6, E7, E10). D'autres témoignent d'un « agacement » (E2, E9). Enfin, d'autres nous font part d'une certaine démotivation et lassitude. Nous remarquons aussi que ces états d'inconfort durent pour certains depuis des mois et pour certains depuis plusieurs années. De plus, ces IBODE travaillent dans un contexte de double soumission forcée. Par là même, à chaque fois qu'ils effectuent une violation, ils provoquent une nouvelle cognition génératrice et de ce fait, augmentent leur état de dissonance et donc renforcent leur sentiment d'inconfort psychologique.

Nous remarquons de surcroît que trois IBODE semblent avoir atteint leur seuil de tolérance. Il s'agit de deux jeunes IBODE (E1, E2) et d'une infirmière détenant une expérience professionnelle de plus de cinq ans (E6). Nous relevons aussi que deux IBODE (E2 et E6) disent commettre des violations routinières et par nécessité. Seule, la plus jeune IBODE avoue effectuer aussi des violations par nécessité. L'infirmier E7 décrit une souffrance psychologique durant deux années mais qui a pris fin depuis quelques mois puisqu'il dit

commettre moins de violations par nécessité. L'IBODE E10 déclare pouvoir encore supporter ces tensions mais nous ne disposons pas suffisamment d'éléments pour affirmer qu'elle aurait atteint un seuil de tolérance qui lui est personnel.

L'infirmière E6 nous fait part d'un état d'inconfort psychologique insupportable l'ayant conduit à quitter son travail durant quelques temps (arrêt maladie). Durant cette période, elle dit avoir « *pris du recul* ». En se distanciant de la sorte, elle a mobilisé certains modes de réduction afin de baisser son taux de dissonance pour atteindre à nouveau son seuil de tolérance. Elle nous a livré une certaine justification : elle admet avoir un gain en continuant ce travail par rapport à l'organisation de sa vie familiale. Nous tenons à spécifier que quand cette professionnelle nous relatait cette période, elle pleurait.

La plus jeune IBODE admet atteindre une « *limite* », son seuil de tolérance : « *J'avoue que je suis arrivée à la fin d'un cycle, j'ai atteint ma limite de tolérance, j'ai besoin de renouveau pour ne pas être épuisée, pour pas craquée, pour ne pas baisser les bras, pour ne pas devenir quelqu'un que je ne veux pas être* » (E1).

Ces deux professionnelles (E1 et E6) se disent épuisées, tandis que l'IBODE E2 décrit un sentiment d' « *agacement* », d'énervement.

Nous pouvons ainsi mettre en évidence que le seuil de tolérance est propre à chacun de ces IBODE puisqu'elles décrivent un niveau différent dans leur état d'inconfort respectif. Nous remarquons aussi que la dimension des violations n'impacte aucunement sur le seuil de tolérance car deux professionnelles ne commentent que des violations routinières et par nécessité alors qu'une infirmière commet de surcroît des violations par commodité majorant fortement les risques encourus par le patient.

L'abaissement de l'inconfort psychologique au seuil que chaque infirmier peut tolérer (le seuil de tolérance) illustre une fois de plus le processus dynamogène de la dissonance cognitive. Cependant, tout en insistant sur cet aspect, Festinger pense que « *l'existence d'une inconsistance génère des pressions à la réduction de la dissonance et à l'évitement de l'augmentation de la dissonance* » (Vaidis, 2011, p. 14).

L'évitement de l'augmentation de la dissonance

Dans le contexte de soumission induite où évoluent les IBODE, pouvons-nous mettre en exergue ce phénomène ?

L'IBODE E1 en répondant à une de nos questions en rapport avec une violation par commodité (non compte de textile) déclare :

« On essaie d'éviter les situations à risques, c'est-à-dire que si je peux éviter de faire une intervention où le risque de ne pas compter est majoré à celui, d'une autre intervention, je vais laisser plus volontiers mes collègues aller sur l'intervention avec plus de risque. C'est purement une conduite de fuite pour éviter d'être confronté au problème. (...) Le reste du temps c'est une vigilance accrue sur le champ en sachant que personne est infallible et qu'un jour ça pourra arriver ».

Une autre jeune IBODE (E2) nous avoue : *« je veux faire autre chose, infirmière libérale. Je vais essayer de faire des soins au mieux pour me rapprocher de ce qui est optimum pour moi »* (E2).

Nous pouvons déduire ainsi deux sortes d'évitement développés par ces infirmières. Le premier est de repousser le maximum la confrontation à un acte contre-attitudinal (violation par commodité) venant ainsi renforcer l'état de dissonance cognitive. Le second est de se désengager totalement du système qui place le professionnel dans une position de soumission forcée. Alors une IBODE s'extrait de ce système en changeant de mode d'exercice professionnel : elle deviendra infirmière libérale. Elle souhaite travailler dans le respect des bonnes pratiques et de ses valeurs. De cette façon, elle cherche à retrouver un état de consonance. Ainsi, le processus dynamogène de la dissonance peut être complété de la manière suivante :

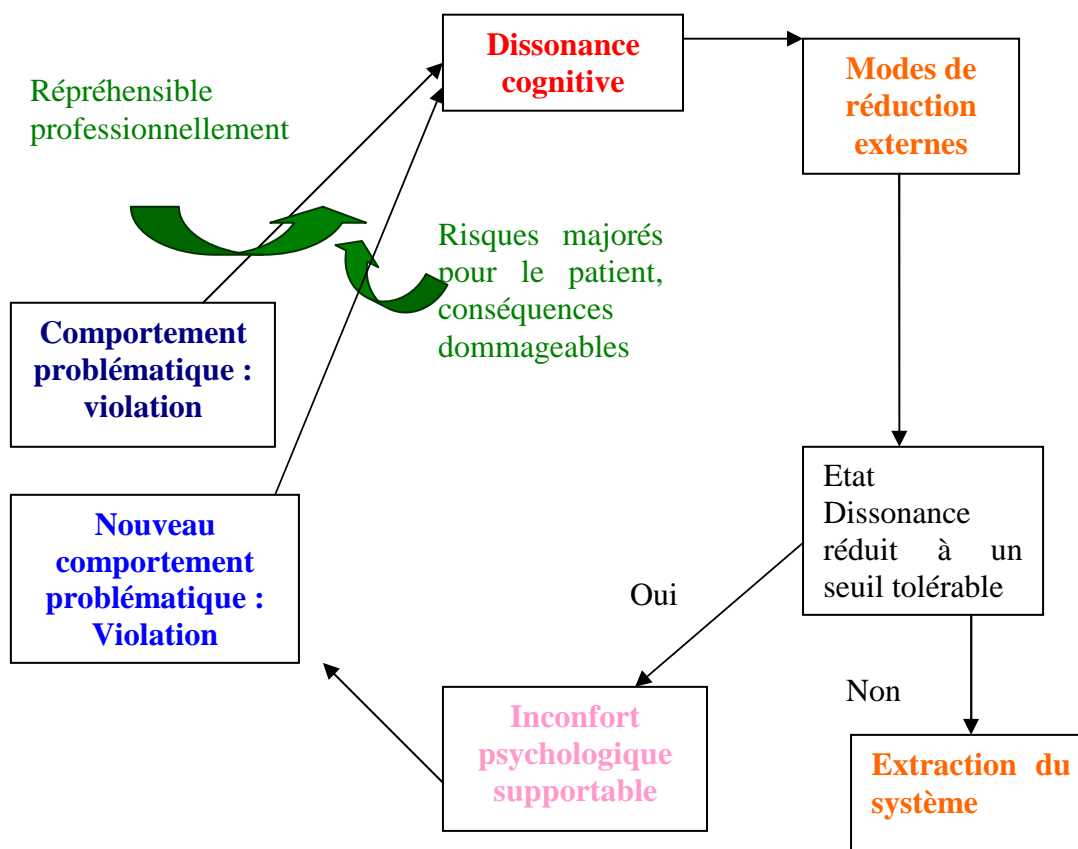


Schéma 14 : Processus dynamogène de la dissonance morale de l’infirmier « *en soumission induite* »

Si nous tenons compte des témoignages des IBODE interviewés, il semblerait que les pressions de l’organisation ne cessent de s’accroître dans la recherche des performances et de l’efficacité. Cependant, les propos de ces IBODE sont beaucoup moins nuancés car l’IBODE E1 parle « *d’économie de marché* ». Le système de soins évolue-t-il en faisant sien les règles de ce marché ? En tenant compte des discours de ces IBODE, quelles en seront les répercussions pour ces professionnels ?

Vers une évolution du système ?

Dans leur article de 2006, Amalberti et *al* exposent différentes zones où se placent les violations majeures ou mineures. Aussi, au niveau d'une zone présentée comme moins sûre que la zone où sont respectés les protocoles, naissent les violations routinières tolérées et par conséquent connu par le système. Ultérieurement, paraît la zone dite accidentogène. Dans cet espace, les violations par plaisir et par nécessité sont exposées.

De par nos constatations, nous remarquons que les violations faites par nécessité sont de plus en plus fréquentes aux dires des IBODE interviewés. Si nous mobilisons l'exemple de la violation concernant les aides-soignants dans un rôle d'infirmier circulant ou le non-respect de la check-list sécurité patient, ces violations sont par définition des violations par nécessité. Ainsi, si elles ne sont pas perpétrées le système de prise en charge du patient est bloqué un certain temps. Cela ne répond pas à une exigence de rentabilité constatée comme prégnante. De ce fait, nous pouvons observer que la zone de fonctionnement toléré par le système tend à se déplacer vers la zone accidentogène modifiant ainsi ses propres limites. Ainsi, au regard du dépassement de fonction des aides-soignants toléré par les IBODE et des problèmes sécuritaires soulevés par le non-respect de la check-list, les instances médicales et hiérarchiques ont toute connaissance de ces déviations. Ainsi, la zone accidentogène devient plus importante car les violations par nécessité sont de plus en plus incontournables et commencent à faire partie des pratiques courantes. Ainsi, pourrions-nous qualifier les violations par nécessité de violations « *mineures-accidentogènes* » puisque de plus en plus coutumières et routinières mais augmentant les risques. Par conséquent, interrogeons-nous quant aux limites, aux frontières toujours en mouvement entre violations routinières et violations par nécessité.

Ainsi, le schéma d'Amalberti et *al* (2006) évoluerait de la façon suivante :

- La zone jugée critique s'élargirait car les violations par nécessité se constatent, aux dires des infirmiers, plus fréquemment (double flèche orange)
- La zone de fonctionnement tolérée par le système s'amplifierait (courbe rouge), de sorte qu'elle empièterait davantage la zone accidentogène s'agrandissant elle aussi (courbe bleue). Elle engendrerait dès lors plus de violations par nécessité.

- L'émotion des professionnels semble toutefois augmentée au niveau de la zone accidentogène puisque nous avons constaté que face aux violations majeures décrites les deux soignants manifestent de signes de dissonance cognitive (modes de réduction).

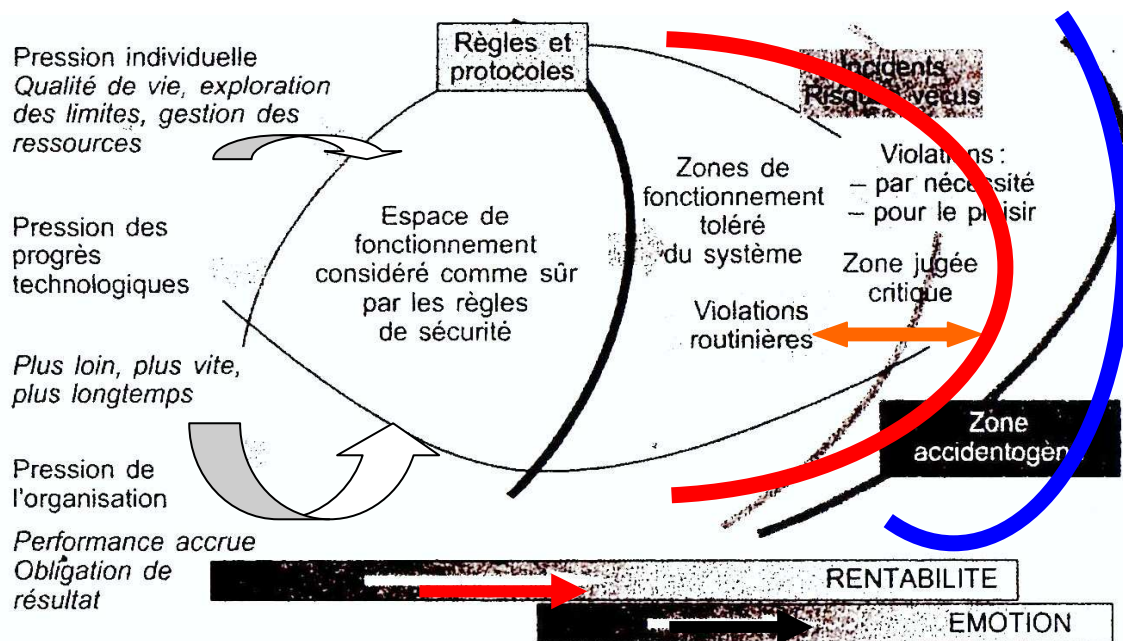


Schéma 15 : schéma modifié du glissement des règles et des violations (d'après R. Amalberti)

Ainsi, la déviance fait de plus en plus partie des pratiques quotidiennes des soignants. Elle se normaliserait et questionnerait encore les IBODE. Tout se déroule comme si les violations n'étaient plus des comportements problématiques pour certains acteurs puisqu'elles permettent au système qui les tolère de fonctionner pour répondre aux contraintes et pressions d'efficience et de rentabilité. Il existerait une « *sorte d'acceptation organisationnelle* » (Vaughan, 2008, p. 2) car les acteurs de soins contourneraient des procédures tandis que le système fermerait les yeux. Les personnes extérieures au service pourraient identifier la déviance comme telle alors que ceux de l'intérieur du service semblent la tolérer. Les soignants dissonants face aux violations gardent une faculté d'analyse de leurs pratiques au quotidien puisqu'ils sont conscients de l'écart entre les bonnes pratiques et les pratiques quotidiennes où les violations sont dites de plus en plus fréquentes et peut-être par là-même

plus tolérées car se déplaçant vers une certaine normalité. Il pourrait alors apparaître dans ce construit d'autres règles, des règles informelles. Ces règles informelles mèneraient vers la zone accidentogène puisque majorant les risques encourus pour le patient. Ainsi, certains risques deviendraient acceptables plus ou moins par tous. Ceux n'acceptant pas la majoration de ces risques au regard des non-respects de principes sécuritaires, ces infirmières en inconfort psychologique fort et ayant atteint leur seuil de tolérance, sont contraintes de quitter le système puisque ne cautionnant et ne tolérant pas les règles informelles normalisant les violations routinières et par nécessité jusqu'à certaines violations par commodité. De plus, plus les règles sont mal respectées en n'occasionnant aucun dommage mesurable pour le patient et l'infirmier, plus les déviances « démontrent » qu'il n'existe pas de conséquences pour le patient. De ce fait, la normalisation de la déviance est constatée et prend une part non négligeable dans les pratiques au quotidien majorant ainsi les risques (augmentation de la zone accidentogène).

Que penser alors des propos d'une infirmière ayant atteint son seuil de tolérance :

« Il y a un problème mondial avec l'argent, si on reste dans une économie de marché, je crois qu'en terme de qualité, il va falloir s'asseoir dessus. La sécurité, j'aurais toujours le même degré d'exigence de sécurité, mais on n'y arrivera pas. Donc ça sera un beau principe utopiste. On sera obligé de plier, de rogner encore davantage sur nos valeurs. » (E1).

IBODE du monde du « prendre soin » : quelle stratégie ?

Nous précisons dans ce paragraphe que seules deux IBODE n'ont pas semblé présenter de signe d'inconfort. La moins expérimentée ne décrit aucun malaise et non-respect. Cette professionnelle nous décrit ses valeurs professionnelles : « *aider les autres* », « *travailler en équipe* », « *maîtrise des rôles de l'IBODE* ». Elle privilégie la relation au patient. Elle dit qu'une IBODE « *doit avoir des armes pour répondre, des arguments face aux chirurgiens et doit savoir où écrire* ». Sa conception du soi est la suivante : il doit donner « *un mieux-être pour le patient. Tout est maîtrisé, il faut écouter le patient. Il ne faut pas être dans les automatismes pour garder la confiance du patient* ». (E4). Elle décrit aussi les mêmes pressions temporelles : « *on nous demande toujours plus, plus de gestion du matériel, former les nouveaux. (...). Il faut vite vite, c'est source d'erreurs* ». Depuis quelque mois, elle nous

avoue que l'équipe soignante va mieux car tous les postes sont pourvus mais pas seulement. Elle ne s'engage pas ou ne veut pas être engagée dans des soins qui ne répondent pas à ses critères de bonne qualité qui sont pour elle : « *apporter un mieux, un résultat en restant dans les normes de sécurité* »(E4). Elle nous découvre ses stratégies :

« Moi, je suis dans le soin, j'ai une ligne de conduite, je ne m'éparpille pas. J'arrive à dire non et stop. Je ne vais pas essayer de tout faire, Il y a plein d'IBODE qui le font et elles ne sont pas payer plus. (...) Je prends mon temps pour faire les choses. S'il y a un problème j'envoie au cadre systématiquement. Je demande un écrit pour ne pas engager ma responsabilité. Il n'y a que les écrits pour faire avancer les choses. C'est sans cesse. Avant, on était à la limite de faire une grosse bourde, mais il n'y a pas eu d'écrit. Maintenant, même, s'il n'y a pas de souci réel je peux prouver que j'ai bien fait. Je gère les demandes. Il y a des charges afférentes qui augmentent, on a l'impression d'être dépassé ... J'ai dit stop. Je me suis protégée. Je fais des signalements, des centaines ... (...) Je suis têtue et buttée, c'est ce qui me fait tenir (...) Le travail qu'on fait à deux, on ne peut pas le faire seule. Il faut faire les choses les unes après les autres pour un niveau de sécurité au top... Il ne faut pas entrer dans le jeu de rentrer partout ...(...). Il n'y a personne qui te demande de faire mal. Mes collègues, c'est eux seuls qui le veulent bien. Personne ne les force. On est libre de faire ou ne pas faire. J'ai eu des armes à l'école. C'est sportif de prendre son temps. C'est si facile de tomber dans la complaisance » (E4).

Des manifestations de dissonances morales et hédoniques ?

En 1974, Kelman et Baron distinguent d'un côté la dissonance morale et de l'autre la dissonance hédonique. La première est générée quand il existe « *une violation de principes ou de valeurs morales importants (lorsqu'une personne réalise un comportement moralement répréhensible)* » (Vaidis, 2011, p. 57). De plus, selon Holland, Meertens et Van Vugt (2002) cités par Vaidis, cette dissonance naîtrait lorsque le comportement de l'individu exercerait des conséquences négatives pour autrui (*Ibid.*, p.57). Dans cette situation, l'individu mobilise des justifications externes dans le but de réduire cette dissonance.

De la sorte, nous constatons que les justifications apportées par les infirmiers spécialisés en bloc opératoire sont d'ordre externe dans la grande majorité des violations majorant certains risques psychologiques, infectieux et chirurgicaux encourus par le patient. Seuls deux infirmiers (E1, E3) mobilisent des justifications d'ordre interne en regard de violations majeures ou mineures. Cependant, lors d'une violation majeure (non compte des

textiles) ayant des conséquences risquant être négatives pour la personne opérée, une infirmière affirme qu'elle maîtrise en quelque sorte le risque mais se rétracte immédiatement en affirmant que le fait de croire que le risque est maîtrisé est une prise de risque supplémentaire pour le patient en l'état.

Il est à noter aussi que les violations engendrant de la dissonance qui serait de type morale ont une forte menace pour le soi. Que constatons-nous dans notre étude ? Nous remarquons que les infirmiers ressentent pour certains un épuisement, un écoëurement car ils disent « *mal travailler* ». Ils souhaitent pour certains changer de métier dans quelques temps. L'IBODE E6 déclare : « *je ne vois pas le bout du tunnel, ça m'effraie* » (E6). La même professionnelle avouera : « *Ça m'a détruite, j'ai encore cette passion de mon métier. Ils ont réussi à me casser. J'étais pas bien. Je me suis arrêtée. Moi, je suis épuisée. Ça va un peu mieux, j'ai pris du recul. (...) je suis arrivée à un point où je me fous de tout. J'en ai gros sur la patate* » (E6).

Des données qualitatives pertinentes pour répondre à nos hypothèses ?

Nous pouvons attester que les IBODE interviewés détenant des valeurs du « prendre soin », valeurs indissociables de la rigueur, de la sécurité et de la gestion des risques en bloc opératoire pour garantir de soins de qualité ressentent des inconforts psychologiques de nature et d'intensité variables lorsqu'ils disent commettre des violations. Chacun de ces IBODE déclare commettre des violations routinières et par nécessité.

Les violations routinières et par nécessité engendrent chez plus d'IBODE des états d'inconfort psychologique qu'elles qualifient d'insupportables. Les violations par commodité génèrent chez une IBODE un inconfort psychologique difficilement tolérable.

Seuls deux IBODE disent effectuer des violations par commodité en ne comptant pas les textiles lors des interventions chirurgicales. Deux IBODE face aux violations de routine et par nécessité semblent supporter un état d'inconfort qu'elles qualifient comme un énervement. Ainsi, une de ces IBODE a décidé de quitter la fonction publique hospitalière pour s'extraire d'un milieu professionnel où elle a conscience de mal faire son travail. L'autre IBODE se « laisse encore du temps ». Ainsi, nous pouvons constater que la notion d'intensité

n'entre pas seule dans la tolérance de la dissonance. Un état d'inconfort psychologique de moindre intensité peut également être insupportable.

Deux autres IBODE, une expérimentée et un jeune infirmier dans la fonction, ne verbalisent pas d'état d'inconfort psychologique. Cependant, ils mobilisent des modes de réduction témoignant qu'ils diminuent cet état difficilement supportable. Enfin, deux IBODE ne parlent pas d'inconfort psychologique et ne semblent pas mobiliser de mode de réduction. Ils expriment néanmoins des valeurs de « prendre soin » et de gestion des risques comme importante. Mobiliseraient-ils encore ces valeurs comme des valeurs incontournables ou auraient-ils transformé leurs cognitions afin de les rendre consistantes avec la cognition génératrice générée par la violation ? Ainsi, il n'y aurait plus d'inconsistance cognitive donc plus d'inconfort psychologique.

Ainsi nous ne pouvons confirmer que partiellement notre deuxième hypothèse : Après avoir effectué des violations mineures et par nécessité (majeures) les infirmiers spécialisés ressentent un inconfort psychologique lorsqu'ils répondent aux valeurs du « prendre soin ». Cependant, nous pouvons aussi y apporter un complément en affirmant que certains IBODE en commettant des violations par commodité ressentent un inconfort psychologique très intense. Nous constatons aussi que les IBODE les plus jeunes comme les plus expérimentées ressentent des inconforts psychologiques « insupportables »

Cet inconfort est cependant ressenti de façon intense que lorsque les IBODE commettent des violations mineures ou majeures. Cette observation semblerait être congruente avec notre modèle explicatif de la théorie de la dissonance cognitive (Festinger, 1957). Nous pouvons ainsi attester de l'opportunité des stratégies de réduction essentielles afin de recouvrer un seuil de dissonance tolérable. Ces modes de réduction permettraient aux IBODE en état d'inconfort psychologique face aux violations de différentes natures, de supporter un inconfort psychologique moindre. Mais, pour certaines même si ce seuil est atteint il devient alors intolérable à nouveau et les modes de réduction ne suffisent pas. Il n'y a plus de stratégies de réduction mais il y a une fuite, une échappatoire ...

Ainsi, nous constatons que les modes de réduction externes ou internes sont convoqués par les IBODE peu expérimentés ou ayant une expérience supérieure à cinq ans. Le mode de trivialisat[i]on est aussi bien retenu par ces deux populations. De plus, le

changement d'attitude, même s'il est plus difficilement mobilisable en raison de la charge cognitive qu'il convoque, est utilisé par les IBODE jeunes dans cette fonction comme par celles y ayant le plus d'années d'expérience.

Nous ne pouvons alors que confirmer partiellement notre troisième et notre quatrième hypothèses :

- Les IBODE les moins expérimentés mobilisent la trivialisatation comme mode de réduction pour réduire leur inconfort psychologique.
- Les IBODE expérimentées mobilisent le changement d'attitude afin de réduire leur inconfort psychologique.

VII- DISCUSSION FINALE

1- DES IBODE SATISFAITS DE LA PRISE EN SOINS PRODIGUÉE

Nous constatons que les IBODE se disent satisfaits de leur prise en charge. En effet, même si ces derniers se sentent mal à l'aise en commettant des violations routinières, ils pensent effectués des soins adéquats. Pour d'autres états de dissonance, seuls les IBODE ressentant de manière plus intense les états d'inconfort sont satisfaits. Rappelons que ces professionnels sont ceux détenant en moyenne l'expérience professionnelle IBODE la plus courte. De plus, lors des entretiens, une IBODE peu expérimentée décrit de la façon suivante sa prise en soins : « *De potentialiser ce court instant qu'on a à l'accueil du patient, ou quand on a un patient sous anesthésie locale, c'est que du bonheur. On peut créer une relation avec cette personne, on comprend pourquoi on a fait ce métier-là, c'est que du bonheur* ». (E1). Nous mentionnons aussi que cette IBODE ressent un épuisement insupportable. Elle a déclaré avoir commis les trois types de violations.

Ainsi, les états de dissonance intenses provoqués par la réalisation de violations routinières et par nécessité (résultats non significatifs) ne semblent pas perturber le niveau de satisfaction des IBODE les moins expérimentés dans la spécialité de bloc opératoire.

Pouvons-nous entrevoir une corrélation entre la satisfaction de la prise en charge des IBODE ressentant un inconfort psychologique intense et leur expérience professionnelle d'IBODE peu importante ? Nous constatons de plus, que les IBODE en moyenne plus expérimentés ne se disent pas satisfaits de leur prise en charge.

Pourrions-nous formuler l'hypothèse que le fait de réaliser des tâches complexes demandant une attention plus soutenue pour les IBODE les moins expérimentés influe sur le degré de leur satisfaction. Autrement dit, étant novice dans la profession, ces infirmiers paraissent être moins exigeants vis-à-vis de la qualité globale de leurs soins. Cependant, ils ressentent de la dissonance quand ils commettent une violation ou plusieurs actes problématiques dans un contexte de soumission induite.

2- LES VALEURS PROFESSIONNELLES : LES COGNITIONS LES PLUS FORTES ?

Les cognitions les plus fortes

L'analyse des entretiens et celle des questionnaires mettent en exergue des valeurs professionnelles similaires. Les valeurs du « prendre soin » côtoient les valeurs de sécurité, de gestion des risques encourus par la personne bénéficiant de l'acte chirurgical, de respect du patient et de son bien-être. Les valeurs d'écoute et d'empathie renforcent l'importance que les IBODE accordent à la relation au patient, à son accueil. Notons aussi que l'application des bonnes pratiques et l'analyse de l'exercice professionnel ainsi que la rigueur sont incontournables. Ces cognitions entrent toutes dans le calcul du taux de dissonance. Ainsi, elles sont inconsistantes avec la cognition génératrice que crée l'acte problématique qui est un acte risqué.

Des cognitions plus faibles et modifiées ?

Lors d'une rationalisation cognitive, rappelons que la cognition la plus forte est gardée « gelée », les cognitions les plus faibles sont modifiées pour permettre la réduction de l'inconfort psychologique. Ainsi, nous avons mis en évidence que les dimensions de la relation au patient, de « prendre soin » constituent des cognitions essentielles et inconsistantes avec l'acte problématique. Ces cognitions sont des cognitions qui ne peuvent être modifiées car très résistantes lors de la réduction de la dissonance. Elles sont donc « gelées ». Les cognitions les plus faibles seront alors transformées. Les IBODE feront alors évoluer leur attitude. Nous parlerons ainsi de changement d'attitude. Mais, quelles sont-elles ?

Nous avons constaté lors des entretiens les différentes cognitions mobilisées dans le taux de dissonance. Lors des justifications des IBODE au regard des violations de routine et par nécessité, différentes cognitions ont été mobilisées. Face à une violation routinière, une IBODE (E10) décrit une « ère de rentabilité », dans la vie de tous les jours il faut aller de plus en plus vite : « *on court, (...) c'est la vie de maintenant* » (E10). Elle modifie ainsi une cognition moins importante pour justifier son acte problématique. Elle se excuse en prétextant que prendre son temps pour accueillir un patient n'est plus de notre époque puisque

prendre son temps ce n'est pas être rentable et ne semble pas acceptable de nos jours. Par conséquent, cette argumentation prend la forme d'une justification *a posteriori* face au comportement problématique qui permet un changement d'attitude vers le comportement commis.

Nous avons aussi retrouvé certaines cognitions modifiées face à des violations par nécessité. Un IBODE (E3) décrit la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » comme une méthode anxiogène pour le patient. Ainsi, le fait de ne pas reposer les questions du premier time-out est justifié et devient consonnant avec l'acte problématique : « *on ne veut pas stresser le patient, on ne va pas le harceler* » (E3). Il transforme aussi cette cognition en affirmant que tous les items de la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » ne sont pas indispensables pour effectuer une prise en charge sécuritaire : « *tout ce qui est dans la check-list n'est pas indispensable à l'intervention* » (E3). Enfin, la cognition « rigueur » est modifiée par le même professionnel en baissant le degré souhaité d'exigence lors de la prise en charge des patients : « *il faut accepter, ça pourrait être mieux fait, après chacun a sa rigueur !* » (E3). De la sorte, la rigueur n'est plus une valeur si importante que cela. Ainsi, cet IBODE transforme certaines cognitions qu'il considère comme faibles afin de réduire son inconfort psychologique.

En conséquence, nous constatons que les cognitions « le plus fortes » sont les valeurs émanant du « prendre soin ». En effet, certaines valeurs que nous pouvons considérer comme « plus faibles » seraient pour certains IBODE des valeurs de rigueur, de sécurité en regard de la check-list « sécurité patient au bloc opératoire ». Mais, lors des entretiens, d'autres cognitions ont été mobilisées par les IBODE ressentant un inconfort psychologique.

L'évolution du système : vers une cognition consistante avec l'acte problématique pour une rationalisation cognitive ?

Dans les discours des IBODE interviewés, les violations routinières et par nécessité feraient de plus en plus partie des pratiques quotidiennes des soignants. Elles se normaliseraient. Tout se déroulerait comme si les violations n'étaient plus des comportements problématiques pour certains soignants. De surcroît, le système qui les tolère fonctionnerait en répondant aux contraintes et aux pressions d'efficacité et de rentabilité. Ainsi, naîtrait une « *sorte d'acceptation organisationnelle* » (Vaughan, 2008, p. 2) car les acteurs de soins

contourneraient certaines bonnes pratiques tandis que le système admettrait ces façons de faire. L'analyse de ces *déviations* permet aux IBODE de mettre en évidence les écarts aux bonnes pratiques. Ainsi, les violations seraient considérées comme de plus en plus fréquentes et admises dans une certaine normalité reconstruite. Il apparaîtrait alors des règles informelles. Ainsi, les risques deviendraient des risques tolérés et acceptables plus ou moins par tous. De plus, rappelons qu'un acte risqué n'occasionne pas forcément des dommages. De ce fait, cette normalisation de la déviance pourrait modifier certaines cognitions en changeant le « statut » de violations par nécessité se voyant considérées au même niveau que des violations de routine. Dès lors, les IBODE pourraient modifier leurs cognitions considérant ainsi certaines violations comme des pratiques normales.

Durant l'analyse des questionnaires nous avons noté que 35.20% des IBODE ont cité d'autres violations routinières que celles proposées par les trois exemples proposés. 13.63% de ces IBODE ont déclaré qu'ils renseignaient la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon très perfectible. Nous rappelons que cette violation est considérée comme une violation par nécessité, de la sorte, ces infirmiers paraissent la considérer comme une violation de routine. De même, 11.36% des IBODE ayant répondu à cette question disent ne pas vérifier les dispositifs médicaux de façon exhaustive. Ainsi, pour ces professionnels, cette violation par nécessité ferait parti des comportements perfectibles routiniers qui n'occasionnent que peu de risque pour le patient.

3- DES VIOLATIONS ET DES ÉTATS D'INCONFORT PSYCHOLOGIQUE

Des états d'inconforts plus ou moins intenses

Grace aux enquêtes par questionnaire et par entretiens, nous avons mis en évidence que les états d'inconfort psychologique sont de natures et d'intensités différentes. L'affect auto-rapporté le plus cité est le malaise. Ce terme apparaît aussi fréquemment dans le discours des IBODE interviewés. Cependant, certaines infirmières utilisent aussi le terme d'*épuisement* qu'elles qualifient d'insupportable. Nous avons également observé que deux IBODE interviewés ne décrivaient pas d'inconfort psychologique et ne mobilisaient aucun mode de réduction. Pareillement, certains IBODE ayant répondu au questionnaire ne ressentent pas d'inconfort au regard des violations qu'ils disent avoir commises. Remarquons que certains

infirmiers spécialisés faisant leurs des valeurs de performances ressentent modérément des inconforts psychologiques.

Niveau d'engagement de l'acte problématique

Dans un contexte de soumission induite, nous avons encore noté que les violations ont toutes un caractère public car elles sont effectuées en présence des membres de l'équipe paramédicale voire même de ceux de l'équipe médico-chirurgicale. Elles sont irréversibles et commises dans un contexte de liberté. Au cours de leurs activités journalières, les IBODE seraient amenés à contourner plusieurs fois certaines pratiques. Ainsi, au regard du caractère engageant de l'acte de la violation, l'IBODE commettant une deuxième violation à caractère engageant ressentirait une dissonance dont le taux augmenterait puisque le deuxième non-respect se comporterait comme une deuxième cognition génératrice.

De même, « la réalisation d'un comportement pro attitudinal faiblement engageant, juste après celle d'un comportement contre attitudinal fortement engageant, tend à augmenter la dissonance globale alors que la réalisation d'un comportement pro attitudinal fortement engageant la réduit » (Adzia et Joule, 2001, p.50). Ainsi, en fonction des bonnes pratiques et des violations commises ayant un caractère engageant, les IBODE voient varier leur taux de dissonance. En conséquence, le changement d'attitude fluctue. Un infirmier respectant de bonnes pratiques juste après la réalisation d'un comportement problématique tel qu'une violation induira alors une augmentation ou diminution de sa dissonance en regard de l'importance des facteurs d'engagement. Rappelons que la réalisation d'une bonne pratique en présence du chirurgien ou du cadre santé, donc la réalisation d'un comportement pro attitudinal fortement engageant a pour fonction de rendre l'attitude initiale plus résistante au changement lorsqu'elle est réalisée en premier (*Ibid.*, p. 49). Ainsi, si la même IBODE commet à la suite deux violations dans un contexte engageant important elle peut ressentir plus de dissonance.

De la sorte, le taux de dissonance varie au regard des actes de soins effectués. Vu l'état plus ou moins pénible qu'engendre la dissonance, les IBODE sont alors enclins pour le réduire.

4- QUELS MODES DE RÉDUCTION ?

Pour tolérer des états de dissonance ?

Les modes de réduction permettent à la personne de réduire son inconfort psychologique afin de le rendre tolérable. Cependant, nous avons noté que les affects auto-rapportés décrits par les IBODE sont d'intensités différentes. Lors des entretiens, les IBODE mobilisent ces stratégies de réduction afin de retrouver un état psychologique supportable. De même, durant la passation du test des questionnaires, les IBODE y participant ont manifesté le besoin d'expliquer les causes de leurs actes perfectibles afin de retrouver un état psychologique leur étant supportable. De la sorte, ces infirmiers tentaient d'apporter des justifications donc de mobiliser des modes de réduction, manifestations *a posteriori* de leur dissonance.

De plus, nous avons mis en lumière que chaque seuil de tolérance est personnel. Aussi, la durée de la tolérance à la dissonance fluctue : certains IBODE peuvent tolérer un inconfort durant des mois voire pour certains des années. Cependant, le seuil peut varier et ce qui était supportable pour l'IBODE peut ne plus l'être si les modes de réduction ne permettent plus de revenir à un état tolérable. Ainsi, l'infirmier ressent à nouveau un inconfort psychologique inconfortable lorsqu'il commet de nouveau une violation.

Les modes de réduction

Nous avons constaté que les modes de réduction les plus souvent utilisés mobilisent des facteurs externes. Ainsi, les modes de causalités externes, de déni de responsabilité et de trivialisations sont très souvent convoqués. Cependant les changements d'attitude sont moins utilisés. Ainsi, les IBODE pensent rendre plus acceptables leur comportement problématique. De même, nous repérons dans les argumentaires des IBODE en état de dissonance, des propos prenant une teinte de culpabilité au regard des violations ayant des répercussions éventuelles pour les patients. De plus, nous notons que pour les affects auto-rapportés les plus intenses, les IBODE détiennent en moyenne la durée d'exercice professionnel IBODE les plus courtes. Ainsi, ces infirmiers pourraient ressentir plus de désapprobation professionnelle voire sociale car ils disent avoir choisi la profession d'infirmier pour aider les autres. De plus, ces

professionnels ont suivi la formation d'IBODE pour prévenir et gérer les risques encourus par le patient.

Vaidis, (2011, p.57) cite Kelman et Baron (1974) qui décrivent une reformulation technique de la théorie de la dissonance cognitive et apportent des précisions dans son processus. Ainsi, un état de dissonance morale et de dissonance hédonique seraient générées lors d'une violation de principes ou de valeurs morales importantes. L'inconfort psychologique lors de dissonance morale convoquerait de la culpabilité et la crainte d'être blâmé. Cela occasionnerait aussi une forte menace pour le soi. De plus, Holland, Meertens et Van Vugt (2002) mentionnent les conséquences négatives pour autrui autrement dit, dans notre recherche, pour la personne bénéficiant d'une intervention chirurgicale. Ces mêmes auteurs précisent que dans ces situations de dissonance, les justifications des comportements ne sont pas identiques. Dans le cas d'une dissonance hédonique, générée par un comportement dit stupide qui entraîne plus de coûts que de bénéfices pour la personne et qui provoque des conséquences rien que pour elle, les modes de justifications sont internes. Dans le cas de dissonance morale où le soi est fortement impacté, les personnes mobilisent des justifications externes.

Ainsi, nous revenons sur le schéma « processus dynamogène de la dissonance de l'IBODE » proposé antérieurement en y apportant certaines nuances :

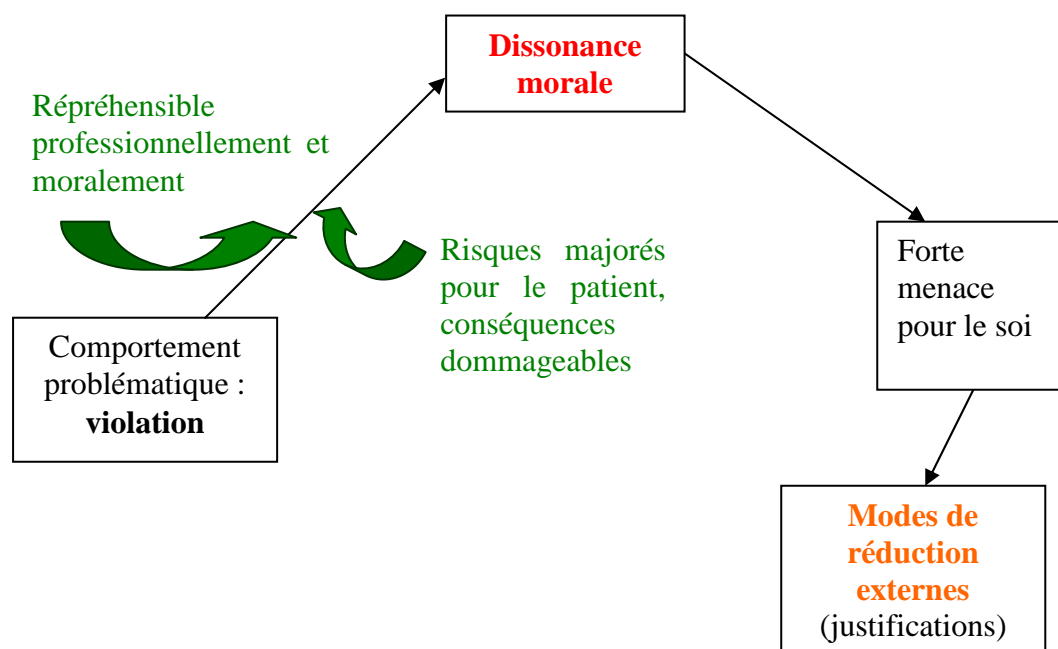


Schéma 16 : Processus dynamogène de la dissonance morale de l'IBODE

Nous avons positionné sur ce schéma la forte menace pour le soi et les modes de réductions externes. Ainsi, l'IBODE réduit son inconfort psychologique à un seuil tolérable. Mais, si cela ne suffit pas, que peut faire ce professionnel ?

Évitement de la dissonance

Lors des entretiens, nous avons noté que certains IBODE toléraient de manière très difficile leurs états d'inconforts psychologiques. Ainsi, une IBODE évite d'être confrontée le plus possible à certaines situations afin de ne pas reproduire des violations générant un état de dissonance. Une autre IBODE ne supporte plus son état même en mobilisant des modes de réduction externe. Ainsi, elle choisit d'exercer en libéral. Laborit précise « ce qu'il faut, en définitive, à l'homme contemporain pour qu'il puisse supporter la part de travail qui lui reste à faire, c'est une « nouvelle grille » qui rendrait signifiant pour lui l'ensemble des faits techniques, sociaux et culturels qui l'assaillent chaque jour et créent chez lui l'angoisse. Celle-ci résulte nous l'avons dit de l'impossibilité d'agir efficacement en vue de l'obtention d'un équilibre de satisfaction. Or comment agir efficacement quand les faits, les situations, les événements surgissent, s'accumulent sans relation entre eux, sans ordre, sans structure. (...) Alors, à moins d'accepter de disparaître, il ne reste plus que la fuite dans l'imaginaire. Son travail ne fera qu'exprimer son apparente soumission au conformisme castrateur et triomphant » (Laborit, 1976, p. 108-109). Ainsi, certaines IBODE choisissent la fuite vers un autre milieu professionnel.

5- LA THÉORIE DE LA DISSONANCE COGNITIVE : FORCE ET FAIBLESSE

Face à ces constatations, la théorie de la dissonance cognitive s'est-elle avérée porteuse et pertinente ? Cette théorie de Festinger de plus d'un demi-siècle fait toujours couler autant d'encre. Force est de constater que les chercheurs soutiennent grandement leurs recherches grâce à cette dernière et lui font prendre de l'ampleur. Nous nous sommes appuyée sur les recherches de Festinger. Cela nous a permis de lire le quotidien de professionnels IBODE et par là-même le vécu de ces soignants face aux violations qu'ils disent commettre. Mettre en évidence des états d'inconfort psychologique pouvant conduire jusqu'à

l'épuisement professionnel si ces derniers ne sont pas réduits, décortiquer les cognitions inconsistantes en présence, comprendre mieux les modes de réduction permettant de mettre en exergue les états de dissonance, voilà ce que nous a permis cette théorie. Elle a aussi soutenu l'idée que si les personnes ne peuvent réduire leur souffrance psychologique à un seuil de tolérance alors elles sont contraintes de partir de leur lieu de travail. Cette *fuite* est une stratégie pour éviter tout ce qui pourrait provoquer de nouveau et majorer leur inconfort psychologique intolérable. Les IBODE qui arrivent à le réduire et à le tolérer continueront à travailler dans le même univers de travail en semblant lutter contre certaines de leurs valeurs de qualité des soins.

Tout se déroule alors comme si le fait d'être dissonant permet de ne pas tolérer et de ne pas « cautionner » les déviations de quelques natures soient-elles. Ne pas réduire totalement cet état d'inconfort psychologique permet aux IBODE de rester en alerte et en vigilance face aux dérives éventuelles d'un système. La dissonance, cet état inconfortable est-il une force ou une faiblesse pour ces infirmiers ? Le réduire n'est-il pas avaliser les valeurs d'efficacité du monde de « *faire du soin* » ? N'est-il pas s'engager dans certaines valeurs plutôt qu'être engagé ? Les différents modes de réduction tels que la rationalisation, la causalité externe, le déni de responsabilité, la trivialisatation, la sur confiance gardent-ils les soignants en alerte face au risque ou les rendent-ils plus malléables par et pour un système pouvant servir « l'ère de la rentabilité » ?

Nous pouvons nous interroger de la sorte : les règles, même informelles soient-elles, pourront-elles convoquer des violations mineures ou majeures ? Ainsi, pour répondre à une certaine efficacité le système semblerait-il malmenier sa mission première, sa mission en qualité et en sécurité des soins ? Ne serait-il pas en train d'aller à l'encontre de celle-ci en nuisant potentiellement à ceux qui le sollicitent pour retrouver un état de santé, pour soigner leur corps malade ?

6- DEUX MÉTHODOLOGIES COMPLÉMENTAIRES : QUELS RÉSULTATS ?

Vivre l'entretien, une position délicate

Enfin, nous voudrions apporter quelques précisions quant à notre vécu des entretiens. Avant d'être chercheur, rappelons que nous sommes infirmier spécialisé, cadre de santé ayant géré pendant plusieurs années un bloc opératoire polyvalent accueillant des enfants et maintenant cadre supérieur de santé dans une école d'infirmiers spécialisés en bloc opératoire. Il nous aura fallu prendre de la distance avec nos valeurs, nos principes, nos idéologies. Rester intègre, sans jugement dans nos propos a été un effort de tous les instants. Toutefois, il est à noter que la connaissance de l'univers des blocs opératoires aura été primordiale pour obtenir un maximum de données significatives. De la sorte, nous nous sommes sentie quelque peu comme un dénonciateur de mauvaises pratiques mais aussi comme un confident permettant l'expression parfois délicate et difficile de certains sentiments d'intensité très variables. Ainsi, l'entretien pour certaines a été un exutoire, pour d'autre il aura permis le début d'un bilan. Notons qu'une infirmière est toujours restée dans des propos très distanciés. Parler de leur travail, des conditions dans lesquelles certaines professionnelles prodiguent des soins a été très douloureux pour deux infirmières.

Des points objectivés

Les résultats de l'enquête quantitative ont permis de mettre à jour les différents types de violations que les IBODE disent avoir commises. Ainsi, nous avons pu identifier grâce à des exemples les différents types de violations. De plus face à ces violations, grâce à l'échelle d'affects auto-rapportés de Lecrique (2007) nous avons relevé que les violations routinières sont les plus souvent réalisées. Elles génèrent le plus d'inconfort psychologique. Les violations par nécessité sont moins souvent effectuées. Cependant comme les violations de routine elles génèrent par ordre d'importance des inconforts à type de malaise, puis de la gêne et de l'embarras. Les violations par commodité ne génèrent pas d'inconforts psychologiques très intenses au regard des exemples présentés. Par contre, une IBODE interviewée ressent un inconfort psychologique difficilement supportable. L'enquête qualitative démontre que les

trois types de violation génèrent un état motivationnel pour réduire l'inconfort psychologique. Elle permet de mettre en évidence que les modes de réduction externes sont les plus souvent mobilisés. Le changement d'attitude est moindre. L'enquête quantitative conclut aussi que les IBODE les plus dissonants et donc les moins expérimentés dans la fonction d'IBODE sont les plus satisfaits de leur prise en soins. Nous n'avons pu l'observer lors des entretiens. Elle nous permet aussi d'indiquer que les valeurs de « prendre soin » sont primordiales pour les IBODE. L'analyse des entretiens met en exergue la « normalisation » de certaines violations qui peuvent ainsi être considérées comme des pratiques entrant dans les mœurs en bloc opératoire.

Des questions qui demandent plus de précisions

Cependant, quelques points appellent certaines précisions. Nous n'avons pu, de par nos méthodologies, observer l'évolution du taux de dissonance en fonction de la succession d'actes problématiques ou pro-attitudinaux plus ou moins engageants.

7- RETOUR SUR NOS HYPOTHÈSES

Nous avons pu confirmer partiellement notre première hypothèse. En effet, certains IBODE ayant des valeurs de performance ressentent de manière modérée des inconforts psychologiques lorsqu'ils disent avoir commis des violations.

La deuxième hypothèse est aussi confirmée de façon partielle étant donné que certains IBODE disent ne pas ressentir des états d'inconforts psychologiques. Certains ne mobilisent pas dans leurs discours de modes de réduction. Cependant, nous avons pu observer des états d'inconforts chez les IBODE ayant de valeurs du « prendre soin » lorsqu'ils disent commettre des violations par commodité.

Les dernières hypothèses ne sont confirmées que partiellement puisque tous les modes de réduction sont mobilisés indifférent au regard des années d'expériences professionnelles IBODE.

8- PERSPECTIVES

Grace aux analyses des résultats quantitatifs et qualitatifs, nous avons pu mettre en évidence que certains infirmiers n'agissaient pas en accord avec leurs conceptions et valeurs professionnelles. Nous avons relevé une émotivité grandissante au cours des entretiens vu que leur responsabilité et leur éthique personnelle étaient malmenées. Ainsi, les comportements problématiques réalisés par les IBODE (violation) seraient inconsistants avec leur conception des soins. Tout pourrait se dérouler comme si les attentes qu'exigent les infirmiers d'eux-mêmes n'étaient pas congruentes avec leur comportement. De même, nous constatons que l'évolution du système conduit à l'augmentation de l'émotivité de certains professionnels engagés pour répondre aux exigences de performance et de rentabilité.

La dissonance émotionnelle apparaît quand le travail et les situations de travail requièrent de la part du professionnel l'expression d'une émotion qui ne serait pas celle ressentie par la personne. Abrahan (1998) définit cette dissonance comme la résultante d'un conflit entre la personne et le rôle professionnel qu'elle endosse. Ainsi, les violations de routine et par nécessité qu'effectuent les IBODE semblent faire de plus en plus partie de l'exercice professionnel. Dès lors, chez certains IBODE elles provoquent des inconforts psychologiques, des affects, des émotions difficilement supportables.

CONCLUSION

Conclure cette étude n'est certainement pas chose aisée. Le choix du thème de notre recherche n'est pas innocent. Nous nous sommes toujours questionnée sur ce qui pouvait conduire des professionnels infirmiers formés à la gestion des risques encourus par les patients à contourner les bonnes pratiques. Ces mêmes professionnels doivent mettre en œuvre des actions de soins pour promouvoir la sécurité en bloc opératoire. Mais, de la sorte, en commettant sciemment des actions de soins qu'ils savent devoir parfaire, ils minimisent la qualité des soins prodiguée à la personne bénéficiant d'une intervention chirurgicale. La rupture épistémologique a donc été indispensable afin de nous distancier de notre posture de cadre supérieur de santé formateur d'infirmiers de bloc opératoire. Ce positionnement fut ravivé lors de la conduite des entretiens semi-directifs de l'enquête.

En touchant au point final de cette recherche portant sur les affects auto rapportés des IBODE lorsqu'ils disent commettre des violations, force est de constater que cette étude a fourni des résultats d'une grande abondance : certains étaient prévisibles, d'autres totalement imprévus et particuliers.

Tout d'abord, ces résultats ont permis d'approcher un paradigme peu mis en avant dans les pratiques professionnelles : les violations. Les études considèrent souvent les erreurs qui peuvent se définir comme des déviations non intentionnelles. Nous avons considéré les « déviations délibérées – mais pas nécessairement répréhensibles - de pratiques estimées nécessaires (...) pour assurer le fonctionnement en sécurité d'un système potentiellement dangereux ». (Reason, 2013, p. 280). Notre étude se situe dans un contexte clos : le bloc opératoire. Ce système dit complexe où évoluent ses professionnels aux logiques plurielles et sa propre hiérarchie, développe ses règles et ses pratiques. De plus, la théorie de la dissonance cognitive (Festinger, 1957) et la reformulation de la théorie radicale de la dissonance (Joule et Beauvois, 1986) ont été mises à l'épreuve par de nombreux chercheurs en laboratoire. Au regard des résultats de notre étude, nous avons mis en exergue la dissonance cognitive soit l'inconsistance de différentes cognitions des IBODE lors de pratiques professionnelles *in vivo*. Ainsi, « seule cette inconsistance peut permettre d'attester un effet de dissonance

cognitive » (Viadis, 2011, p. 189). Nous avons par la suite « mesuré » l'état émotionnel inconfortable grâce à l'échelle d'affects auto-rapportés en langue française de Lecrique (2007). Cependant, force est de constater que les outils pour les mesures émotionnelles de la dissonance « restent encore trop peu développés » (*Ibid.*, p. 189). De plus, notre recherche fait apparaître une évolution de l'amplitude de la dissonance, mais cette « relation d'amplitude n'a jamais fait l'objet d'une évaluation exhaustive portée sur l'éveil émotionnel et testant une relation linéaire (impliquant donc plusieurs niveaux d'inconsistance) » (*Ibid.*, p. 190). Cependant, nous avons constaté que les émotions que déclarent ressentir les IBODE sont d'intensité variable et deviennent pour certains de moins en moins supportables. En effet, par ce paradigme, une spécificité apparaît : il n'est pas forcément nécessaire d'accomplir un acte problématique pour que s'éveille un inconfort psychologique, soit un état de dissonance cognitive. Pour certains IBODE, le fait de se sentir engagés dans le système de « l'ère de la rentabilité » pour les temps à venir, génère un inconfort. Ainsi, ils témoignent qu'ils ne pourront pas supporter longtemps leur insatisfaction face à l'évolution de la tolérance de certains actes problématiques. « *On bataille, on bataille, on est tirillé, fatigué, épuisé. Je me suis demandé si j'allais partir. (...). C'est difficile, on ne va pas au travail sereinement. C'est épuisant !* » (E9).

Les résultats de l'étude quantitative établissent la régularité et l'importance des violations que disent commettre les IBODE. Les violations dites de routine sont les plus perpétrées. Puis viennent les violations par nécessité et les violations par commodité. Ces actes risqués sont considérés comme des agissements contre-attitudinaux inconsistants avec les valeurs professionnelles et la conception du « prendre soin » de ces soignants. Ainsi, la coexistence de ces différentes cognitions peut générer un inconfort psychologique d'intensité et de nature variables pour ces professionnels. De la sorte, ces IBODE mobilisent des stratégies afin de justifier leurs actes. Ces modes de réduction utilisés *a posteriori* sont les symptômes d'une dissonance cognitive plus forte pour les professionnels les moins expérimentés dans la fonction d'IBODE. Les violations routinières génèrent le plus d'inconfort alors qu'elles provoquent des risques faibles pour le patient. Les infirmiers spécialisés convoquent des modes de réduction externes quelle que soit leur expérience d'infirmiers spécialisés. La rationalisation cognitive est un mode de réduction peu utilisé par les IBODE car les valeurs professionnelles prônant la relation, le respect au patient et la rigueur sont des cognitions « gelées ». Certains réduisent ainsi leur inconfort psychologique à un seuil tolérable.

De plus, l'esprit gestionnaire est de plus en plus prégnant tant ce dernier semble aujourd'hui indissociable de l'exercice des professionnels de santé. Encore, nous avons observé que ses objectifs d'efficience, de rentabilité sont relevés de manière importante et récurrente par les IBODE. De même, nous notons qu'une injonction à la performance côtoie l'exigence de rigueur et de respect au patient éprouvée par les pressions temporelles et organisationnelles. Les IBODE semblent agir à l'intersection de deux mondes : le monde « *du prendre soin* » et le monde « *de faire du soin* ». Peuvent-ils répondre aux demandes croissantes du premier ? De surcroît, comment comprennent-ils aujourd'hui la « qualité » ? Est-elle similaire dans ces deux univers au regard de leurs logiques ? La qualité peut-elle mettre en exergue une notion non mesurable et ni quantifiable : la relation au patient ? La qualité décrite par les soignants et le « prendre soin » sont-ils équivalents à ceux définis par les instances et les autorités certifiantes ? Comment alors répondre à une continuité des soins au regard d'une qualité et de la sécurité ?

Les infirmiers de bloc opératoire se trouvent de ce fait devant un dilemme : vers quel monde se tourner ? Ce choix est-il aussi simple pour eux ? N'y aurait-il pas une autre dimension à prendre en considération ? Incontestablement, s'engager pour la sécurité au regard d'une gestion des risques, s'engager pour promouvoir la relation avec le patient sont l'essence même de leur métier d'infirmier. Pourtant, comment peuvent-ils faire aussi bien avec moins de temps ? Peuvent-ils répondre simultanément aux exigences des deux logiques ? Les IBODE ont-ils plusieurs options ? Se sentent-ils libres d'en décider ? Ne se sentent-ils pas engagés malgré eux ? C'est la raison pour laquelle faire leur travail en ne respectant pas certaines bonnes pratiques paraît incontournable au détriment de la rigueur et de la sécurité prônées et valorisées par ces mêmes professionnels. Mais qui répondra des actes et des procédures effectués face aux pratiques préconisées ? Quelle responsabilité pour les IBODE ? Soigner mieux ou aussi bien ou soigner plus, quel dénouement ? Quelle solution pour quelle exigence et quel gain ? Nous devons aussi considérer que ces professionnels peuvent faire varier leur inconfort psychologique en commettant successivement des actes pro-attitudinaux et des actes problématiques dans un contexte plus ou moins engageant. Par conséquent, ils mobilisent face à leur taux de dissonance des justifications d'ordre externe car ils peuvent culpabiliser face à leurs comportements allant à l'encontre de leur conception des soins. Ces IBODE ayant embrassé la profession d'infirmiers afin d'aider les patients pourraient craindre

une certaine forme de désapprobation professionnelle voire sociale. Ainsi, ils ressentiraient des émotions intenses.

Etre infirmiers de bloc opératoire ne paraît pas être un métier aisé : leurs valeurs semblent se confronter et rentrer en conflit avec leurs actes. Quels sens donner à ces actes quand les bonnes pratiques et les principes de sécurité sont malmenés aux yeux de la hiérarchie ? Comment ne pas éprouver un certain inconfort psychologique face au constat de pratiques perfectibles susceptibles de majorer les risques encourus par le patient ? Comment vivre et travailler avec ces éléments dichotomiques ? Comment tolérer cet inconfort alors que chaque jour de travail semble imposer les mêmes pressions et engendre des actes problématiques supplémentaires pour les IBODE formés à la gestion des risques ? Est-il aisé d'expliquer la cause d'une violation majorant les risques pour autrui ? Le contexte de liberté dans lequel évoluent ces professionnels et le caractère engageant des actions de soins perfectibles ou non semblent augmenter l'inconfort psychologique qu'ils ressentent.

En tout état de cause, au regard des violations effectuées, l'inconfort des IBODE paraît exister et évoluer face à chacune d'elles. Cet état dynamogène conduit ces infirmiers à essayer de diminuer les inconforts psychologiques de différentes façons. Mais certains IBODE disent ne pas réussir à le baisser au-delà d'un certain seuil où cet affect serait tolérable. Par conséquent, certains évitent les causes des inconforts psychologiques pour ne plus ressentir un *épuisement*. Ils s'extraient ainsi du contexte de soumission induite dans lequel ils exercent leur métier. Une IBODE durant un entretien tenait ces propos : « *c'est de la maltraitance de ne pas donner du temps à des gens pour qu'ils fassent leur travail comme ils devraient le faire* » (E1).

Ainsi, certains IBODE ressentiraient-ils un sentiment de culpabilité ? Ne se sentiraient-ils pas responsables de cautionner un système qui paraîtrait accepter et normaliser certaines dérives ? Comment tendre vers un professionnalisme irréprochable pour ces IBODE ? La dissonance cognitive ne permet-elle pas à ces professionnels d'amorcer une réflexion ? Pour d'autres, elle semble favoriser l'évolution de certaines cognitions. Ainsi, certaines violations par nécessité sont considérées par certains IBODE comme des violations de routine qui n'engendreraient que peu de conséquences dommageables pour la personne bénéficiant d'une intervention chirurgicale. Est-ce à dire que ces professionnels en viendraient à banaliser les risques ?

BIBLIOGRAPHIE

Aristote, 324 A J-C, *Les seconds analytiques* I, 2, 71b, 9-11.

Abraham, R., 1998, Emotional dissonance in organizations: Antecedents, consequences and moderators. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 124, 229–246.

Abric, J-C., 2003, *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville : Saint-Agne.

Abric, J-C., 1994, L'étude expérimentale des représentations sociales. In Jodelet, D (ed). *Les représentations sociales*. Paris : PUF, p. 187-203.

Aït Abdelmalek, A, Gérard, J.L., 1995, *Sciences humaines et soins, manuel à l'usage des professions de santé*. Paris : Interéditions.

Allport, G., 1954, The historical background of modern social psychology. In G., Lindzey (ed.), *Handbook of Social Psychology* (Vol. 1). Cambridge: Addison-Wesley, p. 3-56.

Aronson, J., Blanton, H., Cooper, J., 1995, From dissonance cognitive to disidentification: selectivity in the self-affirmation process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 986-996.

Amalberti, R. 1996, *La conduite de système à risques*. Paris : P U F. Le travail humain.

Amalberti R, Vincent C, Auroy Y, de Saint Maurice G., 2006, Violations and migrations in health care: a framework for understanding and management. *Qual Saf Health Care*, 15 (1), i66-i71.

Amalberti, R., 2010, *Le risque d'accident peut-il se contrôler par des approches formelles ? Expertise et incertitude* réf du 31/10/2013 PDF/Adobe Acrobat Disponible sur : http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/41028/sdh_2010_62_37.pdf?sequence=1.

Amalberti, R., 2012, *Piloter la sécurité : théories et pratiques sur les compromis et les arbitrages nécessaires*. Paris : Springer.

Amalberti, R., Pibarot, M.-L., 2003, La sécurité du patient revisitée avec un regard systémique. *Gestion Hospitalière*, 422, p. 18-25.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. 2003. *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*. Paris : ANAES. [réf. Du 21/11/2010] PDF/Adobe Acrobat. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/gestion_risques_2006_10_06__10_14_23_40.

ANAP, 2013, *Evaluer et analyser la performance d'un bloc opératoire*. Paris : ANAP. [réf. Du 30/07/2013] PDF/Adobe Acrobat. Disponible sur : <<http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/evaluer-et-analyser-la-performance-dun-bloc-operatoire-auto-diag-bloc/>.

Aronson, J., Blanton, H., Cooper, J. 1995, From dissonance to disidentification: selectivity in the self-affirmation process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(6), 986-996.

Azdia, T., Joule, R.-V. 2001, Double soumission forcée et engagement: le cas de deux comportements inconsistants. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 14, 31-55.

Babeau, O., Chanlat, J. - F., 2008, La transgression, une dimension oubliée de l'organisation, *Revue Française de Gestion*, 3, 183, 201 – 219.

Bachelard, G., 1938, *La formation de l'esprit scientifique*. Paris : J. Vrin.

Bardin, L, 2005, *L'analyse de contenu*. Paris : PUF, 11^{ème} édition.

Beauvois, J.L., Joule, R.-V., 1981, *Soumission et idéologies : psychologie de la rationalisation*. Paris : PUF, Psychologie d'aujourd'hui.

Beauvois, J.L., Joule, R.-V., 1982, Dissonance versus self-perception theories : a radical conception of Festinger's theory, *Journal of Social Psychology*, 117, 99-113.

Beauvois, J.L., Rainis, N., 1993, Dissonance reduction and causal explanation in forced compliance situation. *European Journal of Social Psychology*, 23, 103-107.

Beaud, S, Weber, F, 2010, *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : La Découverte, Repères.

Beauvois, J.L, Bungert, M., Mariette, P., 1995, Forced compliance : Commitment to compliance and commitment to activity, *Schweizerische Zeitschrift Für Psychologie*, 60, 215-230.

Beauvois, J.L., Joule, R.-V., 1996, *A radical Dissonance Theory*. London : Taylor & Francis.

Beauvois, J.L., Joule, R.-V. ; 2009, *La soumission librement consentie*. Paris : PUF, 6ème édition corrigée.

Beauvois, J.L., Ghiglione, R., Joule, R., 1976, Quelques limites des réinterprétations commodes des effets de la dissonance. *Bulletin de Psychologie*, 29 (14-15), 758-765.

Beck, U., 2008, *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Flammarion.

Becker, H.S., 1963, *Outsiders. Etudes sociologique de la déviance*. Paris : A-M Métaillé, 1985 pour la traduction française.

Bedouch, F., 2008, Le patient, l'éthique et la chirurgie face aux attentes du corps. *Interbloc* 27(3), 203-205.

Bègue, L., Desrichard, O., 2013, *Traité de psychologie sociale : la science des interactions humaines*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Beider, C, 2006, *Les facteurs humains dans la gestion des risques. Evolution de la pensée et des outils*. Paris : Lavoisier.

Berthelot, J.-M., 1990, *L'intelligence du social*. Paris : P.U.F.

Blanchet, A., Gotman, A., 1992, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan.

Blanchet, A., Ghiglione, R., Massonat, J., Trognon, A., 2005, *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Paris : Dunod.

Blanton, H., Pelham, B.W., DeHart, T.,Carvallo, M., 2001, Overconfidence as dissonance reduction, *Journal of Experimentatal Social Psychology*, 4, 614-621.

Blot, B., 2009, *Le développement des compétences par le dialogue réflexif. Contribution à la formation par alternance des infirmiers(ières) de bloc opératoire*. Mémoire SIFA Université de F. Rabelais de Tours.

Brainbridge, L., Lenior, T., Van Der Schaaf, T, 1993, Cognitive process in complex tasks: introduction and discussion, *Ergonomics*, 36 (11), 1273-1279.

Boukaert, G, 2003, *La réforme de la gestion publique change-t-elle les systèmes administratifs ?* [réf. Du 11/09/2012] PDF/Adobe Acrobat. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2003-1-page-39.htm>.

Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C, Passeron J.-C., 1968, *Le métier de sociologue*. Paris : Mouton-Bordas.

Boussard,V., Demazière, D., Milburn, P., 2010, *L'injonction au professionnalisme*, Rennes : Presse Universitaire de Rennes.

Bourrier, M., 1999, *Le nucléaire à l'épreuve de l'organisation*. Paris :PUF, Le Travail Humain.

Cambon, J., Guarnieri, F., 2008, *Maitriser les défaillances des organisations en santé et sécurité au travail*, Paris : Lavoisier.

Catanas, M., 2009, Etre infirmier au XIXe siècle. *Société Française d'Histoire des Hôpitaux*, 9, 135, 48 – 57.

Carricaburu, D., Ménoret, M., 2004, *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies*. Paris : Armand Colin, U Sociologie.

Channouf, A., Le Manio P-Y. , Py, J., Somat, A. 1993, Internality, normative clearheadedness and temporal persistence of effects of dissonance. *International Review of Social Psychology*, 6, 64-84.

Clot, Y., 2001, Clinique du travail, clinique du réel. *Journal des Psychologues*, 185, 48–51 ;

Clot, Y., 2004, *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF, 4^{ème} édition corrigée.

Clot, Y., 2010, *Le travail à cœur pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte.

Collière, M.F., 1982, *Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : Inter-Editions Masson.

Crahay, M, 2006, Qualitatif – Quantitatif : des enjeux méthodologiques convergents ? In Paquay, L, *et al.*, *L'analyse qualitative en éducation*, De Boeck Supérieur, Pédagogies en développement, p. 33-52.

Cuche, D, 2004, *La notion de culture dans les sciences sociales*. Paris : La découverte, Repères.

De Gaulejac, V., 2010, *La société malade de la gestion*. Paris : Edition du seuil.

Dejours, C., 1980, *Travail = usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*. Paris : Le Centurion.

Dejours, C., 1996, Prescription, transgression et souffrance dans le travail. In Girin, J., Grosjean, M., *La transgression des règles au travail*. Paris : L'Harmattan, Collection Langage et travail.

Devine P.G., Tauer J., Barron K., Elliot A., Vance K., 1999, Moving beyond attitude change in the study of dissonance related processes. In E. Harmon-Jones et J. Mills (eds.), *Cognitive Dissonance : Progress on a pivotal Theory in Social Psychology*, Washington, DC. America Psychological Association, p. 297-323.

De Singly, F., 2016, *Le questionnaire*. Paris : Armand Colin.

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, 2003, *La perception de la qualité chez les professionnels des établissements privés*. [réf. Du 11/09/2012] PDF/Adobe Acrobat. Disponible sur : http://old.agevillage.org/AgeNet/upload/documentation/qual_profes.pdf.

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées, 2006 ; Commission de Coordination Régionale des Vigilances. *Risques au bloc opératoire : cartographie et gestion*. [réf. Du 21/11/2010] PDF/Adobe Acrobat. Disponible sur : <[http : www.midi-pyrenees.sante.gouv.fr/santehom/vsv/vigilanc/dossiers/risques/blocop.htm](http://www.midi-pyrenees.sante.gouv.fr/santehom/vsv/vigilanc/dossiers/risques/blocop.htm).

Direction de la recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, 2004, Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé *Etudes et résultats*, n° 335.

Direction de la recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, 2016, La démographie des professionnels de santé [réf. Du 29/12/2016]. Disponible sur : <<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-autres-professions-de-sante-rpps-et-adeli/article/la-demographie-des-autres-professions-de-sante-rpps-et-adeli>.

Doise, W.; 1935, *L'explication en psychologie sociale*. Paris : PUF, Collection Sociologie.

Doise, W., Deschamps, J.C., Mugny, G., 1991, *Psychologie sociale expérimentale*. Paris : Armand Colin.

Doise, W., Clémence, A. et Lorenzi-Cioldi, F., 1992. *Représentations sociales et analyses de données*. Grenoble : PUG.

Dufey, A-F., 2006, Qualité que ne dit-on pas en ton nom. In Perrot. M.,D., Du Pasquier, J.N, Joye, D., Leresche, J.P., Rist, G., *Ordres et désordres de l'esprit gestionnaire, où vont les métiers de la recherche, du social et de la santé ?* Lausanne : Réalités Sociales.

Elliot, A.J., Devine P.G., 1994, On the motivational nature of cognitive dissonance : Dissonance as psychological discomfort. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 382-394.

Emery, Y., 2009, Apports essentiels du management de la qualité au renouveau du modèle bureaucratique. *Revue de l'Innovation dans le Secteur Public* [réf. Du 11/09/2011] PDF/Adobe Acrobat. Disponible sur http://www.innovation.cc/francais/yves14_3emery2.pdf.

Emery, Y., Giaucque, D., 2005, *Paradoxes de la gestion publique*. Paris : L'Harmattan.

Emery, Y., Wyser, C., 2008, The swiss federal administration in a context of downsizing : the public servants perception about productivity, motivation and ethical issues. In J. Maesschalck and L. Huberts (Eds.), *Ethics and Integrity of governance : perspectives accross frontiers*. Cheltenham : Edward Elgar Publishing Ltd.

Enriquez, E., 1997, *Les enjeux du pouvoir et du désir dans l'entreprise*. Paris : Desclée de Brouwer.

Essig, P., 2001, *Débat national sur les risques industriels*, [réf. Du 11/09/2011] PDF/Adobe Acrobat. Disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000324/index.shtml>.

Fawcett, J., 1978, The "What" of Theory Development. (*dir*). *Theory development: what, why, and how*. New York : National League for Nursing, 17-33.

Fawcett, J., 1984, The metaparadigm of nursing: present status an future refinements. *The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-89.

Festinger, L., 1957, *A cognitive Dissonance Theory*. Stanford, CA: Stanford University Press.

- Festinger, L., Riecken, H., Schachter, S., 1993, *L'échec d'une prophétie*. Paris : PUF.
- Fischhoff, B., Lichtenstein, S., Slovic, P., Derby, S. & Keeney, R.L., 1981, *Acceptable Risk*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Flaskerud, J.H., Halloran, E.J., 1980, Areas of agreement in nursing theory development. *Advance in Nursing Science*, 3(1), 1-7.
- Fointat, V., Girondola, F., Gosling, P., 2013, *La dissonance cognitive: quand les actes changent les idées*. Paris : Armand Colin.
- Gawande A.A. et al., 2003, Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *The New England Journal of Medicine*, 348, 229-235.
- Ghiglione, R., Matalon, B., 1978, *Les enquêtes sociologiques - théories et pratiques*, Paris : Armand Colin.
- Guibert, J. et Jumel, G., 1977, *Méthodologie des pratiques de terrain en sciences humaines et sociales*. Paris, Armand Colin.
- Guillermant, J., 1988, *Histoire des infirmières : des origines à la naissance de la Croix-Rouge*. Paris : France sélection.
- Guittet, A., 2008, *L'entretien : techniques et pratiques*. Paris : Armand Colin, 7^{ème} Edition.
- Gosling, P., Denizeau, M., Oberlé, D., 2006, Denial of responsibility: a new mode of dissonance reduction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 722-733.
- Hamilton, A.-E., 1900, *Considérations sur les infirmières des hôpitaux*. Thèse de doctorat en médecine. Montpellier : Imprimerie centrale du midi.
- Haute Autorité en Santé, 2007, *Définir ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé*. [réf. Du 11/09/2012] PDF/Adobe Acrobat. Disponible sur : [http : //www.has-](http://www.has-)

sante.fr/portail/jcms/c_613048/rapport-definir-ensemble-les-nouveaux-horizons-de-la-qualite-en-sante?xtmc.

Haute Autorité en Santé, 2008, *Projet HAS 2009-2011*. [réf. Du 11/09/2012] PDF/Adobe Acrobat. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/projet_has_2009-2011vdefinitive.pdf.

Haute Autorité en Santé, 2010, *La culture de la sécurité des soins : du concept à la pratique*. [réf. Du 11/09/2012] PDF/Adobe Acrobat. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1025241/culture-de-securite-du-concept-a-la-pratique.

Haute Autorité en Santé, 2011, *Manuel de certification des établissements de santé V 2010*. [réf. Du 11/09/2012] PDF/Adobe Acrobat. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011.

Haute Autorité en Santé, 2011, Rencontres HAS 2011 17 et 18 novembre, centre des congrès Lyon [réf. Du 08/09/2017]. PDF/Adobe Acrobat. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/dossier_du_participant_-_rencontres_has_2011_mel.pdf.

Hesbeen, W., 1997, *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson.

Hesbeen, W., 1999, Le caring est-il prendre soin ? *Perspective Soignante*, 4, 1-20.

Hesbeen, W., 2009, La pratique soignante : une rencontre et un accompagnement. In W., Hesbeen (Dir), *Décrire et écrire la pratique soignante du quotidien*. Paris : Seli Arslan, 27-47.

Hesbeen, W., 2011, *Cadre de proximité : un métier au cœur du soin*. Paris : Elsevier Masson.

Holland, R.W., Meertens, R.M., Van Vugt, M., 2002, Dissonance on the road: self-esteem as a moderator of internal and external self-justification strategies. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 1713-1724.

Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé, 2008. *La qualité des soins en France : comment la mesurer ?* [réf. Du 11/09/2012] PDF/Adobe Acrobat. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>.

Janis, L., Mann, L., 1977, *Decision making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York : Free Press.

Javaux, D., Keyser, V., 1994, Complexité et conscience de la situation, Aides au contrôle de processus dynamiques. In R., Amalberti, *Briefings*. Paris : IFSA-Dédale.

Joule, R.V, 1991a, Dissonance cognitive, privation de tabac et motivation, *Psychologie Française*, 36(1), 5-11.

Joule, R.V, 1991b, Double forced compliance: A new paradigm, in cognitive dissonance theory. *Journal of Social Psychology*, 131, 839-845.

Joule, R.V., Beauvois, J.L., 1987, Internalité, comportement et explication du comportement, In J.L., Beauvois, R.V., Joule, J.M., Monteil, *Perspectives cognitives et conduites sociales*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 99-114.

Joule, R.V., Adzia, T., 2003, Cognitive dissonance, double forced compliance, and commitment. *European Journal of Social Psychology*, 33, 567-571.

Joule, R.V., Adzia, T., 2004, Dissonance cognitive et engagement : Lorsque deux comportements de soumission sont en contradiction avec la même attitude. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 64,5-11.

Kelman, H.C., Baron, R.M., 1974, Moral and hedonic dissonance: a functional analysis of relationship between discrepant action and attitude change. In S. Himmelfarb & A.H. Eagly (eds), *Readings in attitude change*. New York: Wiley, p. 558-575.

Kiesler C.A., 1971, *The psychology of commitment*. New York : Academic Press.

Klein, G., Orasanu, J., Calderwood, R., 1993, *Decision making in action : models and methods*. Norwood New Jersey: Ablex.

Laborit, H., 1976, *Eloge de la fuite*. Paris : Gallimard.

Laganec, P., 1981, *La civilisation du risque – Catastrophes technologiques et responsabilité sociale*. Paris : Edition du Seuil, Collection Science Ouverte.

Lafaye, C., 2009, *Sociologie des organisations*, Paris : Armand Colin.

Laplantine, F., 1996, *La description ethnographique*. Paris : Nathan Université.

Lauzon, S., Pepin, J., 2000, L'appréhension de la substance infirmière par l'examen de concepts ayant fait l'objet d'analyses. *Recherche en Soins Infirmiers*, 63, 10-18.

Lebaron, F., 2006, *L'enquête quantitative en sciences sociales – Recueil et analyse des données*. Paris : Dunod, Psycho Sup.

Leculée, R., Robinson, N., 2013, Retour d'expérience de deux EIG [réf du 10/09/2013 http://www.cclin-udouest.com/diaporamas/trreso_pc_110613/Retour%20exp%C3%A9rience-Regine%20LECULEE.pdf].

Lecrique, J.M., 2007, *L'inconfort psychologique médiatise-t-il les effets de dissonance : limites de la stratégie de mesure de l'inconfort basée sur les affects auto-rapportés et proposition d'une stratégie de mesure implicite de l'inconfort*. Thèse de doctorat, Université Paris X.

Lefevre, R., Joule, R.-V., 2002, Effets cognitifs et motivationnels de la répétition d'une tâche fastidieuse en fonction du type de contrat expérimental. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 56, 47-57.

Leininger, M. M., 1988, The phenomenon of caring: importance. Research questions and theoretical considerations. In M. M. Leininger (Dir), *Caring: an essential human need*. Detroit, Mi : Wayne Strate University, p. 3-15.

Leloup, J.-Y., 1999, *Prendre soin de l'être*. Paris : Albin Michel.

Leplat, J., 1987, The elicitation of expert knowledge. In E. Hollnagel, G. Mancini, D.D., Woods, *Intelligent decision support in Process Environment*. Berlin : Springer Verlag, p. 105-115.

Lévy, A., 2010, *Psychologie sociale : Textes fondamentaux anglais et américains*. Paris : Dunod.

Linhart, D., 1978, *L'établi*. Paris : Edition de Minuit.

MACSF, 2009, Société Médicale d'Assurances et de Défense Professionnelle, Rapport : Le risque des professions de santé en 2008. Paris : MACSF, [réf. Du 04/09/2017] PDF/Adobe Acrobat. Disponible sur : http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Les_risques_des_professions_de_sante_en_2008_MACSF_.pdf.

MACSF. 2009, *Cas pratique : oubli de compresse*, [réf. Du 28/11/2010] PDF/Adobe Acrobat. Disponible sur : <[http : www.macsf.fr/vous-informer/oubli-de-compresse.html](http://www.macsf.fr/vous-informer/oubli-de-compresse.html).

Maisonneuve, J, 2002, *La dynamique des groupes*. Paris : PUF, Que sais-je ? 14^{ème} édition.

Martinie ,M.-A., Larigauderie, P., 2007, Coût cognitif et voies de réduction de la dissonance cognitive. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 20, 5-30.

Martinie, M.-A., Girandola, F., Fointat, V., Lefeuvre, R., Halimi-Falkowicz, S. Joule, R.V., 2013, La version radicale de la théorie de la dissonance cognitive. In V., Fointat, F., Girandola, P., Gosling, (Dir). *La dissonance cognitive : quand les actes changent les idées*. Paris : Armand Colin, p. 119-145.

Matz, D. C., Wood, W., 2005, Cognitive dissonance in groups: the consequences of disagreement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 23-37.

Molinier, P, 2010, L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport ? Logique de gestion et logique de Care. In Clot, Y., Lhuilier, D., *Agir en clinique du travail*. Toulouse : Erès, p. 157-167.

Moscovici, S., 1991, *Psychologie des minorités actives*. Paris : PUF. 3^{ème} édition.

Moscovici, S., 1984, Introduction, le domaine de la psychologie sociale. In S. Moscovici (Dir.), *Psychologie sociale*. Paris : PUF, p. 5-20.

Moscovici, S., 2008, *Psychologie sociale*. Paris : PUF, 3^{ème} édition.

Mucchielli, R., 1998, *L'analyse de contenu*. Paris : ESF, Collection Formation Permanente, 8^{ème} édition.

Nicolet, J.L., Camino, A., Waner, J.C., 1990, *Catastrophes ? Non merci !* Paris : Masson.

Ombredane, A., Faverge, J.M., 1955, *L'analyse du travail*. Paris : PUF.

Organisation Mondiale de la Santé, 2008, *Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies*. Genève : OMS. [réf. Du 21/11/2010] PDF/Adobe Acrobat. Disponible sur : <[http : whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_fre.pdf)>

Oury, J, 2008, Le travail est-il thérapeutique ? *Travailler*, 19.

Pallak, M.S., Pittman, T.S., 1972, General motivation effects of dissonance arousal, *Journal of Personality and social Psychology*, 21, 349-358.

Panchaud, C., 2006, Professions de santé dans la mouvance de la nouvelle gestion publique. In M.P., Perrot, J.N., Du Pasquier, D, Joye, J.P., Leresche, G., Rist, G. (Dir), *Ordres et désordres de l'esprit gestionnaire*. Lausanne : Editions Réalités sociales, p. 216-224.

Perrot, C., 1984, *Normals accidents living with high technologies*. Princeton : Princeton University Press.

Perrot, M. D., 2006, Gérer et soigner : deux métiers différents, In M.P., Perrot, J.N., Du Pasquier, D., Joye, J.P., Leresche, G., Rist, G. (Dir), *Ordres et désordres de l'esprit gestionnaire*. Lausanne : Editions Réalités sociales, p. 204-209.

Perrot, M. D., Du Pasquier, J.N., Joye, D., Leresche, J.P., Rist, G., 2006, *Ordres et désordres de l'esprit gestionnaire*. Lausanne : Editions Réalités sociales.

Poullain, I., Lespy, F., 2002, *Gestion des risques : Guide pratique à l'usage des cadres de santé*. Paris : Lamarre, Collection Fonction cadre de santé.

Poupart, J., 1993, Discours et débats autour de la scientificité des entretiens de recherche, *Sociologie et Sociétés*, vol. 25, (2), 93-110.

Priolo, D., Liégeois, A., 2008, Prôner une norme et la transgresser : Le rôle des normes sociales dans le paradigme de l'hypocrisie induite. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*. 79 (3), 19-32.

Quentel, J-C, 2007, *Les fondements des sciences humaines*. Toulouse : ERES, Collection Éducation - Formation.

Quivy, R., Campenhout, L.-V., 1995, *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dumod, 2^{ème} édition.

Ramain, E., Carlès, M., Brigato, K., Raucoules-Aimé, M. et le groupe IQAR, 2004, *Désorganisation du bloc opératoire : le rôle des facteurs humains*, Actes du congrès MAPAR, Paris 2004, p. 584 – 598.

Rasmussen, J., 1983, Skills, rules, Knowledge: signals, signs and symbols and other distinctions in human performance models. *IEEE Transactions: Systems, Man Cybernetics*, 13, 257-267.

Reason, J., 2013, *L'erreur humaine*. Paris : PUF. Le Travail Humain.

Reason, J., Carthey, J., de Laval, M.R., 2001, Diagnosing « vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management, *Quality in Health Care* 10, ii21-ii25.

Rodgers, B.L. , 2005, *Developing nursing Knowledge: philosophical traditions and influences*. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.

Sebton, M., 2000, La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? *Sociologie du travail*, 42, 51-68.

Sfez, M., 2002, *Analyse et maîtrise du risque en anesthésie*. Actes du Congrès SFAR 2002. Paris. Elsevier : 371-385.

Sénémeaud C., Somat A., 2008, Préférence pour la consistance et changement d'attitude post-comportemental : analyse de résultats *a priori* contradictoires. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*. 21 (4), 55-87.

Sicart, D., 2012, Les professions de santé au 1er janvier 2012, *Document de travail*, série Statistiques, n°168, [réf. Du 11/09/2012] PDF/Adobe Acrobat. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/article10930.html>.

Simon, L., Greenberg, J., Brehm, J., 1995, Trivialization: The forgotten mode of dissonance reduction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 247-260.

Strauss, A., Schatzman, L., Ehrlich, D., Bucher, R. Sabschin, M., 1992, L'hôpital et son ordre négocié. In Strauss, A., *La trame de la négociation*. Paris : L'Harmattan, p. 87-112.

Terssac (de), G. 1992, *Autonomie dans le travail*. Paris : PUF.

Turner, B.A., 1991, The development of a safety culture. *Chemistry & Industry* 1 (7), 241-243.

Tylor, E. B., 1871, *Primitive Culture: Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Art, and Custom*. London : J. Murray, Vol. 2.

Union Nationale des Associations d'Infirmier(e)s de Bloc Opératoire Diplômé(e)s d'Etat, 2010, *Comptage des textiles*. Paris : UNAIBODE.

Vaidis, D., 2011, *La dissonance cognitive*. Paris : Dunod.

Vaughan, D., 2008, *Interview de Diane Vaughan* [réf. Du 21/11/2010] Disponible sur : <http://www.consultingnewslines.com/Info/Vie%20du%20Conseil/Le%20Consultant%20du%20mois/Diane%20Vaughan.html>.

Waston, J., 1998, *Le caring. Philosophie et sciences des soins infirmiers*. Paris : Séli Arslan.

Wicklund, R. A., Brehm, J. W., 1976, *Perspectives on cognitive dissonance*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Wisner, A., 1995, *Réflexions sur l'ergonomie : 1962-1995*. Toulouse : Octares Editions.

Woods, D., 1988, Coping with complexity : the psychology of human behaviour in complex systems. In, J., Goodstein, H., Andersen, B, Olsen, B., *Taks, errors and mental models*. London : Taylor & Francis, p. 128-148.

Wyser, C., 2008, Impact des nouveaux outils de gestion sur la perception de l'éthique, des dilemmes et des choix comportementaux des agents publics : étude comparative du personnel soignant de deux centres de traitement de réhabilitation. *Pyramides*, 87-118.

Zarifian, P., 1999, L'autonomie comme confrontation coopératrice à des enjeux. In K.Chatzis, C., Mounier, P. Veltz, et P. Zarifian (dir.) *L'autonomie dans les organisations. Quoi de neuf ?*, Paris : L'Harmattan, p. 39-64.

Zakay, D., Wooler, S., 1994, Time Pressure, training and decision effectiveness. *Ergonomics*, 27(3), 273-284.

Index des tableaux

Tableau 1: effets de double soumission à la suite de la réalisation d'un premier comportement problématique. (Vaidis, 2011, p. 113).....	121
Tableau 2: IBODE en début de carrière	135
Tableau 3 : IBODE expérimentés	136
Tableau 4: Genre des IBODE questionnés.....	137
Tableau 5: Etablissement d'origine des IBODE questionnés	137
Tableau 6: Age des IBODE questionnés.....	138
Tableau 7 : Echelle d'Eliott et Devine 1994	145
Tableau 8: Echelle d'affects auto-rapportés en langue française de Lecrique (2007)	147
Tableau 9: Tableau récapitulatif des questions suivant les rubriques	158
Tableau 10 : Provenance des IBODE questionnés : Etablissements et congrès	163
Tableau 11 : Nombre de questionnaires distribués et récupérés	164
Tableau 12: Durée des entretiens pour l'échantillon IBODE peu expérimentés	168
Tableau 13: Durée des entretiens pour l'échantillon IBODE expérimentés	168
Tableau 14: Le genre des IBODE questionnés	170
Tableau 15: L'âge des IBODE questionnés	171
Tableau 16: Nombre d'années suite à l'obtention du Diplôme d'Etat Infirmier	172
Tableau 17: Années d'exercice en tant qu'IBODE.....	173
Tableau 18 : Caractéristique des blocs opératoires	173
Tableau 19: violations commises et pourcentages	176
Tableau 20: Violations routinières / mal à l'aise.....	178
Tableau 21: Violations routinières / troublé.....	179
Tableau 22: Violations routinières / gêne	180
Tableau 23: Violations routinières / Embarrassé	181
Tableau 24: violations routinières / Incommodé.....	182
Tableau 25: Violations routinières et thermomètre de dissonance / années d'expérience professionnelle IBODE	183
Tableau 26: Accueil du patient non satisfaisant / Mal à l'aise.....	184
Tableau 27: Accueil du patient non satisfaisant / Troublé.....	185
Tableau 28: Accueil du patient non satisfaisant / Gêné	186
Tableau 29: Accueil du patient non satisfaisant / Embarrassé.....	187

Tableau 30 : Accueil du patient non satisfaisant / Incommodé.....	188
Tableau 31 : Accueil non satisfaisant et thermomètre de dissonance / années d'expérience professionnelle IBODE	189
Tableau 32: Nombre important de personnes en salle / Mal à l'aise	190
Tableau 33: Nombre important de personnes en salle /Troublé.....	191
Tableau 34: Nombre important de personnes en salle / Gêné.....	192
Tableau 35: Nombre important de personnes en salle / Embarrassé.....	193
Tableau 36: Nombre important de personnes en salle / Incommodé	194
Tableau 37: Tolérer un nombre important de personnes en salle et thermomètre de dissonance / années d'expérience professionnelle IBODE.....	195
Tableau 38: Ne pas respecter les règles d'asepsie en salle / Mal à l'aise	196
Tableau 39: Ne pas respecter les règles d'asepsie en salle / Troublé.....	197
Tableau 40 : Ne pas respecter les règles d'asepsie en salle / Gêné	198
Tableau 41: Ne pas respecter les règles d'asepsie en salle / Embarrassé.....	199
Tableau 42: Ne pas respecter les règles d'asepsie en salle / Incommodé	200
Tableau 43: Ne pas respecter les règles d'asepsie progressive et thermomètre de dissonance / années d'expérience professionnelle IBODE.....	201
Tableau 44: Synthèse sur les violations routinières	203
Tableau 45: Violations par nécessité / Mal à l'aise.....	205
Tableau 46 : Violations par nécessité / Troublé.....	206
Tableau 47 : Violations par nécessité / Gêné	207
Tableau 48 : Violations par nécessité / Embarrassé.....	208
Tableau 49 : Violations par nécessité / Incommodé	209
Tableau 50: Violation par nécessité d'ordre général et thermomètre de dissonance / années d'expérience professionnelles IBODE	210
Tableau 51: Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant / Mal à l'aise	212
Tableau 52: Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant / Troublé	213
Tableau 53 : Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant / Gêné	214
Tableau 54: Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant / Embarrassé	215
Tableau 55: Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant / Incommodé.....	216
Tableau 56 : Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant et thermomètre de dissonance / années d'expérience professionnelles IBODE	217
Tableau 57 : Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante / Mal à l'aise	219

Tableau 58 : Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante / Troublé.....	220
Tableau 59: Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante / Gêné.....	221
Tableau 60 : Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante / Embarrassé.....	222
Tableau 61: Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante / Incommodé	223
Tableau 62 : et thermomètre de dissonance / années d'expérience professionnelles IBODE	224
Tableau 63 : Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux / Mal à l'aise	226
Tableau 64 : Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux / Troublé	227
Tableau 65 : Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux /Gêné	228
Tableau 66 : Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux / Embarrassé	229
Tableau 67 : Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux / Incommodé.....	230
Tableau 68 : Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux et thermomètre de dissonance / années d'expérience professionnelles IBODE	231
Tableau 69 : Synthèse sur les violations par nécessité.....	233
Tableau 70 : Violation par facilité d'ordre général / Mal à l'aise	235
Tableau 71 : Violation par facilité d'ordre général / Troublé	236
Tableau 72 : Violation par facilité d'ordre général / Gêné	237
Tableau 73 : Violation par facilité d'ordre général / Embarrassé	238
Tableau 74: Violation par facilité d'ordre général / Incommodé.....	239
Tableau 75 : Violation par commodité d'ordre général et thermomètre de dissonance / années d'expérience professionnelles IBODE	240
Tableau 76 : Ne pas effectuer le comptes des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables / Mal à l'aise	242
Tableau 77 : Ne pas effectuer le comptes des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables / Troublé	243
Tableau 78: Ne pas effectuer le comptes des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables / Gêné	244
Tableau 79 : Ne pas effectuer le comptes des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables / Embarrassé	245
Tableau 80 : Ne pas effectuer le comptes des textiles et des dispositifs médicaux réutilisables / Incommodé.....	246

Tableau 81 : Ne pas compter les textiles et les dispositifs médicaux réutilisables et thermomètre de dissonance / années d'expérience professionnelles IBODE	247
Tableau 82 : Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale / Mal à l'aise	248
Tableau 83 : Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale / Troublé	249
Tableau 84 : Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale / Gêné.....	250
Tableau 85 : Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale / Embarrassé	251
Tableau 86 : Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale / Incommodé	252
Tableau 87 : Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles en cas de conversion chirurgicale et thermomètre de dissonance / années d'expérience professionnelles IBODE	253
Tableau 88 : Synthèse sur les violations par commodité	254
Tableau 89 : Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit commettre des violations routinières d'ordre général.	257
Tableau 90 : Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit accueillir le patient d'une manière non satisfaisante.....	260
Tableau 91: Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit tolérer un nombre important de personnes en salle.....	262
Tableau 92 : Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne pas respecter les règles d'asepsie progressive.....	265
Tableau 93 : Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit commettre des violations par nécessité d'ordre général.....	267
Tableau 94 : Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit tolérer des aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant	269
Tableau 95: Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante. ..	271
Tableau 96 : Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux.....	274
Tableau 97 : Dimensions privilégiées mobilisées lors de la pris en soins des IBODE ayant dit commettre des violations par commodité d'ordre général.	276

Tableau 98 : Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux stériles réutilisables	279
Tableau 99 : Dimensions privilégiées mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles en cas de conversion chirurgicale. ..	281
Tableau 100 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit commettre des violation routinière d'ordre général	283
Tableau 101 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne pas accueillir le patient d'une manière satisfaisante	286
Tableau 102 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne tolérer un nombre important de personne en salle	289
Tableau 103 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne respecter les règles d'asepsie progressive	292
Tableau 104 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit commettre des violations par nécessité d'ordre général	295
Tableau 105 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit tolérer un nombre important de personne en salle	298
Tableau 106 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante.	301
Tableau 107 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux.....	303
Tableau 108 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit commettre des violations par commodités d'ordre général	306
Tableau 109 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne pas compter les textiles et dispositifs médicaux réutilisables	308
Tableau 110 : Valeurs professionnelles mobilisées lors de la prise en soins des IBODE ayant dit ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles en cas de conversion chirurgicale.	310
Tableau 111 : Violations routinières / Mal à l'aise	312
Tableau 112 : Violations routinières / Troublé	313
Tableau 113 : Violations routinières / Gêné.....	314
Tableau 114 : Violations routinières / Embarrassé	315
Tableau 115 : Violations routinières / Incommodé.....	316
Tableau 116 : Violations par nécessité / Mal à l'aise.....	317

Tableau 117: Violations par nécessité / Troublé.....	318
Tableau 118 : Violations par nécessité / Gêné	319
Tableau 119 : Violations par nécessité / Embarrassé.....	320
Tableau 120 : Violations par nécessité / Incommodé	321
Tableau 121 : Violations par commodité / Mal à l'aise	322
Tableau 122 : Violations par commodité / Troublé	323
Tableau 123 : Violations par commodité / Gêné.....	323
Tableau 124 : Violations par commodité / Embarrassé	324
Tableau 125 : Violations par commodité / Incommodé.....	325
Tableau 126 : Violations routinières, dissonance cognitive / satisfaction de la prise en charge	329
Tableau 127 : Violations par nécessité, dissonance cognitive / satisfaction de la prise en charge	330
Tableau 128 : Violations par commodité, dissonance cognitive / satisfaction de la prise en charge	332
Tableau 129 : Catégories, thèmes et sous-thèmes.....	345
Tableau 130 : Le choix de la profession d'infirmier.....	356
Tableau 131 : Raisons du choix de la spécialisation d'infirmier de bloc opératoire.	359
Tableau 132 : Raisons du choix de la spécialisation d'infirmier de bloc opératoire.	361
Tableau 133 : Conditions de travail des IBODE.....	371
Tableau 134: Pressions ressenties par les IBODE	373
Tableau 135 : Profils des infirmiers, nature des violations, expressions d'inconfort psychologique éventuel.....	395
Tableau 136 : Modes de réduction et type de violations.....	406

Index des schémas

Schéma 1 : Caractérisation du risque en fonction de la gravité et de la probabilité selon Poullain et Lespy.....	47
Schéma 2: les logiques des deux mondes.....	75
Schéma 3 : La vision ternaire de la psychologie sociale selon Moscovici (1984).....	80
Schéma 4 : Evolution des approches du management de la sécurité (adapté de Greneweg et de Wilpert et Fahlbruch, 1998). (Cambon, Guarnieri, p.1).....	86
Schéma 5 : Actes risqués d'un point de vue psychologique selon le caractère intentionnel de l'acte et en distinguant les erreurs des violations d'après Reason	93
Schéma 6 : Le modèle du fromage Suisse de Reason revu par Amalberti (Conférence MURS) Amalberti, (2010, p. 43).....	97
Schéma 7 : Glissement des règles et des violations (d'après R. Amalberti).....	99
Schéma 8: Processus de dissonance selon Festinger (1957)	105
Schéma 9 : Calcul du taux de dissonance d'après Festinger et Carlsmith (1959)	107
Schéma 10 : Facteurs augmentant le caractère engageant de la violation (Selon Joule et Beauvois, 1998).....	399
Schéma 11 : le processus d'éveil de la dissonance	401
Schéma 12 : Majoration du processus de l'éveil de dissonance en double soumission forcée.	402
Schéma 13 : Processus dynamogène de la dissonance de l'IBODE	403
Schéma 14 : Processus dynamogène de la dissonance morale de l'infirmier « <i>en soumission induite</i> ».....	412
Schéma 15 : schéma modifié du glissement des règles et des violations (d'après R. Amalberti)	414
Schéma 16 : Processus dynamogène de la dissonance morale de l'IBODE	426

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles utilisés	1
INTRODUCTION.....	2
I- DE L'HOSPITALITÉ À L'HÔPITAL ENTREPRISE : LA PUISSANCE DE LA LOGIQUE GESTIONNAIRE.....	6
1- DE L'HOSPITALITÉ A LA LOGIQUE GESTIONNAIRE.....	8
2- NEW MANAGEMENT PUBLIC-CERTIFICATION : DE LA CULTURE DE GESTION A LA CULTURE DE SECURITE DES SOINS ?.....	13
Contractualisation.....	14
Certification.....	15
L'Agence Nationale d'Aide à la Performance	18
De la culture de sureté à la culture de la sécurité des soins	19
3- DE LA FEMME SOIGNANTE À L'IBODE :	26
Historique de la profession d'infirmier	26
L'Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat : son histoire, sa formation, ses missions et ses compétences	31
Le soin : quelle conception ?.....	39
II- ÊTRE IBODE DANS UN BLOC OPÉRATOIRE : ENTRE L'IDÉAL ET LE RÉEL ?	46
1- LA SECURITE ET LES SITUATIONS À RISQUES	46
Le risque.....	46
Les différents risques encourus	48
2- LE BLOC OPÉRATOIRE : UN SYSTÈME COMPLEXE ET À RISQUES	49
3- UNE CHIRURGIE OÙ LE RISQUE EST ENCORE LÀ.....	53

4- DES PROCÉDURES SE VOULANT ÊTRE RESPECTÉES.....	55
Check-lists et procédures sécuritaires.	55
Check-list sécurité patient au bloc opératoire : vers un défi national	56
Une chirurgie entre idéal et réel : comment donner le change aux règles ?.....	59
5- LE SOIGNANT CONTAMINÉ PAR LA GESTION : LA GESTION EST-ELLE UNE MALADIE ?.....	62
Les soignants souffrent-ils lorsqu'ils soignent ?	63
Entre le non-sens et l'insensé : être infirmier dans un bloc opératoire ?	64
Le travail mis à mal, la qualité empêchée ?	65
6- UN SOIGNANT À L'INTERSECTION DE DEUX MONDES.....	67
Le contournement des règles : entre perte de sens et plaisir?	68
Les deux mondes et leurs logiques.....	73

III- PRINCIPALES ORIENTATIONS THÉORIQUES..... 78

1-CONSTRUCTION DU CADRE THÉORIQUE	78
2- LA PSYCHOLOGIE SOCIALE, UNE PERSPECTIVE THÉORIQUE PERTINENTE	79
3- DÉFAILLANCES DES ORGANISATIONS EN SANTÉ : DE L'ÈRE TECHNIQUE A L'ÈRE ORGANISATIONNELLE.....	85
La perspective technique	86
La perspective du « facteur humain »	87
La perspective organisationnelle	88
4- LE CHOIX DE LA PERSPECTIVE HUMAINE : APPROCHE FIABILISTE ET PSYCHOLOGIQUE	88
Le modèle « Skill-Rule-Knowledge ».....	89
Le modèle générique de l'erreur Generic Error Modelling System.....	90
Les limites de cette approche et la contribution des sociologues.....	94
Les limites de cette approche	94
La contribution des sociologues	94
5- DU FACTEUR HUMAIN AUX FACTEURS ORGANISATIONNELS : POUR UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE.....	96
6- MODELE EXPLICATIF : THÉORIE DE LA DISSONANCE COGNITIVE.....	102
LA NAISSANCE DE LA THÉORIE	102

LA THÉORIE FORMALISÉE	104
Les unités fondamentales de la théorie dans son processus dynamique.	104
La dissonance cognitive : taux et amplitude.	106
La réduction de la dissonance cognitive.	108
LA THÉORIE RADICALE DE LA DISSONANCE COGNITIVE	112
LA DOUBLE SOUMISSION FORCÉE.....	115
Lorsque le second comportement est peu engageant :	117
Si C1 et C2 sont consistants en double soumission induite :	117
Si C1 et C2 sont inconsistants en double soumission induite :	118
Si le second comportement est plus engageant que le premier ?	119
Lorsque les deux comportements sont inconsistants.....	119
Lorsque les deux comportements sont fortement engageants.....	120
Double contrat ou contrat global en double soumission induite	122
Si l'un des comportements est plus engageant que l'autre.....	122
Si le second comportement est pro attitudinal	123
Si les deux comportements problématiques sont aussi engageants l'un que l'autre	123
Le processus post comportemental : le processus de rationalisation.	124
Rationalisation en acte	125
Coût cognitif : voie cognitive, voie comportementale et trivialisation	126
LA TOLÉRANCE DE LA DISSONANCE ET SON SEUIL.....	127
7- FORMULATION DES HYPOTHÈSES	129

IV : LE CADRE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 131

1- QUELLE POSTURE POUR RECUEILLIR DES DONNÉES PERTINENTES EN LIEN AVEC LA RECHERCHE ?	131
2- LE TERRAIN DE RECHERCHE.....	133
Les IBODE en France	133
La population IBODE de l'enquête par entretiens	134
Les populations IBODE de l'enquête par questionnaires	137
3- LES METHODOLOGIES DE RECUEIL DE DONNEES	139
Des méthodologies complémentaires.....	139

La méthodologie pour l'étude des violations et leurs impacts	142
La méthode du questionnaire	142
Techniques et tests statistiques : le test du Khi2	142
La méthodologie pour la mesure de la dissonance cognitive.....	143
Mesure d'affects auto rapportés : « thermomètre » de la dissonance	144
Les modes de réduction.....	148
La technique de recueil	149
La technique d'analyse de contenu	150
La méthodologie pour l'étude des valeurs professionnelles et de la conception du soin	153
4- LES DISPOSITIFS DE RECUEIL	154
Présentation des deux recueils de données.....	155
Le questionnaire :	155
Présentation des questions.....	156
Elaboration du questionnaire.....	157
Pré-enquête.....	159
Le guide d'entretien	160
La procédure de l'enquête	162
La date de passation	162
Le mode de passation et taux de réponse	163
Le mode de passation et le taux de réponse des questionnaires.....	163
Le mode de passation et le taux de réponse des entretiens	164
La retranscription des données.....	169

V : ANALYSE QUANTITATIVE DES DONNEES..... 170

1- LES DETERMINANTS PROFESSIONNELS.....	170
Le genre.....	170
L'âge.....	170
Les années du diplôme d'Etat d'Infirmier.....	171
Les années du diplôme d'Etat d'Infirmier de Bloc Opératoire	172
Caractéristique du bloc opératoire.....	173
2- LES VIOLATIONS.....	174

Les violations routinières	174
Les violations par nécessité.....	175
Les violations par commodité	175
Les violations routinières / violations par nécessité / violations par commodité.....	176
Synthèse	176
3- LES AFFECTS AUTO-RAPPORTES / DISSONANCE	177
Les violations routinières	178
Les violations routinières d'ordre général.....	178
L'accueil du patient non satisfaisant	184
Tolérer un nombre important de personnes en salle	190
Ne pas respecter les règles d'asepsie progressive	196
Synthèse sur les violations routinières	203
Les violations par nécessité.....	205
Les violations par nécessité d'ordre général	205
Tolérer les aides-soignants dans un rôle d'infirmier circulant.....	212
Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante	219
Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux.....	226
Synthèse sur les violations par nécessité.....	233
Les violations par commodité	235
Les violations par commodité d'ordre général.....	235
Ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux stériles réutilisables	242
Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale	248
Synthèse sur les violations par commodité	254
Synthèse sur les violations	255
4- LES DIMENSIONS PRIVILEGIEES, LES VALEURS PROFESSIONNELLES, LA CONCEPTION DES SOINS ET DISSONANCE	256
Les dimensions privilégiées lors de la prise en soins.....	256
Violations routinières	257
Violations routinières d'ordre général.....	257
Accueillir le patient d'une manière non satisfaisante.....	260
Tolérer un nombre important de personnes en salle	262

Ne pas respecter les règles d'asepsie progressive	265
Violations par nécessité.....	267
Violation par nécessité d'ordre général.....	267
Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant	269
Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante	271
Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux	274
Violations par commodité	276
Violation par commodité d'ordre général	276
Ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux stériles réutilisables.....	279
Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles en cas de conversion chirurgicale.....	281
Synthèse sur les dimensions privilégiées mobilisées par les IBODE ayant dit commettre des violations de quelque nature que ce soit.	282
Les valeurs professionnelles.....	283
Violations routinières	283
Violations routinières d'ordre général.....	283
Accueillir le patient d'une manière non satisfaisante.....	286
Tolérer un nombre de personnes important en salle	289
Ne pas respecter les règles d'asepsie progressive	292
Violations par nécessité.....	295
Violation par nécessité d'ordre général.....	295
Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant	298
Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante	301
Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux	303
Violations par commodité	306
Violation par commodité d'ordre général	306
Ne pas effectuer le compte des textiles et des dispositifs médicaux stériles réutilisables.....	308
Ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles en cas de conversion chirurgicale.....	310

Synthèse sur les valeurs professionnelles des IBODE ayant dit commettre des violations routinières, par nécessité et par commodité	311
La définition du soin	312
Les violations routinières	312
Mal à l'aise	312
Troublé	313
Gêné	314
Embarrassé	315
Incommodé.....	316
Les violations par nécessité.....	317
Mal à l'aise	317
Troublé	318
Gêné	319
Embarrassé	320
Incommodé.....	321
Les violations par commodité	322
Mal à l'aise	322
Troublé	323
Gêné	323
Embarrassé	324
Incommodé.....	325
Synthèse sur la définition du soin	326
Synthèse sur les dimensions privilégiées, les valeurs professionnelles et la définition des IBODE	327
5- SATISFACTION ET DIFFICULTES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PRISE EN CHARGE ET DISSONANCE.....	328
Satisfaction de la prise en charge et états de dissonance.....	328
Violations routinières	329
Violations par nécessité.....	330
Violations par commodité	332
Synthèse sur la satisfaction de la prise en charge.....	333
Difficultés de prise en charge.....	334
6- DISCUSSION RELATIVE AUX ANALYSES QUANTITATIVES	336
Les cognitions dissonantes : les valeurs du « prendre soin ».....	336

Un ou des états d'inconforts psychologiques ?	338
Satisfaction de la prise en charge	339
Cas particuliers	340
Des données quantitatives pertinentes pour apporter des réponses à nos hypothèses ?.	342
L'enquête quantitative : vers des données de compréhension	343

VI : ANALYSE QUALITATIVE DES DONNEES 344

1- ANALYSE THÉMATIQUE DES DONNÉES.....	344
2- CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES AU THÈME CENTRAL.	346
3- ANALYSE DES DONNÉES, EXPLOITATION DU MATÉRIEL.....	348
Les non-respects des bonnes pratiques et des procédures.....	348
Les violations routinières.	349
Accueillir le patient pris en charge d'une manière non satisfaisante	349
Ne pas respecter les règles d'asepsie progressive	350
Tolérer un nombre important de personnes en salle	350
Les violations par nécessité.....	351
Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant	351
Renseigner la « check-list sécurité du patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante	352
Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux	353
Ne pas assurer la formation des nouveaux professionnels infirmiers	354
Les violations par commodité.	354
Synthèse sur les violations	355
Les valeurs professionnelles des infirmiers spécialisés interviewés.....	356
Le choix de la profession d'infirmier.....	356
Les raisons du choix de la spécialité d'infirmier de bloc opératoire.....	359
La conception de la fonction d'IBODE et qualités personnelles nécessaires.	361
La conception de la qualité par les infirmiers interviewés.....	364
La conception du soin des infirmiers interviewés.....	366
Les valeurs des nouveaux professionnels infirmiers exprimées par les infirmiers interviewés.	367
Les valeurs de l'hôpital ressenties par les IBODE.....	369

Synthèse sur les valeurs professionnelles et la conception de soin des IBODE interviewés	370
Les difficultés de la prise en soin décrites par les IBODE interviewés.	371
Les conditions de travail dans les blocs opératoires.	371
Les pressions ressenties dans les blocs opératoires.....	373
Synthèse sur les difficultés ressenties par les IBODE.....	375
L'inconfort psychologique des infirmiers.	376
Les violations routinières	376
Les manifestations d'inconfort psychologique	376
Les cognitions en présence.....	377
Accueillir le patient pris en charge d'une manière non satisfaisante	377
Tolérer un nombre important de personnes en salle	378
Ne pas respecter les règles d'asepsie progressive	378
Les modes de réduction.....	378
Accueillir le patient pris en charge d'une manière non satisfaisante	378
Ne pas respecter les règles d'asepsie progressive	379
Synthèse : violations routinières / inconfort psychologique / modes de réduction	381
Les violations par nécessité.....	382
Les témoignages d'inconfort psychologique.....	382
Les cognitions en présence.....	383
Tolérer les aides-soignants dans le rôle d'infirmier circulant	383
Renseigner la check-list « sécurité patient au bloc opératoire » de manière non satisfaisante.....	383
Ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux	384
Etre infirmier circulant sur deux salles.....	384
Les modes de réduction.....	385
Synthèse : violations par nécessité / inconfort psychologique / modes de réduction	388
Les violations par commodité	389
Les manifestations d'inconfort psychologique	389
Les cognitions en présence.....	389
Les modes de réduction.....	390

Synthèse : violations par commodité / inconfort psychologique / modes de réduction	392
La tolérance de la dissonance.....	392
Synthèse : états d'inconforts psychologiques / modes de réduction	394
4- DISCUSSION RELATIVE AUX ANALYSES QUALITATIVES	396
Des IBODE engagés dans un système ?.....	397
L'éveil de la dissonance : les violations.....	400
Le processus dynamogène de la dissonance chez les IBODE interviewés	403
Les modes de réduction :.....	403
Les violations routinières	404
Les violations par nécessité.....	404
Les violations par commodité	405
Modes de rationalisation / nature des violations	406
Diminution et tolérance de la dissonance.....	408
L'évitement de l'augmentation de la dissonance	411
Vers une évolution du système ?.....	413
IBODE du monde du « prendre soin » : quelle stratégie ?.....	415
Des manifestations de dissonances morales et hédoniques ?.....	416
Des données qualitatives pertinentes pour répondre à nos hypothèses ?.....	417
VII- DISCUSSION FINALE.....	420
1- DES IBODE SATISFAITS DE LA PRISE EN SOINS PRODIGUÉE.....	420
2- LES VALEURS PROFESSIONNELLES : LES COGNITIONS LES PLUS FORTES ?	421
Les cognitions les plus fortes	421
Des cognitions plus faibles et modifiées ?	421
L'évolution du système : vers une cognition consistante avec l'acte problématique pour une rationalisation cognitive ?.....	422
3- DES VIOLATIONS ET DES ÉTATS D'INCONFORT PSYCHOLOGIQUE.....	423
Des états d'inconforts plus ou moins intenses	423
Niveau d'engagement de l'acte problématique.....	424
4- QUELS MODES DE RÉDUCTION ?.....	425

Pour tolérer des états de dissonance ?	425
Les modes de réduction.....	425
Évitement de la dissonance	427
5- LA THÉORIE DE LA DISSONANCE COGNITIVE : FORCE ET FAIBLESSE...	427
6- DEUX MÉTHODOLOGIES COMPLÉMENTAIRES : QUELS RÉSULTATS ?.....	429
Vivre l'entretien, une position délicate	429
Des points objectivés.....	429
Des questions qui demandent plus de précisions	430
7- RETOUR SUR NOS HYPOTHÈSES.....	430
8- PERSPECTIVES.....	431
CONCLUSION.....	432
BIBLIOGRAPHIE	436
Index des tableaux.....	452
Index des schémas	458
Annexes	470

Annexes

Annexe 1

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 19 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 24 février 2014 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire

NOR : AFSH1637816A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de l'éducation ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 4311-11, D. 4311-42 et D. 4311-43 ;

Vu le code du travail ;

Vu le décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire ;

Vu l'arrêté du 24 février 2014 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire ;

Vu l'arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 27 octobre 2016,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Au premier alinéa de l'article 3 de l'arrêté susvisé, après les mots : « le livret de présentation des acquis de l'expérience », sont insérés les mots : « intitulé "livret 2" ».

Au deuxième alinéa de l'article 3 et aux articles 4, 6 et 7 du même arrêté, les mots : « livret de présentation des acquis de l'expérience » sont remplacés par les mots : « livret 2 ».

Art. 2. – L'article 5 du même arrêté est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « deux » ;

2° Le quatrième alinéa est remplacé par l'alinéa suivant :

« Le conseiller scientifique d'une école d'une autre région ou son représentant médecin spécialiste qualifié en chirurgie enseignant dans une école d'une autre région, ou un médecin spécialiste qualifié en chirurgie, ou un représentant de la direction d'un établissement de santé employant des infirmiers de bloc opératoire qui est qualifié dans le domaine du soin ; » ;

3° Le cinquième alinéa est supprimé.

Art. 3. – Le 2° de l'article 7 du même arrêté est ainsi modifié :

1° Les mots : « la ou les unités d'enseignements qui correspondent aux compétences non validées » sont remplacés par les mots : « les enseignements correspondant aux compétences non validées tels que définis à l'annexe V du présent arrêté » ;

2° Les mots : « d'une école » sont remplacés par les mots : « de l'une des écoles » ;

3° Après les mots : « bloc opératoire », il est inséré les mots : « organisées pour l'accueil des candidats ayant validé partiellement le diplôme d'Etat dans le cadre de la procédure de validation des acquis de l'expérience » ;

4° La dernière phrase est remplacée par la phrase suivante : « Lorsqu'il a validé au minimum une compétence du diplôme, le candidat est dispensé des épreuves de sélection exigées pour l'accès à la formation initiale ainsi que de l'épreuve écrite et de l'épreuve de mise en situation professionnelle prévues à l'article 24 de l'arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire. ».

Art. 4. – I. – Les annexes I à III du même arrêté sont respectivement remplacées par les annexes I et II figurant en annexe du présent arrêté.

II. – L'annexe III du même arrêté est remplacée par l'annexe III intitulée : « Livret de présentation des acquis de l'expérience, livret 2, en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017 » figurant en annexe du présent arrêté.

III. – Après l'annexe IV du même arrêté, il est ajouté une annexe V intitulée : « Tableau de correspondance entre les enseignements du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire et les compétences figurant dans le référentiel de compétences en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017 » figurant en annexe du présent arrêté.

Art. 5. – Dispositions transitoires.

I. – Le présent arrêté entre en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

II. – Les candidats dont la demande de validation des acquis de l'expérience a été déclarée recevable antérieurement à l'entrée en vigueur du présent arrêté et qui, à cette même date, n'ont pas déposé le livret 2 peuvent, au choix :

1^o Compléter et déposer, au plus tard le 31 décembre 2016, le livret 2 figurant à l'annexe III de l'arrêté du 24 février 2014 en vigueur jusqu'à cette même date ;

2^o Compléter et déposer, à compter du 1^{er} janvier 2017, le livret 2 figurant à l'annexe III de l'arrêté du 24 février 2014 en vigueur à compter de cette même date.

III. – Pour les candidats dont la demande de validation des acquis de l'expérience a été déclarée recevable antérieurement à la date de publication du présent arrêté et qui, à cette même date, ont complété et déposé le livret 2 :

1^o Ce livret 2 est valablement examiné par le jury, quelle que soit la date à laquelle il se réunit ;

2^o Le candidat qui se voit accorder une validation partielle, quelle que soit la date de la décision du jury, et qui choisit de poursuivre et enrichir son expérience professionnelle doit compléter et déposer une nouvelle fois le livret 2 figurant à l'annexe III du même arrêté en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, même si ce dépôt intervient après le 31 décembre 2016, et se présenter à nouveau devant le jury conformément à l'article 4 de l'arrêté du 24 février 2014 susmentionné ;

3^o Le candidat qui se voit accorder une validation partielle, quelle que soit la date de la décision du jury, et qui choisit d'entrer en école de formation, doit suivre et valider les enseignements de formation correspondant aux compétences non validées tels que définis à l'annexe VI du présent arrêté intitulée : « Tableau de correspondance entre les enseignements du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire et les compétences figurant dans le référentiel de compétences en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 ». Dans ce cas, il s'inscrit dans l'une des écoles préparant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire organisées pour l'accueil des candidats ayant validé partiellement le diplôme d'Etat dans le cadre de la procédure de validation des acquis de l'expérience. Lorsqu'il a validé au minimum une compétence du diplôme, le candidat est dispensé des épreuves de sélection exigées pour l'accès à la formation initiale ainsi que de l'épreuve écrite et de l'épreuve de mise en situation professionnelle prévues à l'article 24 de l'arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire.

IV. – Les candidats se trouvant dans l'une des situations décrites aux 1^o du II et aux 1^o à 3^o du III et qui valident le diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire doivent suivre et valider la formation complémentaire mentionnée au I de l'article 2 du décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire pour réaliser les actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique.

Art. 6. – La directrice générale de l'offre de soins est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 19 décembre 2016.

Pour la ministre et par délégation :

*La directrice générale
de l'offre de soins,*

A.-M. ARMANTERAS-DE SAXCÉ

Activités détaillées

1. Réalisation de soins et d'activités liés à l'intervention et au geste opératoire

Préparation de l'environnement opératoire

- Choix des équipements et des dispositifs médicaux
- Contrôle de la fiabilité des équipements, des dispositifs médicaux et des locaux
- Agencement de l'espace opératoire
- Organisation des chariots d'intervention (urgences, spécialités chirurgicales...)
- Organisation de l'espace dans la salle d'intervention

Coordination des équipes pendant la réalisation du geste opératoire

- Echanges d'informations pour le suivi de l'intervention et l'organisation entre les différents intervenants
- Coordination des activités entre les différents intervenants

Activités de circulant en bloc opératoire

- Mise à disposition, entre la zone de circulation et la zone protégée, d'instruments, de dispositifs médicaux, de produits pharmaceutiques, par anticipation au déroulement de l'activité opératoire
- Connexion des câbles stériles sur les consoles respectives
- Réglage des dispositifs médicaux et de l'éclairage opératoire
- Contrôle du maintien de la position du patient
- Echanges d'informations, pour le suivi de l'intervention et l'organisation générale du bloc, avec les professionnels à l'extérieur de la salle d'intervention
- Recueil, préparation, enregistrement des prélèvements opératoires
- Contrôle de l'acheminement des prélèvements
- Comptage des textiles, des aiguilles, du petit matériel...
- Tri et évacuation du matériel et des déchets en fin d'intervention

Activités d'instrumentiste en salle d'opération

- Organisation de l'espace d'intervention
- Mise en place des champs opératoires
- Comptage des textiles, des aiguilles, du petit matériel ...
- Contrôle de l'instrumentation avant et après l'intervention
- Préparation de la zone d'incision
- Préparation de l'instrumentation
- Préparation et fixation des câbles en vue du branchement
- Présentation des dispositifs médicaux stériles pour les opérateurs selon les temps opératoires

Activités d'aide opératoire

- Suivi de proximité du champ opératoire et de l'état du site opératoire durant l'intervention
- Réalisation de pansement
- Branchement de tout type de drainage

Mise en œuvre des techniques complexes d'assistance chirurgicale

- Aide à la mise en place et au maintien des instruments d'exposition directe et indirecte
- Aide à la réalisation d'une aspiration
- Aide à la réalisation d'une hémostase
- Aide aux sutures des organes et des vaisseaux sous la direction de l'opérateur
- Aide à la réduction d'une fracture et au maintien de la réduction au bloc opératoire
- Aide à la pose d'un dispositif médical implantable (DMI)
- Injection d'un produit à visée thérapeutique ou diagnostique dans un viscère, une cavité, une artère
- Fermeture sous cutanée et cutanée
- Mise en place et fixation des drains sus-aponévrotiques

2. Réalisation de soins auprès d'une personne bénéficiaire d'une intervention

Accueil et suivi du patient en zone péri-opératoire

- Entretien préopératoire
- Accueil du patient au bloc opératoire
- Ecoute de la personne avant l'intervention
- Entretien d'aide au patient et soutien avant l'intervention
- Aide à la relaxation du patient
- Information, conseil au patient après l'intervention
- Relation d'aide et de soutien au cours des interventions.
- Relation avec la famille et l'entourage du patient

Réalisation des soins à la personne en zone opératoire

- Pré-installation en vue de l'anesthésie et installation en posture chirurgicale avec l'équipe médicale
- Installation en vue de l'anesthésie et installation en posture chirurgicale en fonction de la voie d'abord prescrite par le chirurgien
- Protection de la personne au niveau des zones à risque (compressions vasculo-nerveuses ou cutanées, prévention des troubles musculo-squelettiques et viscéraux positionnels), inconfort
- Réalisation de la préparation cutanée
- Réalisation du pansement
- Aide à la mise en place de dispositifs de drainage et de systèmes de contention
- Installation pour le transfert en salle post-interventionnelle
- Soins et surveillance pendant et après l'intervention : paramètres, douleur, ...
- Soins sur prescription médicale
- Réalisation de gestes d'urgence

Observation et suivi du patient pendant l'intervention

- Lecture de signes ou de symptômes liés à l'évolution d'une situation
- Recueil des éléments d'observation pendant le déroulement des interventions
- Ecoute des informations données par les opérateurs ou les autres membres de l'équipe

3. Mise en œuvre et contrôle de mesures d'hygiène en bloc opératoire et dans les secteurs associés

Procédures

- Elaboration de procédures d'hygiène et mise en application
- Vérification et contrôle des protocoles et procédures
- Vérification et contrôle de l'application des protocoles et procédures
- Traçabilité de la procédure

Hygiène des personnes au sein du bloc opératoire

Mise en œuvre et contrôle des mesures concernant :

- La circulation des personnes
- La tenue vestimentaire
- Le traitement des mains
- Les règles d'hygiène
- Les règles d'asepsie

Hygiène du patient

- Contrôle de la tenue opératoire et de l'hygiène du patient
- Réalisation de la préparation cutanée

Hygiène de l'environnement opératoire, application de l'asepsie progressive

- Mise en œuvre et contrôle des mesures concernant les circuits des dispositifs médicaux et des produits
- Vérification de la conformité des éléments de l'environnement : température de la salle, hygrométrie, renouvellement de l'air, lumière, filtres...
- Lecture des moyens de contrôle et de maintenance

- Mise en œuvre et contrôle d'opérations de bio nettoyage, pour les locaux et les équipements
- Contrôle de la remise en état et de la propreté des locaux et de l'environnement opératoire

Stérilisation des dispositifs médicaux

- Contrôle de l'état de stérilité des dispositifs médicaux
- Mise en œuvre et contrôle des procédures et des modes opératoires de pré-traitement, de désinfection, de stérilisation et de maintenance des dispositifs médicaux réutilisables
- Réalisation et contrôle d'opérations de stérilisation

Tri, conditionnement et évacuation des déchets et des dispositifs médicaux utilisés

- Tri des déchets en cours et après intervention
- Opération de traitement des déchets : conditionnement et évacuation
- Vérification de l'évacuation de déchets spécifiques (stimulateurs, pièces anatomiques, déchets chimiques, déchets contaminés...)

4. Mise en œuvre de mesures de qualité et de sécurité en bloc opératoire et dans les secteurs associés

Contrôle de la qualité

- Réalisation des mesures de contrôle de la qualité
- Vérification de la mise en place des procédures qualité
- Vérification des mesures de sécurité (accidents d'exposition au sang, radio protection...)
- Signalement des événements indésirables (accidents d'exposition au sang, ...)
- Contrôle de la qualité de la mise en œuvre des procédures de stérilisation
- Contrôle des mesures prises par l'équipe dans le domaine de la gestion des risques

Gestion des risques encourus par le patient

- Vérification de l'identité du patient et de l'identification de l'intervention
- Prévention des risques liés à l'installation : compressions vasculo-nerveuse ou cutanées, élongations, luxations, inconfort..., en collaboration avec les autres membres de l'équipe
- Mise en œuvre des mesures de sécurité et d'ergonomie lors des différents transferts
- Opérations visant à éviter l'hypothermie de l'opéré
- Surveillance des risques liés à l'utilisation de dispositifs spécifiques : bistouri électrique, garrot...
- Observation des signes de risques liés à la situation opératoire
- Opérations visant à la gestion des risques de contamination bactérienne, virale ou par agents transmissibles non conventionnels (ATNC)

Gestion des risques liés à la criticité de l'intervention

Gestion des risques liés à l'hygiène

- Réalisation d'opérations spécifiques en cas de contamination bactérienne, virale ou agents transmissibles non conventionnels (ATNC)
- Gestion de l'acheminement et traçabilité des divers prélèvements

Gestion des risques auxquels le personnel est exposé

- Application et contrôle des mesures de protection du personnel : accidents d'exposition au sang, radioprotection, ergonomie...

Opérations de traçabilité

- Rédaction et vérification des documents de traçabilité
- Réalisation de la fiche de suivi d'intervention en vue de la traçabilité
- Contrôle de l'ensemble des paramètres prévus par les procédures sur les documents de traçabilité à l'ouverture de la salle, après chaque intervention et à la fermeture de la salle
- Enregistrement de tous les éléments de contrôle de la traçabilité : données spécifiques à la gestion des risques, données sur les produits spécifiques (d'origine humaine...), implants...
- Traçabilité de l'acheminement des divers prélèvements

5. Gestion d'équipements, de dispositifs médicaux et de produits au bloc opératoire et dans les secteurs associés

Approvisionnement et gestion des réserves

- Commande de produits pharmaceutiques (dispositifs médicaux à usage unique, médicaments...)
- Choix de dispositifs médicaux y compris les équipements en collaboration avec l'équipe médicale et paramédicale
- Enregistrement d'informations concernant les dispositifs médicaux (DMS, équipements...)
- Contrôle de l'état des stocks des équipements et des dispositifs médicaux
- Vérification du rangement et organisation des stocks
- Contrôle de l'état des dotations de la pharmacie et de tous les services logistiques (lingerie, ...)
- Réception des livraisons
- Vérification de la conformité de la commande
- Vérification des dispositifs médicaux et équipements en prêt ou en dépôt
- Vérification des supports documentaires
- Rédaction de procédures de substitution en cas d'indisponibilité de dispositifs médicaux

Contrôle de l'instrumentation

- Vérification de la fonctionnalité des instruments
- Mise en œuvre et vérification de leur reconstitution
- Contrôle des conteneurs d'instruments

Contrôle de l'opérationnalité des équipements

- Vérification de l'état de fonctionnement des équipements : éclairage opératoire, aspiration, insufflateurs, ...
- Suivi de l'état de maintenance des équipements : vérification des fiches, des dates...
- Entretien et maintenance journalière de certains équipements
- Déclaration d'incidents dans le cadre de la matériovigilance

6. Transmission d'informations, organisation, planification en bloc opératoire

Elaboration et utilisation d'informations

- Lecture de documents de planification du travail
- Rédaction de procédures d'organisation et de réalisation des activités de soins
- Saisie des données liées à l'intervention et au patient : dossier médical, dossier de soins, documents...

Organisation de soins et d'activités

- Rédaction et diffusion du programme opératoire prévisionnel
- Planification des activités de la journée en fonction du programme opératoire
- Coordination entre les différentes équipes chirurgicales, dans une salle d'opération
- Mesures et études de charge de travail en vue de répartir au mieux les activités
- Répartition d'activités avec les différents membres de l'équipe
- Planification d'activités à moyen terme

Coordination des activités avec les autres unités

- Coordination des activités liées à l'intervention entre le bloc et les services hospitaliers (hospitalisation, laboratoire, imagerie médicale, stérilisation centralisée, services économiques, bureaux médicaux ...)
- Coordination d'activités avec des partenaires extérieurs : fournisseurs de matériels, laboratoires pharmaceutiques et industriels, lieux de traitement externalisé de la stérilisation...

Transmission d'informations

- Echanges d'informations avec les services d'hospitalisation et la salle de surveillance post-interventionnelle

- Transmission orale d'informations aux médecins et aux professionnels de santé en per-opératoire
- Enregistrement de données sur différents documents utilisés pour les soins : dossier patient, feuilles de traçabilité, feuilles d'événements indésirables, fiches de suivi interventionnel, compte-rendu opératoire, déclarations liées aux vigilances sanitaires...
- Prise de parole en réunions de service ou de transmissions entre équipes de soins, réunions du conseil de bloc
- Rédaction de compte-rendu de réunion
- Alerte lors de situations d'urgence

7. Formation et information des équipes pluridisciplinaires et des stagiaires au bloc opératoire et dans les secteurs associés

Accueil des stagiaires ou de nouveaux personnels

- Délivrance d'informations et de conseils aux stagiaires ou au nouveau personnel : habillage en tenue de bloc, circuits du personnel et du matériel, comportement en unité protégée, asepsie progressive...
- Entretien d'accueil du stagiaire ou du nouveau personnel
- Réalisation de documents de présentation du service ou d'accueil

Encadrement d'équipes pluriprofessionnelles

- Mesure du niveau de connaissances de la personne encadrée
- Conseil et information aux membres de l'équipe
- Formation des personnels médicaux et paramédicaux : traitement des mains...
- Démonstration de soins et d'activités
- Transmission de savoir faire et de connaissances sur les modalités du soin, le cadre éthique nécessaire à l'approche du patient, et l'organisation du travail
- Réajustement d'activités réalisées par des stagiaires ou de nouveaux personnels
- Informations, conseils au personnel non permanent au bloc opératoire

Formation

- Elaboration d'un projet d'encadrement au bloc opératoire
- Rédaction d'objectifs de stage
- Interventions en institut de formation
- Dispensation de cours ou partage sur la pratique professionnelle en institut de formation

Evaluation

- Rédaction des feuilles d'évaluation et de validation des stagiaires
- Elaboration de documents d'évaluation des stagiaires avec les équipes pédagogiques
- Réalisation d'évaluations de pratiques des stagiaires
- Interventions dans des jurys

8. Réalisation de travaux de veille professionnelle et de recherche, formation personnelle spécifique des activités péri-opératoires

- Réalisation d'études et de recherches dans le cadre d'évaluation de pratiques ou de matériel
- Constitution d'une base d'information sur les connaissances professionnelles en relation avec l'évolution des techniques chirurgicales, des technologies, et de la réglementation
- Recherche sur des bases de données existantes dans les domaines du soin et de la santé
- Lecture de revues professionnelles et de travaux de recherche infirmiers de bloc opératoire
- Rédaction et présentation de travaux
- Actualisation des connaissances
- Formation professionnelle

Annexe II

Référentiel de compétences de l'infirmier de bloc opératoire

En vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017

Compétences

- 1 - Concevoir et mettre en œuvre des modes de prise en charge des personnes adaptés aux situations rencontrées au bloc opératoire et secteurs associés
- 2 - Conduire une démarche qualité et de prévention des risques
- 3 - Gérer le risque infectieux dans les secteurs interventionnels et service de stérilisation
- 4 - Organiser et coordonner les activités de soins liées au processus péri-opératoire
- 5 - Mettre en œuvre des techniques et des pratiques en per et post-opératoire immédiat.
- 6 - Mettre en œuvre des techniques complexes d'assistance chirurgicale
- 7 - Former et informer les professionnels et les personnels en formation
- 8 - Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques
- 9 – Evaluer et améliorer les pratiques professionnelles

Compétences détaillées

Compétence 1

Concevoir et mettre en œuvre des modes de prise en charge des personnes adaptés aux situations rencontrées au bloc opératoire et secteurs associés

1. Informer, conseiller les personnes bénéficiant d'une intervention et leur entourage en utilisant des techniques d'entretien adaptées à la situation d'intervention
2. Identifier et analyser les besoins spécifiques de la personne opérée et de ses proches
3. Adapter les protocoles de soins à la situation d'une personne opérée
4. Planifier et mettre en œuvre des soins infirmiers adaptés à la personne opérée, à ses besoins et au contexte interventionnel en assurant la continuité des soins

CRITERES D'EVALUATION :	INDICATEURS :
Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Qualité du recueil des informations liées à la personne, à l'intervention	<ul style="list-style-type: none">- Les informations sont suffisantes- Les informations sont bien sélectionnées, pertinentes, ciblées et recueillies dans un ordre qui est explicité (urgence, importance au regard de l'intervention, ...)- Les informations sont adaptées à la situation interventionnelle- Les besoins des personnes sont explorés et pris en compte- L'utilisation des outils de recueil de données est adaptée à la situation

2. Pertinence de l'identification des risques liés aux caractéristiques de la personne et de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Tout risque est identifié - Les mesures de prévention des risques sont prises - Les liens entre les risques identifiés, la situation d'intervention et l'état de la personne et les mesures projetées sont expliqués
3. Pertinence et cohérence dans l'utilisation de la démarche de soin	<ul style="list-style-type: none"> - La démarche est adaptée à des situations spécifiques, en lien avec les risques repérés et les règles de bonnes pratiques - La démarche est expliquée - A partir de cette démarche, l'organisation de la prise en charge est définie - L'organisation des soins est adaptée à la personne - Les actions sont priorisées dans un ordre explicite
4. Qualité de l'information et du conseil apportés à la personne et son entourage éventuel	<ul style="list-style-type: none"> - L'information est adaptée à la personne et à son entourage - Le langage utilisé est adapté à la personne et à son entourage - La compréhension de la personne et de son entourage est vérifiée - L'information est donnée au bon moment - L'information est adaptée au mode d'organisation de la prise en charge et à la situation interventionnelle
5. Adaptation du mode de prise en charge en fonction de la nature de l'intervention et des modalités anesthésiques prévues	<ul style="list-style-type: none"> - L'accueil est personnalisé - Les informations recueillies lors de l'accueil et dans le dossier de la personne sont prises en compte - La communication verbale et non verbale de la personne sont prises en compte tout au long de l'intervention - La douleur est évaluée et prise en charge

Compétence 2

Conduire une démarche qualité et de prévention des risques en bloc opératoire et secteurs associés

- | | | |
|---|---|--|
| 1. | Identifier les risques liés à l'environnement, aux processus interventionnels et aux personnes | |
| 2. | Identifier les risques professionnels liés à l'activité | |
| 3. | Identifier toute non-conformité, | |
| 4. critiques | Analyser les risques <i>a priori</i> , <i>a posteriori</i> et les points critiques | |
| 5. conformités et analyser leurs causes | Evaluer le degré de gravité des risques ou non- | |
| 6. correctives | Déterminer et mettre en œuvre des mesures correctives | |
| 7. | Evaluer l'impact des mesures correctives | |
| 8. Concevoir des mesures visant à maîtriser les risques | | |
| 9. | Mettre en œuvre le signalement et la traçabilité des activités, des non-conformités, des événements indésirables et des actions correctives | |
| 10. | Mettre en œuvre les règles de vigilances sanitaires | |

CRITERES D'EVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
--	--

Que veut-on vérifier ?	
1. Identification et gestion des situations à risques	<ul style="list-style-type: none"> - Toute situation à risques est identifiée et les mesures appropriées sont prises - Le degré de gravité des risques ou les non-conformités sont analysés et leurs causes sont déterminées - Les mesures correctives sont déterminées et adaptées - Les mesures correctives sont priorisées et argumentées - L'impact des mesures correctives est évalué
2. Identification et gestion des événements indésirables	<ul style="list-style-type: none"> - Tout événement indésirable est signalé selon les règles en vigueur - Le suivi des incidents et des mesures correctives est assuré et est adapté - Les opérations de traçabilité sont réalisées - Les protocoles et modes opératoires sont connus et appliqués
3. Conformité de l'environnement opératoire	<ul style="list-style-type: none"> - Les contrôles permettant l'ouverture de salle sont réalisés - Tout dysfonctionnement est identifié et les mesures appropriées sont prises et argumentées - Les normes de sécurité sont appliquées
4. Pertinence de l'analyse des risques liés à l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Les risques potentiels de l'intervention sont explicités - Les mesures prises sont pertinentes - La mise en lien entre les actions et les risques est argumentée
5. Conformité des dispositifs médicaux et des dispositifs médicaux stériles spécifiques aux situations d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Les contrôles de conformité sont réalisés - Le matériel est opérationnel - Les risques liés à l'utilisation des appareils sont expliqués - Les non-conformités sont repérées - Les mesures pertinentes et adaptées à la situation sont prises - La mise en lien entre les actions et les risques est argumentée -
6. Mise en œuvre d'une gestion documentaire liée à gestion des risques	<ul style="list-style-type: none"> - L'implication dans la rédaction ou l'actualisation des protocoles et/ou mode opératoire est effective. - Les protocoles et modes opératoires produits sont clairs et compréhensibles - Les protocoles et modes opératoires sont réajustés et actualisés
7. Pertinence de l'analyse des risques professionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Les risques professionnels sont explicités - Les mesures préventives et/ou correctives sont pertinentes - La mise en lien entre les actions et les risques est argumentée
8. Mise en œuvre des veilles sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> - Les vigilances sont connues et explicitées - Les différentes veilles sont mises en lien avec le contexte

Compétence 3

Gérer le risque infectieux dans les secteurs interventionnels et service de stérilisation

1. Apporter des conseils en matière d'application des protocoles d'hygiène et de stérilisation
2. Contribuer à concevoir des protocoles d'hygiène
3. Identifier les écarts entre les pratiques, les recommandations et la réglementation, dans le champ de l'hygiène

4. Analyser les causes des écarts constatés
5. Proposer et mettre en œuvre des mesures correctives
6. S'assurer de la mise en œuvre et faire respecter les recommandations et la réglementation en matière de règles d'hygiène et d'asepsie

CRITERES D'EVALUATION :	INDICATEURS :
Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ? 1. Identification et gestion des situations à risque infectieux	Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ? <ul style="list-style-type: none"> - Toute situation à risque infectieux est identifiée - Le degré de gravité du risque infectieux est analysé et les causes sont déterminées - Les protocoles et modes opératoires sont connus et appliqués - Les mesures correctives sont déterminées - La priorisation des actions est pertinente et argumentée - L'impact des mesures correctives est évalué
2. Mise en œuvre de l'asepsie progressive au bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> - Le principe de l'asepsie progressive est explicité - Les actions liées à la personne, au personnel, aux matériels et à l'environnement sont conformes et argumentées - Les dysfonctionnements sont identifiés, analysés et les actions correctives sont mises en œuvre
3. Mise en œuvre du principe de la marche en avant dans la prise en charge des dispositifs médicaux stériles	<ul style="list-style-type: none"> - Le principe de la marche en avant est explicité - Les actions liées au circuit des dispositifs médicaux stériles sont conformes et argumentées - Les dysfonctionnements sont identifiés, analysés et les actions correctives sont mises en œuvre
4. Mise en conformité de l'environnement en bloc opératoire et secteurs associés	<ul style="list-style-type: none"> - Les contrôles de conformité sont réalisés - Les non-conformités sont repérées et expliquées et mises en lien avec le risque infectieux - Les mesures correctives sont sélectionnées et mises en œuvre - Le choix de la mesure corrective est argumenté et pertinent - La traçabilité est effective - L'agencement de l'espace en amont de l'intervention permet le respect des règles d'hygiène
5. Conformité des dispositifs médicaux stériles	<ul style="list-style-type: none"> - Les contrôles de stérilité sont réalisés - Les non-conformités sont repérées et expliquées et mises en lien avec le risque infectieux - Les mesures correctives sont sélectionnées, adaptées et mises en œuvre - Le choix de la mesure corrective est argumenté et pertinent - La traçabilité est effective
6. Conformité des comportements humains au bloc opératoire	<ul style="list-style-type: none"> - Les risques infectieux liés à la tenue et aux comportements dans les secteurs interventionnels sont identifiés et expliqués - La tenue professionnelle est conforme aux recommandations en vigueur - Le comportement est conforme aux recommandations et bonnes pratiques en vigueur - Les flux des personnes sont gérés au regard du risque infectieux - Les écarts sont repérés et les mesures correctives sont proposées
7. Pertinence de l'analyse des risques professionnels infectieux	<ul style="list-style-type: none"> - Les risques professionnels sont explicités - Les mesures préventives et curatives décidées et

- Mise en œuvre et contrôle d'opérations de bio nettoyage, pour les locaux et les équipements
- Contrôle de la remise en état et de la propreté des locaux et de l'environnement opératoire

Stérilisation des dispositifs médicaux

- Contrôle de l'état de stérilité des dispositifs médicaux
- Mise en œuvre et contrôle des procédures et des modes opératoires de pré-traitement, de désinfection, de stérilisation et de maintenance des dispositifs médicaux réutilisables
- Réalisation et contrôle d'opérations de stérilisation

Tri, conditionnement et évacuation des déchets et des dispositifs médicaux utilisés

- Tri des déchets en cours et après intervention
- Opération de traitement des déchets : conditionnement et évacuation
- Vérification de l'évacuation de déchets spécifiques (stimulateurs, pièces anatomiques, déchets chimiques, déchets contaminés...)

4. Mise en œuvre de mesures de qualité et de sécurité en bloc opératoire et dans les secteurs associés

Contrôle de la qualité

- Réalisation des mesures de contrôle de la qualité
- Vérification de la mise en place des procédures qualité
- Vérification des mesures de sécurité (accidents d'exposition au sang, radio protection...)
- Signalement des événements indésirables (accidents d'exposition au sang, ...)
- Contrôle de la qualité de la mise en œuvre des procédures de stérilisation
- Contrôle des mesures prises par l'équipe dans le domaine de la gestion des risques

Gestion des risques encourus par le patient

- Vérification de l'identité du patient et de l'identification de l'intervention
- Prévention des risques liés à l'installation : compressions vasculo-nerveuse ou cutanées, élongations, luxations, inconfort..., en collaboration avec les autres membres de l'équipe
- Mise en œuvre des mesures de sécurité et d'ergonomie lors des différents transferts
- Opérations visant à éviter l'hypothermie de l'opéré
- Surveillance des risques liés à l'utilisation de dispositifs spécifiques : bistouri électrique, garrot...
- Observation des signes de risques liés à la situation opératoire
- Opérations visant à la gestion des risques de contamination bactérienne, virale ou par agents transmissibles non conventionnels (ATNC)

Gestion des risques liés à la criticité de l'intervention

Gestion des risques liés à l'hygiène

- Réalisation d'opérations spécifiques en cas de contamination bactérienne, virale ou agents transmissibles non conventionnels (ATNC)
- Gestion de l'acheminement et traçabilité des divers prélèvements

Gestion des risques auxquels le personnel est exposé

- Application et contrôle des mesures de protection du personnel : accidents d'exposition au sang, radioprotection, ergonomie...

Opérations de traçabilité

- Rédaction et vérification des documents de traçabilité
- Réalisation de la fiche de suivi d'intervention en vue de la traçabilité
- Contrôle de l'ensemble des paramètres prévus par les procédures sur les documents de traçabilité à l'ouverture de la salle, après chaque intervention et à la fermeture de la salle
- Enregistrement de tous les éléments de contrôle de la traçabilité : données spécifiques à la gestion des risques, données sur les produits spécifiques (d'origine humaine...), implants...
- Traçabilité de l'acheminement des divers prélèvements

5. Efficacité des partenariats internes et externes	<ul style="list-style-type: none"> - Les ressources des services partenaires sont connues et exploitées - Les prestations sont connues - La communication avec les partenaires est adaptée et conforme aux bonnes pratiques - Les informations échangées avec les partenaires sont conformes aux besoins
6. Gestion des stocks des dispositifs médicaux, des dispositifs médicaux stériles et produits pharmaceutiques	<ul style="list-style-type: none"> - Les stocks sont en adéquation avec l'activité - Les conditions de stockage des dispositifs médicaux, des dispositifs médicaux stériles et des produits pharmaceutiques sont conformes - Les dispositifs médicaux et les dispositifs médicaux stériles sont opérationnels - L'approvisionnement des dispositifs médicaux, des dispositifs médicaux stériles et des produits pharmaceutiques est anticipé - Les commandes sont effectives et suivies

Compétence 5
Mettre en œuvre des techniques et pratiques en per et post-opérateur immédiat

1. Evaluer la conformité de la salle d'opération et maintenir l'opérationnalité du matériel
2. Installer la personne soignée selon le type d'intervention et les risques liés au positionnement
3. Organiser et mettre en œuvre les techniques inhérentes au rôle d'infirmier circulant selon le type et les modalités d'intervention
4. Organiser et mettre en œuvre les techniques inhérentes au rôle d'infirmier instrumentiste selon le type et les modalités d'intervention
5. Analyser le déroulement opératoire, identifier les risques, anticiper les étapes de l'intervention et mettre en œuvre les modifications nécessaires pendant la durée de l'intervention
6. Gérer les situations imprévues dont les situations d'urgence
7. Anticiper et mettre en œuvre les actions liées à la fin de l'intervention jusqu'à la prise en charge de la personne en salle de surveillance post-interventionnelle
8. Organiser la gestion des prélèvements pendant l'intervention et en assurer le suivi selon les différentes destinations

CRITERES D'EVALUATION :	INDICATEURS :
Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Opérationnalité de l'installation du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Le choix de la table opératoire et des accessoires est adapté au type d'intervention - Les matériels sont utilisés de manière conforme - L'installation chirurgicale du patient est adaptée à la technique chirurgicale <ul style="list-style-type: none"> o Elle sécurise le côté à opérer o Elle respecte le confort du patient o Elle garantit la sécurité du patient - Les risques liés à l'installation chirurgicale sont identifiés - Des mesures de prévention sont mises en œuvre
2. Opérationnalité de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> - Les équipements nécessaires sont opérationnels et à disposition au moment opportun - L'aménagement de l'espace tout au long de l'intervention est adapté aux règles de sécurité

	<ul style="list-style-type: none"> - L'aménagement de l'espace tout au long de l'intervention est adapté au déroulement opératoire
3. Pertinence dans la mise à disposition des dispositifs médicaux, des dispositifs médicaux stériles et des produits pharmaceutiques	<ul style="list-style-type: none"> - Les dispositifs médicaux, les dispositifs médicaux stériles et les produits pharmaceutiques sont à disposition et en quantité suffisante - Les dispositifs médicaux, les dispositifs médicaux stériles et les produits pharmaceutiques sont adaptés à la situation interventionnelle et aux temps opératoires - Des dispositifs et produits de substitution sont prévus
4. Pertinence dans l'adaptation aux situations imprévues ou d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> - Les situations d'urgence sont repérées et explicitées - Les actions mises en œuvre sont adaptées aux situations d'urgence et menées avec efficacité - Les protocoles de prise en charge des situations d'urgence sont connus et mis en œuvre - Les situations imprévues sont gérées immédiatement de façon adaptée - Les plans d'urgence sont connus
5. Mise en œuvre efficiente du rôle de circulant	<ul style="list-style-type: none"> - La zone de circulation est organisée - L'espace opératoire est protégé - Les besoins de l'équipe opératoire sont anticipés - Les temps opératoires et les aléas sont anticipés - L'organisation des tâches est chronologique et adaptée - La distribution des dispositifs médicaux stériles et des produits pharmaceutiques respectent les bonnes pratiques et les recommandations, et tient compte des besoins réels - L'utilisation des dispositifs médicaux est conforme aux bonnes pratiques et aux recommandations - L'interface est assurée avec l'extérieur de la salle
6. Mise en œuvre efficiente du rôle d'instrumentiste	<ul style="list-style-type: none"> - L'organisation des tâches est chronologique et adaptée - L'organisation de la ou des tables d'instrumentation est réalisée en fonction des temps opératoires et du matériel spécifique - L'espace opératoire est organisé dans la zone protégée - Le montage et la fonctionnalité des instruments et matériels nécessaires aux gestes opératoires sont maîtrisés - Les dispositifs médicaux stériles et les produits pharmaceutiques sont à disposition en quantité suffisante et adaptés aux temps opératoires - L'instrument adapté est délivré au moment opportun et en position de fonction - La gestuelle est adaptée
7. Préparation de la personne opérée au geste opératoire	<ul style="list-style-type: none"> - L'accueil de la personne est personnalisé et prend en compte l'ensemble des informations le concernant - La prise en soin de la personne opérée est efficace et adaptée - La mise en place du drapage est réalisée correctement
8. Conformité dans la gestion des dispositifs médicaux (textiles, instruments, ...)	<ul style="list-style-type: none"> - Les implants sont contrôlés (taille, côté, type de pose, compatibilité des matériaux,...) - Les règles sont appliquées - La traçabilité est assurée - Le comptage effectué est exact, la concordance est assurée
9. Conformité dans la gestion des prélèvements	<ul style="list-style-type: none"> - Les règles sont appliquées - La traçabilité est assurée - La transcription des éléments donnés par l'opérateur est correcte

	- Le suivi et la vérification de l'acheminement des prélèvements sont réalisés dans les délais requis
--	---

Compétence 6 (nouvelle)
Mettre en œuvre des techniques complexes d'assistance chirurgicale

1. Choisir la technique d'installation de la personne en posture chirurgicale
2. Identifier les anomalies liées à la posture chirurgicale de la personne
3. Réaliser la mise en place et la fixation des drains sus-aponévrotiques
4. Evaluer la fonctionnalité du dispositif de drainage
5. Choisir la technique de fermeture adaptée à l'intervention et à la personne
6. Réaliser la fermeture sous-cutanée et cutanée
7. Identifier les instruments nécessaires à la mise en place et au maintien de l'exposition du champ opératoire
8. Anticiper le geste opératoire du chirurgien pour favoriser l'exposition
9. Identifier les anomalies liées à l'exposition
10. Identifier les instruments nécessaires à une aspiration
11. Choisir et mettre en œuvre les techniques d'aspiration
12. Mettre en œuvre les techniques de l'hémostase
13. Mettre en œuvre des techniques d'aide à la suture des organes et des vaisseaux, à la réduction d'une fracture et au maintien de la réduction et à la pose d'un dispositif médical implantable.
14. Réaliser l'injection d'un produit à visée thérapeutique ou diagnostique dans un viscère, une cavité ou une artère

CRITERES D'EVALUATION :	INDICATEURS :
Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Conformité de la posture chirurgicale du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Le choix de la posture chirurgicale du patient est adapté à la technique chirurgicale - La posture chirurgicale permet l'accessibilité du champ opératoire - Elle garantit la sécurité du patient - Les risques liés à la posture chirurgicale sont identifiés - Des mesures de prévention sont mises en œuvre
2. Conformité de la mise en place des drains sus-aponévrotiques	<ul style="list-style-type: none"> - La mise en œuvre du drainage est conforme et sécurisée - La fixation du drain est correcte - La gestuelle est maîtrisée - La sécurisation de l'appareillage est assurée - La fonctionnalité est assurée - Les risques sont identifiés - Les mesures de prévention et les mesures correctives éventuelles sont mises en œuvre
3. Conformité de la fermeture de la plaie opératoire sous-cutanée et cutanée	<ul style="list-style-type: none"> - La gestuelle est maîtrisée - Le choix des fils et aiguilles est argumenté au regard de la suture prescrite et des caractéristiques anatomiques du patient - Les nœuds sont réalisés en respectant la technique - Les nœuds sont efficaces

	<ul style="list-style-type: none"> - La suture est conforme aux recommandations
4. Conformité de l'aide à l'exposition du champ opératoire	<ul style="list-style-type: none"> - La technique de l'exposition permet le maintien du champ opératoire - La technique d'exposition est efficace - La gestuelle de manipulation des instruments est adaptée - L'aide apportée au chirurgien est efficace et réalisée en toute sécurité - L'exposition est conforme aux exigences des techniques opératoires - Les risques associés à la mise en œuvre de l'exposition et au positionnement sont identifiés - Les mesures de prévention et les mesures correctives éventuelles sont mises en œuvre
5. Conformité de l'aide à l'aspiration du site opératoire	<ul style="list-style-type: none"> - L'irrigation est conforme aux règles de bonnes pratiques - L'irrigation est efficace - L'aspiration est conforme aux règles de bonnes pratiques - L'aspiration est efficace - La gestuelle est maîtrisée - L'aide apportée au chirurgien est efficace et réalisée en toute sécurité - Les risques associés à l'irrigation et l'aspiration sont identifiés - Les mesures de prévention et les mesures correctives éventuelles sont mises en œuvre
6. Conformité de l'aide à l'hémostase	<ul style="list-style-type: none"> - L'hémostase est conforme aux règles de bonnes pratiques - L'hémostase est efficace - Les nœuds en profondeur sont efficaces - La gestuelle est maîtrisée - L'aide apportée au chirurgien est efficace et réalisée en toute sécurité - Les risques associés à l'hémostase sont identifiés - Les mesures de prévention et les mesures correctives éventuelles sont mises en œuvre
7. Conformité de l'aide aux sutures des organes et des vaisseaux	<ul style="list-style-type: none"> - Les sutures sont conformes aux règles de bonnes pratiques - Les sutures sont efficaces - La gestuelle est maîtrisée - L'aide apportée au chirurgien est efficace et réalisée en toute sécurité - Les risques associés aux sutures sont identifiés - Les mesures de prévention et les mesures correctives éventuelles sont mises en œuvre
8. Conformité de l'aide à la réduction d'une fracture et au maintien de la réduction	<ul style="list-style-type: none"> - Les techniques de traction et de maintien de la réduction orthopédique sont efficaces et réalisées en toute sécurité - L'aide apportée au chirurgien est efficace et réalisée en toute sécurité - La gestuelle est maîtrisée - Les risques associés aux techniques de réduction sont identifiés - Les mesures de prévention et les mesures correctives éventuelles sont mises en œuvre
9. Conformité de l'aide à la pose d'un dispositif médical implantable	<ul style="list-style-type: none"> - Les caractéristiques des différents types de dispositifs médicaux implantables sont connues - Les étapes du montage et de pose sont maîtrisées conformément aux recommandations - Les informations pertinentes concernant le dispositif médical implantable sont sélectionnées et transmises à l'équipe opératoire

	<ul style="list-style-type: none"> - La gestuelle est maîtrisée - L'aide apportée au chirurgien est efficace et réalisée en toute sécurité - Les risques associés à la pose du dispositif médical implantable sont identifiés - Les mesures de prévention et les mesures correctives éventuelles sont mises en œuvre
10. Conformité de l'injection d'un produit dans un viscère, une cavité, une artère	<ul style="list-style-type: none"> - Les caractéristiques des produits injectés sont connues - Les risques liés à ces produits sont identifiés - Les mesures de prévention sont mises en œuvre - La technique d'injection est adaptée au site et maîtrisée - Les mesures correctives éventuelles sont mises en œuvre

Compétence 7
Former et informer les professionnels et les personnels en formation

1. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire ou d'un nouvel arrivant professionnel dans le service ou la structure
2. Repérer les connaissances et les savoir-faire à transmettre aux étudiants en relation avec leur niveau de formation
3. Animer des séances de formation ou d'information auprès d'un public de professionnels ou futurs professionnels
4. Transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux étudiants, stagiaires et autres professionnels par des conseils, des démonstrations, des explications et de l'analyse commentée de la pratique
5. Identifier, organiser et superviser des situations et des activités d'apprentissage pour les stagiaires
6. Evaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage
7. Communiquer sur sa profession en vue de valoriser son activité

CRITERES D'EVALUATION :	INDICATEURS :
Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence des informations prises en compte	<ul style="list-style-type: none"> - Les informations utiles pour accueillir un stagiaire ou un nouvel arrivant sont identifiées - Le public à qui s'adresse l'information ou la formation est identifié - Les connaissances et savoir-faire devant être acquis par les personnes recevant la formation sont identifiés - Les objectifs définis par et pour chaque stagiaire sont identifiés
2. Pertinence des actions conduites	<ul style="list-style-type: none"> - Une démarche d'accueil adaptée à chaque stagiaire ou nouvel arrivant est mise en œuvre - Les conseils, démonstrations, explications apportés aux stagiaires, nouvel arrivant tiennent compte du profil de chaque interlocuteur - Les conseils, démonstrations, explications apportés aux stagiaires tiennent compte des objectifs du service, du stage et de la personne formée - Les transmissions de savoir-faire et de connaissances sont organisées de manière progressive en tenant compte de l'évolution du stagiaire ou du professionnel et de ses difficultés - Les évaluations sont réalisées sur la base d'indicateurs et de critères précis - Des axes d'évolution permettant de faire progresser le stagiaire ou le professionnel sont identifiés

3. Cohérence des actions conduites	<ul style="list-style-type: none"> - Les activités confiées au stagiaire lui permettent une progression au regard des objectifs de l'apprentissage - L'organisation définie pour la formation permet la transmission des savoir-faire et des connaissances - Les critères et indicateurs utilisés pour l'évaluation tiennent compte des objectifs prédéfinis - Les informations diffusées sur la profession tiennent compte des objectifs de promotion et de valorisation que s'est fixés le professionnel
------------------------------------	--

Compétence 8

Rechercher traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques

1. Conduire des actions de recherche ou des études à visée professionnelle en matière de santé en lien avec le travail en bloc opératoire
2. Analyser et utiliser les publications scientifiques et professionnelles et les différentes ressources documentaires
3. Identifier les évolutions scientifiques, techniques et réglementaires
4. Identifier une problématique et formuler un questionnement
5. Choisir des méthodes et des outils d'investigation adaptés au sujet des études et les mettre en œuvre
6. Confronter les résultats des études à la pratique professionnelle
7. Elaborer des documents professionnels et scientifiques en vue de communication orale et écrite

CRITERES D'EVALUATION :	INDICATEURS :
Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence de la recherche d'informations	<ul style="list-style-type: none"> - Les bases documentaires sont utilisées efficacement, y compris en langue anglaise - Les informations pertinentes sont sélectionnées - Les évolutions scientifiques et techniques sont identifiées - L'analyse de la littérature est réalisée avec pertinence
2. Pertinence de la méthode de recherche ou d'étude	<ul style="list-style-type: none"> - Les objectifs sont identifiés - Les méthodes et outils d'investigation sont adaptés - Les personnes et leur environnement sont respectés - Les intérêts et les limites pour la pratique professionnelle sont mentionnés
3. Pertinence de l'interprétation des données recueillies	<ul style="list-style-type: none"> - Les informations collectées sont analysées - Le raisonnement utilisé et la démarche d'analyse sont expliqués - Les conclusions sont cohérentes avec l'analyse réalisée
4. Qualité de la production	<ul style="list-style-type: none"> - Les documents produits respectent les normes et critères de présentation - La présentation orale respecte les critères attendus

Compétence 9

Evaluer et améliorer ses pratiques professionnelles en bloc opératoire et secteurs associés

1. Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle
2. Analyser sa pratique professionnelle au regard de l'évolution du monde de la santé, des sciences et des techniques, des normes professionnelles, de la déontologie et de l'éthique
3. Argumenter ses choix de pratiques professionnelles

4. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs, de l'équipe ou d'autres professionnels
5. Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique
6. Identifier les domaines de formation professionnelle et personnelle à développer

CRITERES D'EVALUATION :	INDICATEURS :
Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence de l'analyse critique d'une pratique professionnelle Au regard de : <ul style="list-style-type: none"> - La réglementation - Les bonnes pratiques - La déontologie - L'éthique - L'évolution des sciences et techniques 	Le professionnel dans sa pratique : <ul style="list-style-type: none"> - Identifie les non-conformités - Explicite les bonnes pratiques selon les situations - Mesure les écarts entre sa pratique et les normes - Explicite les risques de non-respect des règles - Propose des réajustements pertinents et innovants - Identifie ses besoins en formation
2. Pertinence de la démarche de développement professionnel continu	<ul style="list-style-type: none"> - Les sources d'information sur les actions de formation professionnelle continue sont identifiées - La confrontation de sa pratique avec celle de ses pairs est réalisée - Les acquis liés au développement professionnel continu sont réinvestis dans la pratique

CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2016

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



Identité visuelle
de l'établissement



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

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE Temps de pause avant anesthésie	
1	<ul style="list-style-type: none"> L'identité du patient est correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
2	<ul style="list-style-type: none"> L'intervention et le site opératoire sont confirmés : <ul style="list-style-type: none"> idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient <ul style="list-style-type: none"> pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A Acte sans prise en charge anesthésique Le patient présente-t-il un : <ul style="list-style-type: none"> risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*

Le rôle du coordonnateur *check-list* sous la responsabilité du(s) chirurgien(s) et anesthésiste(s) responsables de l'intervention est de ne cocher les items de la *check-list* que (1) si la vérification a bien été effectuée, (2) si elle a été faite oralement en présence des membres de l'équipe concernée et (3) si les réponses marquées d'un * ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision.

N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention
 NR : quand le critère est Non Recommandé pour cette intervention

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE Temps de pause avant incision	
7	<ul style="list-style-type: none"> Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), /IADE-IBODE / IDE <ul style="list-style-type: none"> identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (<i>time-out</i>) <ul style="list-style-type: none"> sur le plan chirurgical <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* sur le plan anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* Acte sans prise en charge anesthésique (risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.) L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement <ul style="list-style-type: none"> La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A

ATTENTION SI ENFANT !	
<ul style="list-style-type: none"> Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire. Autorisation d'opérer signée. Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille. Prévention de l'hypothermie. Seuils d'alerte en post-op définis. 	

APRÈS INTERVENTION Pause avant sortie de salle d'opération	
10	<ul style="list-style-type: none"> Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : <ul style="list-style-type: none"> de l'intervention enregistrée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cochez N/A Les prescriptions et la surveillance post-opératoires (y compris les seuils d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptées à l'âge, au poids et à la taille du patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*

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



Mode d'emploi

La *check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire » HAS version 2016 comporte les éléments indispensables à vérifier au bloc opératoire avant toute intervention chirurgicale et, en ce sens, n'est pas modifiable. En revanche, elle peut donner lieu à tous développements souhaités par les professionnels dans le cadre de leurs collèges professionnels/organismes agréés d'accréditation.

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

Annexe 3

Département des Sciences de l'Éducation Laboratoire Culture Education et Société (LACES)

Madame, Monsieur,

Vous êtes Infirmier(ère) de bloc Opérateur Diplômé(e) d'Etat (IBODE) et nous vous remercions d'avoir accepté de répondre à ce questionnaire.

La profession d'Infirmier(ère) de Bloc Opérateur Diplômé(e) d'Etat et ses perspectives peuvent engendrer grand nombre d'interrogations : législation réorganisant le système de santé français et impactant les blocs opératoires, nouveaux référentiels d'activités et de compétences IBODE, validation des acquis de l'expérience, actes exclusifs IBODE ...

Cette enquête s'inscrivant dans ces enjeux est sous la direction du Laboratoire Culture Education et Société (L.A.C.E.S.) de l'Université de Bordeaux. Elle a pour vocation d'aider à la compréhension de ce que **vous ressentez** dans l'exercice de votre travail d'IBODE en pleine évolution.

Nous vous sollicitons afin de répondre au questionnaire suivant. À peu près trente minutes vous seront nécessaires. Plusieurs comportements vous seront présentés. Veuillez signaler ceux qui correspondent à ceux que vous avez réalisés au cours des six derniers mois. Répondez par la suite aux différentes rubriques.

Nous vous garantissons le respect rigoureux de l'anonymat des informations collectées et de leur analyse.

Nous tenons à vous rappeler toute l'importance de votre participation à ce travail et à vous en remercier grandement.

Elisabeth BOULLIERE

- 1- Vous êtes de sexe : 1-Masculin 2-Féminin
- 2- Quel est votre âge ?
- 3- Depuis combien d'années êtes-vous infirmier(ère) ?.....
- 4- Depuis combien d'années êtes-vous IBODE ?
- 5- Exercez-vous dans un bloc mono disciplinaire ? Oui Non
- 6- Si oui, quelle est la spécialité chirurgicale ?
- 7- Vous est-il arrivé au cours des six derniers mois d'avoir des comportements routiniers et perfectibles entraînant des risques peu dommageables pour le patient : Oui Non
- 8- Vous est-il arrivé :
- a. D'accueillir le patient pris en charge d'une manière non satisfaisante Oui Non
- b. De tolérer un nombre de personnes important en salle d'opération : Oui Non
- c. De ne pas respecter les règles d'asepsie progressive : Oui Non

9- Pouvez-vous citer d'autres comportements routiniers ne vous satisfaisant pas

.....

.....

.....

.....

.....

10- Répondez à cette question si vous avez répondu Oui aux questions n°7 et / ou n°8 et /ou si vous avez énoncé d'autres comportements à la question n°9. Pour chaque ligne du tableau suivant, entourez le chiffre qui **correspond au sentiment que vous avez ressenti lors de la réalisation de ces comportements.** 1 signifie « ne s'applique pas du tout à ce que je ressens » et 4 « s'applique à tout à fait à ce que je ressens ».

	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens
Je suis mécontent(e) de moi-même	1	2	3	4
Je me sens frustré(e)	1	2	3	4
Je me sens dégoûté(e) par moi-même	1	2	3	4
Je me sens déçu(e) par moi-même	1	2	3	4
Je me sens coupable	1	2	3	4
Je suis plein(e) de regret	1	2	3	4
Je me sens honteux (se)	1	2	3	4
Je me sens en colère contre moi-même	1	2	3	4
Je me sens mal à l'aise	1	2	3	4
Je me sens troublé(e)	1	2	3	4
Je ressens une gêne	1	2	3	4
Je me sens embarrassé(e)	1	2	3	4
Je me sens incommodé(e)	1	2	3	4
Je suis content(e)	1	2	3	4
Je me sens plein(e) de vie	1	2	3	4
Je me sens satisfait(e)	1	2	3	4
Je suis heureux (se)	1	2	3	4
Je me sens soucieux (se)	1	2	3	4
Je me sens anxieux (se)	1	2	3	4
Je me sens stressé(e)	1	2	3	4

11- Vous est-il arrivé au cours des six derniers mois d'avoir des comportements perfectibles tolérés par votre hiérarchie entraînant de risques dommageables pour le patient ? Si vous ne réalisez pas ces comportements la prise en charge du patient est retardée ou bloquée : Oui Non

12- Vous est-il arrivé :

- a. De tolérer que les aides-soignants réalisent le rôle de circulant : Oui Non
- b. De renseigner la « check-list sécurité du patient au bloc opératoire » de façon non satisfaisante en respectant peu les conseils du mode d'emploi: Oui Non
- c. De ne pas vérifier de façon exhaustive les dispositifs médicaux : Oui Non

13- Pouvez-vous citer d'autres comportements de ce type ne vous satisfaisant pas :

.....

14- Répondez à cette question si vous avez répondu Oui aux questions n°11 et / ou n°12 et /ou si vous avez énoncé d'autres comportements à la question n°13. Pour chaque ligne du tableau suivant, entourez le chiffre qui **correspond au sentiment que vous avez ressenti lors de la réalisation de ces comportements**. 1 signifie « ne s'applique pas du tout à ce que je ressens » et 4 « s'applique à tout à fait à ce que je ressens ».

	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens
Je suis mécontent(e) de moi-même	1	2	3	4
Je me sens frustré(e)	1	2	3	4
Je me sens dégoûté(e) par moi-même	1	2	3	4
Je me sens déçu(e) par moi-même	1	2	3	4
Je me sens coupable	1	2	3	4
Je suis plein(e) de regret	1	2	3	4
Je me sens honteux (se)	1	2	3	4
Je me sens en colère contre moi-même	1	2	3	4
Je me sens mal à l'aise	1	2	3	4
Je me sens troublé(e)	1	2	3	4
Je ressens une gêne	1	2	3	4
Je me sens embarrassé(e)	1	2	3	4
Je me sens incommodé(e)	1	2	3	4
Je suis content(e)	1	2	3	4
Je me sens plein(e) de vie	1	2	3	4
Je me sens satisfait(e)	1	2	3	4
Je suis heureux (se)	1	2	3	4
Je me sens soucieux (se)	1	2	3	4
Je me sens anxieux (se)	1	2	3	4
Je me sens stressé(e)	1	2	3	4

15- Vous est-il arrivé au cours des six derniers mois d'avoir des comportements perfectibles entraînant des risques dommageables pour le patient. Ces comportements sont effectués par facilité? Oui Non

16- Vous est-il arrivé :

- a. De ne pas effectuer un compte des textiles et des dispositifs médicaux stériles réutilisables : Oui Non
- b. De ne pas mettre en salle les dispositifs médicaux stériles nécessaires en cas de conversion chirurgicale: Oui Non

17- Pouvez-vous citer d'autres comportements de ce type :

.....

18- Répondez à cette question si vous avez répondu Oui aux questions n°15 et ou n°16 et /ou si vous avez énoncé d'autres comportements à la question n°17. Pour chaque ligne du tableau suivant, entourez le chiffre qui **correspond au sentiment que vous avez ressenti lors de la réalisation de ces comportements**. 1 signifie « ne s'applique pas du tout à ce que je ressens » et 4 « s'applique à tout à fait à ce que je ressens ».

	Ne s'applique pas du tout à ce que je ressens	S'applique un peu à ce que je ressens	S'applique beaucoup à ce que je ressens	S'applique tout à fait à ce que je ressens
Je suis mécontent(e) de moi-même	1	2	3	4
Je me sens frustré(e)	1	2	3	4
Je me sens dégoûté(e) par moi-même	1	2	3	4
Je me sens déçu(e) par moi-même	1	2	3	4
Je me sens coupable	1	2	3	4
Je suis plein(e) de regret	1	2	3	4
Je me sens honteux (se)	1	2	3	4
Je me sens en colère contre moi-même	1	2	3	4
Je me sens mal à l'aise	1	2	3	4
Je me sens troublé(e)	1	2	3	4
Je ressens une gêne	1	2	3	4
Je me sens embarrassé(e)	1	2	3	4
Je me sens incommodé(e)	1	2	3	4
Je suis content(e)	1	2	3	4
Je me sens plein(e) de vie	1	2	3	4
Je me sens satisfait(e)	1	2	3	4
Je suis heureux (se)	1	2	3	4
Je me sens soucieux (se)	1	2	3	4
Je me sens anxieux (se)	1	2	3	4
Je me sens stressé(e)	1	2	3	4

19- Quelles dimensions privilégiez-vous lors de la prise en charge d'une personne bénéficiant d'une intervention chirurgicale ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

20- Êtes-vous satisfait de votre prise en charge ? Oui Non

21- Avez-vous des difficultés lors de la prise en charge des patients ? Oui Non

22- Si oui, lesquelles ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

23- En quelques mots, que signifie pour vous le soin ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

24- Quelles sont vos valeurs professionnelles ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 4 :

Entretien E 10

Ce que je vous propose, c'est de me parler de votre travail. Comment le vivez-vous, que ressentez-vous au quotidien dans votre travail ? Ce que je proposerais, c'est de partir de pourquoi vous avez choisi le métier d'infirmière, vos expériences professionnelles jusqu'à maintenant, à aujourd'hui.

Je commence alors ?

Quand vous voulez.

Etre infirmière, pour moi, c'est une vocation, mais vraiment une vocation car maman était infirmière de bloc opératoire sur Paris et donc j'ai fait mes premiers pas dans les couloirs des blocs opératoires, à l'époque à l'hôpital Foch, donc je suis née à Turenne et j'ai fait mes premiers pas là-bas, j'ai été baignée bercée dans cette odeur de bloc, cette odeur d'éther qu'il y avait à l'époque et j'ai dit je serai infirmière de bloc opératoire et je l'ai toujours dit et cela a toujours été mon objectif. Donc, voilà, après j'ai fait ma scolarité comme tout le monde, mon bac, etc., je me suis orientée parce qu'à l'époque il y avait des sections bien particulières pour faire infirmière donc c'était F8, j'ai dit j'irai là-dedans, j'ai fait ça, j'ai fait mes études sur Paris à l'Assistance publique, j'avais un rêve qui était de devenir infirmière militaire, pourquoi je ne sais pas...

C'était quand, à peu près ?

C'était en 80, j'ai passé mon bac en 80 et j'ai passé mes concours en juin 80, je suis rentrée à l'Assistance Publique à Paris et pas en militaire, c'est comme ça, c'était un autre choix, et donc de 80 à 83, j'ai fait mes études d'infirmière sur Paris.

Après, j'ai travaillé en maison de retraite parce que j'avais pas de poste en bloc et puis cela s'est présenté comme cela, on avait des choix de poste et les postes qu'ils proposaient, c'était ça, mais je n'ai pas baissé les bras et j'ai dit un jour je ferai du bloc opératoire. Donc, j'ai patienté, puisqu'il fallait 2 ans avant de pouvoir, j'étais détachée de l'assistance publique, après j'étais réintégrée au niveau de l'assistance publique, donc j'ai patienté mes 2 ans, je suis rentrée à l'assistance publique et là j'ai dit, ma vie personnelle a fait que j'étais obligée de partir, j'ai été obligée de démissionner, partir à l'étranger et en rentrant de l'étranger, en 85, j'ai intégré une clinique privée sur Nice. Là, on m'a proposé un poste en bloc et j'ai dit oui, je fais du bloc, donc j'ai été formée sur le tas, dans la clinique, par les chirurgiens, par les infirmières qui étaient là et qui étaient à l'époque des anciens « patrons », donc voilà, et j'ai continué comme cela, je suis restée 6 ans de 85 jusqu'en 91, en 91 j'ai fait ma formation d'IBODE, la première école sur Nice, cela ne durait pas 18 mois à l'époque, même pas, cela durait 9 mois à l'époque. Donc je suis restée 9 mois et j'ai eu un patron qui était extraordinaire car il m'a financée, il m'a payée, il m'a dit « vous ne nous devez rien juste nous faire profiter de ce que vous allez apprendre et de ce que vous avez acquis » et après j'y

suis retournée j'y suis restée 5 ans. Après j'avais ma formation d'IBOD, et après au hasard de ma vie personnelle, il a fallu partir et je suis partie donc sur Agen, où là par contre je suis restée en intérim parce qu'au bout de 5 ans, j'avais envie de me poser un petit peu, j'avais des enfants en bas âge, je quittais tout, donc j'avais besoin de me poser, donc j'ai fait de l'intérim. Je n'ai pas trouvé cela inintéressant, c'est qu'on s'investie moins, on fait son travail mais on est en retrait de tous les problèmes qu'il y a au niveau des équipes, au niveau des blocs, d'organisation, etc., on est là on fait son travail. Est-ce que c'est bien, est-ce que ce n'est pas bien, cela a été une expérience.

De l'intérim en bloc aussi ?

Oui, après je n'ai fait que du bloc opératoire. Dans ma carrière, je n'ai fait que du bloc, à part la maison de retraite en tout début et pour pouvoir intégrer un petit peu de gynéo-obstétrique mais sinon je n'ai fait que du bloc, donc c'était vraiment ma voie, ce n'était pas autre chose. Et donc, j'ai fait cette expérience d'intérimaire, après il a fallu partir, on est reparti sur Brive, pareil j'ai recommencé en intérim en me disant après tout ça n'est pas si mal ... Et en fin de compte, je ne suis pas faite pour l'intérim, j'ai besoin moi de m'investir dans un endroit, dans une équipe, dans une organisation, j'ai besoin d'avoir ma place au sein d'une équipe, ça a été une très bonne expérience l'intérim mais voilà j'ai besoin d'être intégrée et de faire part entière, d'être reconnue, ... voilà je suis un des maillons de ce bloc, de cette organisation, de ses équipes, j'ai besoin de ça et donc on a continué à déménager car mon conjoint bougeait beaucoup, donc on a continué à déménager et on est arrivé sur Bordeaux cela fait plus de 10 ans et donc là part, je n'ai pas fait d'intérim, j'ai recherché un poste mais je ne voulais pas un poste qui me permette enfin qui m'oblige à rentrer dans Bordeaux, c'est une question plus de pratique quoi, donc je cherchais vraiment en périphérie et je suis tombée dans l'établissement où je suis actuellement et en attendant, je suis restée en CDD pendant 2 ans ???? et puis après j'ai été titularisée, enfin voilà, mais j'attendais ça car j'avais l'impression de ne pas être complètement non plus un des maillons de ce bloc, de l'organisation de ce bloc, voilà. Et après, c'est de la recherche aussi de responsabilité, la recherche, le besoin d'avoir une référence, d'être référent. J'ai une grande expérience dans beaucoup de spécialités car je suis dans des blocs pluridisciplinaires, donc ortho, digestif, vasculaire, ORL, urologie, tout cela et j'ai besoin, avec une préférence je dirai pour le digestif et l'ophtalmo aussi parce qu'en ai fait beaucoup sur Nice. Mais voilà j'ai besoin d'avoir un petit endroit où je sois la référente de quelque chose où je m'investisse ou quelque part j'ai une responsabilité dans ce que je fais quoi, donc voilà, c'est ma passion.

Alors, comment je le ressens actuellement

Je suis bien, c'est une profession que j'adore, même si c'est dur, même s'il y a des moments où on en a assez, il y a des moments où on a l'impression de ne pas être reconnue, il y a des moments où on a l'impression d'être un pion qu'on met à droite qu'on met à gauche, qu'on pousse là, qu'on ramène, qu'on ressort, etc. Ou c'est une relation aussi un peu je dirai dominant dominé, où c'est le chirurgien qui domine et c'est l'infirmière qui exécute et voilà, ça c'est un peu difficile mais je crois que, on arrive, enfin moi j'arrive, et j'essaye de retrouver un peu ce que j'avais connu avant, même si c'est difficile et que l'on doit passer à autre chose, d'avoir ce côté de symbiose, de travail en symbiose avec une équipe que ce soit anesthésiste, panseuse, la deuxième aide ou instrumentiste et chirurgien, cette espère de symbiose où il y a une confiance mutuelle l'un et l'autre, moi j'ai entièrement confiance dans ses gestes, il a confiance en moi parce qu'il sait que ça va être prêt, parce ça s'est prévu, ça c'est anticipé, voilà, le petit truc qui fait que, bon ce n'est pas toujours facile à retrouver. Sinon, c'est une profession que j'adore. Si j'avais à me dire : « est-ce que ce serait à refaire », je crois que oui parce que je crois que c'est une des plus belles professions, arriver à soulager

les gens, à sauver des fois des gens parce qu'on leur retire des fois leur maladie, je ne sais pas si on peut dire on leur retire ou du moins on essaie de faire le maximum, oui c'est quelque chose que j'adore. Après, c'est difficile en fonction des structures aussi, parce que là je suis dans une structure qui est immense, moi j'ai toujours connu des petites structures, donc alors là moi j'ai l'impression d'être dans un truc, au départ je ne savais pas où j'étais, je ne savais plus où j'étais, maintenant que j'y suis, je suis posée, je reconnais, je sais comment cela fonctionne, en cas de problème ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas faire, qui il faut appeler parce que c'est un problème matériel, qui il faut appeler quand c'est un problème de logistique, le fonctionnement des uns et des autres cela met beaucoup de temps quand on est dans des grosses structures comme cela, moi j'ai toujours connu des petites structures familiales, moi c'était le petit cocon, on était choyée, on était..., bon là ça y est, on s'y met, j'arrive à me retrouver, à m'orienter, à me retrouver.

Quoi dire après, alors maintenant, bon c'est vrai qu'on travaille dans une période pas facile dans l'établissement, qu'on est un petit peu tous à cran, tous un peu, on a un peu aussi des velléités de partir, d'aller voir ailleurs, je pense que bon c'est peut-être pas non plus de très bonnes choses mais bon, moi je pense qu'il faut tenir bon, il faut se serrer les coudes et on devrait y arriver mais bon c'est vrai que là on est dans une période hyper-dure. On est un peu démoralisé, on a l'impression de se battre contre des moulins à vent, on a l'impression que le temps nous échappe et qu'on n'a pas le temps de faire notre travail comme il faut et que c'est le patient qui en pâtit inévitablement parce que c'est tout juste si on a le temps de lui adresser 2 mots, de lui dire bonjour, c'est toujours dans l'urgence, c'est toujours dans la vitesse, la vitesse, il faut se dépêcher et c'est terrible quoi, c'est terrible parce qu'on en oublie le patient, on en oublie un peu notre rôle à la base d'infirmière et de contact et le côté un peu rassurant, le côté un peu relais entre le chirurgien et le patient, alors dans les étages je ne sais pas trop comment cela se passe mais là on a l'impression que voilà, c'est même plus des patients, c'est des interventions, c'est même plus M. Untel ou Mme Untel, c'est la vésicule, l'appendoc, le colon, et on y va, on y va, c'est terrible quoi, c'est terrible, mais ca reste une profession, voilà quoi, un bonheur, un bonheur ...

Et concrètement, il y a des choses qui ont changé dans votre prise en charge, l'accueil, il y a des choses que vous mettez de côté ?

Oui, oui, il y a beaucoup de choses que l'on ne faisait pas et que l'on ne se serait jamais permis de faire, du moins quand moi j'ai commencé, quand j'ai été formée, c'est déjà le respect du patient, le respect comment dire, de la personne déjà, ensuite on est autour du patient et on parle de nos problèmes du week-end ou du machin, du film, du truc, le patient est en dessous mais on a l'impression qu'il n'existe pas quoi, voilà, on a quelque chose sur la table et on ne fait même plus attention à ça, le respect de la pudeur aussi, ça c'est un truc qui me terrifie, cela me terrifie de voir comment on ne peut pas respecter la pudeur de quelqu'un, on ne se met pas à la place, on ne se dit pas un jour peut-être que ce sera moi ou que ce sera quelqu'un de ma famille et je n'aimerais pas qu'il ait les seins à l'air, le ventre comme ça, ça c'est quelque chose que je dis souvent aux stagiaires : « n'oubliez jamais qu'un jour cela peut-être quelqu'un de votre famille comme cela peut être vous et que vous n'apprécieriez pas qu'on vous laisse comme ça le ventre découvert ou qu'on raconte toutes nos histoires de week-end et tout pendant que vous êtes en-dessous, que vous avez la trouille et que vous vous demandez ce qui va se passer ou alors d'entendre hurler le chirurgien, l'anesthésiste, parce qu'il y en a un qui a contre-indiqué l'autre, enfin bon c'est terrible. Ca, ca ne se fait plus, je ne connais plus ça, j'ai connu où c'était le patient et rien d'autre et maintenant c'est des actes à exécuter, des dossiers à remplir, des papiers à faire mais plus de contact avec le patient, plus le petit mot gentil pour le rassurer ou pour lui montrer qu'on l'accueille, voilà c'est la check-list, la check-list, faut surtout pas oublier la check-list, le nom, le prénom, la date de

naissance, le « vous n'avez pas bu, pas mangé, pas fumé », surtout faut bien remplir toutes ces cases mais le côté relation humaine, voilà il y est moins, moi je trouve qu'il y a est moins. C'est la check-list, les dossiers, les papiers, c'est fou ça, mais c'est fou.

Alors après, dans les pratiques, je dirai il y a des choses qui ne se font plus, oui parce qu'elles sont dépassées, parce que ça n'a plus à se faire, c'est évident, on fait d'autres gestes qui sont 100 fois plus bénéfiques pour le patient et tout ça et tant mieux parce quand on a connu des choses très très anciennes comme les calguts, les pinces languettes dans les étuis avec l'alcool au fond, j'ai connu pleins de trucs quoi, heureusement que cela ne se fait plus, c'est l'évolution de la chirurgie, des règles d'hygiène, de tout ça, mais après on peut se poser la question de savoir est-ce que à l'époque c'était pire, il y avait plus d'infections que maintenant, c'est pas dit, il y a très très longtemps si avant de mettre les gants mais moi je n'ai pas l'impression que quand j'ai débuté ma carrière, on ne reprenait plus de patients pour infection qu'on en reprend maintenant, c'est peut-être plus d'antibiothérapie avant que maintenant, voilà. Je ne dis pas qu'il y a un côté nostalgique d'avant. Moi, j'ai un côté nostalgique de ce que j'ai connu et des relations que j'ai eues avec les médecins avec qui j'ai travaillé, ça c'est sûr. Maintenant, je ne sais pas, c'est, peut-être que les médecins, les jeunes qui comment maintenant dans 20 ou 30 ans ils seront comme ceux que moi j'ai connus qui étaient âgés, ils étaient humains, ils étaient exigeants, intransigeants sur certaines choses mais bon, il y avait le côté humain, le côté respectueux de l'infirmière, ils exigeaient des choses c'était le patient ne doit pas être mis sur la table comme ça, il faut qu'il soit installé correctement, vous devez récupérer l'instrument avant même qu'on vous le demande, c'étaient des trucs exigeants mais ils savaient, comment dire, reconnaître ce que l'on faisait et comment on le faisait et apprécier ce que l'on faisait alors que maintenant, je n'ai pas l'impression qu'ils reconnaissent vraiment ou qu'ils apprécient vraiment ce que l'on fait ...

Et maintenant, votre métier, comment le faites-vous ? Dans les bonnes pratiques de l'art ?

On a la possibilité, mais pas toujours quoi, pas toujours. On essaie de le faire dans les bonnes pratiques, on essaie mais des fois on se bat un peu contre des moulins à vent, moi je dis des fois on est un peu comme Don Quichotte avec les moulins à vent parce que pour arriver à faire comprendre qu'il faut se protéger, il faut protéger la peau pour mettre des prothèses, il faut se laver les mains et pas juste comme ça avec le savon, il faut mettre la solution hydro alcoolique, pas changer de gant quand on prend une prothèse, une plaque c'est se battre quoi, c'est se battre contre des gens qui vous disent cela fait 20 ans que je fais comme ça, ce n'est pas maintenant que je vais changer, c'est terrible quoi, il y a 50 ou 60 ans on ne mettait pas de gants et pourtant on a changé, on met des gants, donc c'est qu'on a quand même bien changé. Avant on mettait beaucoup d'antibiothérapie, maintenant on en met de moins en moins, donc là aussi on a changé. Donc pourquoi ne pas, dans la mesure où ça apporte un confort pour le patient et où ça a été prouvé que c'est mieux de faire comme ça que de faire comme ça, pourquoi ne pas se dire bon après tout si ça a été prouvé autant essayer de le faire le mieux possible et faire en sorte que cela se passe comme ça mais c'est tellement difficile pour eux de changer les habitudes, les choses ancrées, tellement compliqué, voilà ...

Il y a d'autres choses comme ça que vous aimeriez changer un petit peu, des pratiques qui vous posent question ?...

Moi, j'aimerais revenir, j'aimerais qu'on laisse un petit peu de côté ce dossier papier, papier, tout le temps papier, c'est terrible quoi...

Parce que ...

Moi quand j'ai commencé mes études, j'étais en stage, c'était dans un service de cardiologie et j'étais avec des sœurs qui étaient infirmières et un jour je rentre dans une chambre comme ça avec elles, elles me disent on fait le soin, on fait le lit, etc., on sort de la chambre et elles me disent : « qu'est-ce que vous avez remarqué ? » alors là, je dis pas grand-chose, rien, elles me disent « et bien vous n'avez pas remarqué que la table de nuit était trop loin, qu'il ne pouvait accéder à sa carafe d'eau et à son verre, qu'il ne pouvait accéder à la sonnette, que le lit n'était pas que le tabouret était... etc., elle m'a dit quelque chose et c'est vrai qu'après ça a développé et tout au long de ma carrière après je n'ai fait que ça, elle m'a dit « la première chose que vous devez faire, c'est observer, quand vous rentrez quelque part c'est observer les besoins de votre patient » et ça je suis sûre que vous demandez à n'importe quel élève, vous le faites rentrer dans une chambre, vous leur dite voilà observer les besoins de votre patient. C'est vrai qu'après sont arrivés les besoins fondamentaux, observer les besoins de votre patient. Un élève, vous le faites rentrer dans une chambre et vous lui demandez « quels sont les besoins de votre patient ? », il n'y en a pas une qui est capable de le dire et moi, j'ai été hospitalisé il y a pas longtemps et je me suis faite opérer, donc je me suis faite opérer de la main droite, donc je ne pouvais pas me servir de ma main, j'avais un gros pansement, je ne pouvais pas bouger le bras, je n'avais plus que la main gauche, c'était en ambulatoire, l'infirmière m'a amené le plateau et m'a dit « tenez voilà votre collation », elle a tourné les talons et elle est partie, donc j'avais un café qu'il fallait décapsuler, le sucre dans un truc, la compote que je ne pouvais ouvrir, donc je me suis dit en moi-même : c'est quoi, elle est repartie, elle ne m'a pas posé la question de se dire « est-ce que vous voulez que je vous ouvre quelque chose, est-ce que vous voulez que je vous aide ? Est-ce que vous avez besoin que je vous mette le sucre ou quoi ? » Moi, ça va je me suis débrouillée comme j'ai pu ouvrir la compote, mettre mon sucre et tout mais si c'est une personne âgée qui est opérée de la cataracte et qui n'y voit pas bien de l'autre côté, ou qui comme moi avec un seul bras, est-ce qu'elle aurait eu la présence d'esprit de lui dire « Madame, est-ce que vous voulez que je vous aide ? », je n'en ai pas l'impression.

Et ça, au bloc opératoire, ce regard sur les besoins du patient, on les oublie ?

Oui, à cause du rythme de travail, à cause de se dépêcher, vite, vite, vite... Il y a un peu tout, on fait au minimum, on fait à minima, on ne vas pas dans l'approfondissement des choses, demain, on fera demain, on verra demain, bon ça c'est pas urgent, donc voilà, on ne pas essayer d'approfondir et de se dire bon demain celle qui est là ce n'est pas moi, demain il risque d'y avoir du boulot, il risque d'y avoir des problèmes, il faut que je m'inquiète de savoir pourquoi je n'ai pas ça, pourquoi ça c'est pas prêt, dans la gestion du matériel. L'exemple type, je suis partie à 4 heures 20 aujourd'hui, j'ai été coincée en salle, demain pareil il y a 6 salles qui tournent avec 2 grosses salles de chirurgie digestive avec des grosses interventions, rien n'était fait, rien n'était fait, je suis partie à 4 H 20, et il restait encore 3 interventions sur l'équipe d'après-midi, plus ré agencer les salles, plus... Je comprends qu'on n'ait pas envie de le faire, je comprends que l'on soit fatiguée à un moment et que l'on se dise j'ai 8 heures d'intervention maintenant je passe à autre chose mais au moins essayer de le commencer, de faire la base, de se dire je vais anticiper, ça je vais préparer le minimum et être sûre qu'il ne vas pas manquer ça pour demain.

Et c'est la conception de votre travail ?

Pour moi, non,.....

C'est quoi pour vous une IBODE ?

C'est quelqu'un qui est responsable de ce qu'il fait, dans tous les métiers on est responsable de ce que l'on fait mais il y a d'autant plus je dirai de responsabilités que l'on a quand même, à la base on a un patient, on n'a pas un ordinateur ou une machine à écrire, ou je ne sais pas moi, un système de robinetterie, on a un patient, on a la vie, on a quelqu'un, on fait partie d'une équipe qui avons ça, c'est l'anesthésiste, le chirurgien, les IBODE, les circulantes, les infirmières, les aides-soignantes, le brancardier, tout le monde, c'est pas un objet, c'est un être humain et je pense que, comme le commandant de bord a la vie et des responsabilités énormes, ce sont des gens qu'il transporte et pas des containers, des boîtes, c'est des êtres humains. Avec nous, encore plus, avec une notion de risque infectieux qui peut avoir des conséquences dramatiques pour quelqu'un, et je pense que bon voilà, on est garant de la sécurité du patient, on est garant du matériel, du bon déroulement d'une intervention même s'il peut y avoir des aléas on vérifie, on s'investit dans la préparation, dans la vérification du matériel, la disponibilité de tel ou tel matériel bien spécifique pour telle intervention, d'éventuellement d'une solution de remplacement au cas où on n'est pas à l'abri d'un laboratoire qui n'a pas livré, ou de quelque chose qui tourne mal. Moi, je pense que c'est une responsabilité énorme et je ne sais pas comment réagissent mes collègues mais moi j'ai souvent un retour le soir en me disant, bon ça c'est bien passé il n'y a pas eu de problème, je n'ai rien oublié et j'ai même laissé des fois mes coordonnées pendant les vacances en disant bon, si tu as un souci tu m'appelles, j'ai rappelé pour dire attention, cette boîte-là elle est à tel endroit pour telle intervention, parce que j'ai appris à travailler avec une rigueur, et je crois que j'ai travaillé toujours dans la rigueur dès lors que j'ai commencé. Est-ce que c'est comme ça ailleurs et est-ce que celles qui commencent maintenant, est-ce qu'elles auront la même rigueur que moi j'ai maintenant au bout de quelques 20 années d'ancienneté? Je ne pense pas qu'elles l'aient. Quand je vois les jeunes qui arrivent maintenant, jamais on ne se serait permis de dire : « j'ai pas préparé parce que je ne sais pas ce qu'il faut et puis voilà », jamais on se serait permis de dire ça.

Tout à l'heure, vous m'aviez dit que vous n'aviez pas le temps et que vous partiez déjà en retard. Comment vous le vivez tous les jours, ça ?

Je ne suis pas satisfaite parce que je me dis je n'ai pas fait correctement mon boulot. J'ai fait mon boulot dans le programme où j'étais aujourd'hui en gérant les problèmes qui se sont rajoutés dans la journée etc., mais voilà partir sans préparer, ne serait-ce que mon programme du lendemain, je trouve que c'est pas bien, c'est pas bien. Je n'ai pas fait mon travail comme il fallait. Je n'ai pas fait ce à quoi je suis habituée, c'est-à-dire à vérifier que j'ai mon matériel pour demain, que tout est rentré, qu'il ne me manque rien, s'il manque quelque chose le signaler et le remettre plus tard ou au lendemain mais m'assurer que, voilà, que pour le lendemain tout est prêt. Ça, je ne comprends pas et je me dis je n'ai pas fait ce qu'il fallait.

Et ça vous met dans un état comment ? Qu'est-ce que vous ressentez ?

Presque, presque Pas de la honte mais mal à l'aise, je me sens mal à l'aise, je me sens mal à l'aise

Ça dure depuis combien de temps ?

Ben là, je dirai ça fait bien 5-6 mois où voilà, on l'on sent tout le monde qui se décharge, je fais ça et puis c'est bon, tout le monde se décharge un petit peu, il y a moins d'investissement,

moins de.... C'est lié au fait, au problème que l'on a actuellement, à un ras le bol, on est un peu dégouté, on est épuisé, fatigué, voilà il y a moins d'investissement. Bon, ça évolue, les gens évoluent, la vie évolue, la façon de vivre évolue, la façon de travailler aussi mais jamais je ne pouvais partir sans ranger la stérilisation, sans partir et que ma salle ne soit ré agencée, sauf les urgences bien sûr qui arrivent entre temps. Là, bof, c'est pas grave, c'est pas grave, on le fera demain c'est pas grave, voilà on n'a pas le temps de le faire et ça retarde encore plus et ainsi de suite. Voilà, on n'est pas bien, moi je ne suis pas bien, je me dis bon ben c'est pas moi qui l'aurait préparé, est-ce qu'il ne va pas manquer ça, je n'aurai pas vérifié tout, et demain....

Et en salle

Avant on était suffisamment en salle, moi qui ai toujours connu 2 infirmières et une aide, pour moi c'était extraordinaire. Maintenant, il y en a de moins en moins, ce n'est pas rare qu'on tourne à une infirmière et une aide-soignante. On s'y est vite fait au confort d'avoir du personnel....

Vous êtes habillée et c'est l'aide-soignante qui

Est circulante. Quand il y a du personnel, quand on est suffisamment en salle, on faire certaines choses, on peut gérer pleins de chose, mais là on ne gère vraiment que le minimum, que le minimum. (Silence 15 secondes). Oui, on fait toujours tout vite.

Et la qualité ?

On essaie, on essaie de faire de la qualité, oui on en fait encore, on se bat pour conserver ça, pour essayer de conserver la qualité mais bon, c'est un problème de tous les jours.

Et pour vous, la qualité qu'est-ce que c'est ?

La qualité (silence 10 secondes) ce n'est pas que l'acte chirurgical, c'est avoir une salle bien agencée, ranger le matériel, prendre le temps de vérifier le matériel, ranger, prendre le temps de vérifier les péremptions, tout ça c'est de la qualité, c'est prendre le temps de faire ce qu'on a à faire, faire notre métier comme il faut sans précipitation, sans stress, sans.... en respectant les règles, les règles comme les portes fermées, le chapeau bien mis, le lavage des mains, la tenue au bloc,...Il y a des bijoux, du vernis, les anesthésistes sont de véritables sapins de Noël, et si on leur dit quelque choseL'équipe paramédicale, on est respectueuse, on se bat pour faire respecter ça, mais bon, c'est les IADE, les chirurgiens, c'est les installations, on fait des remarques parce que je n'ai pas de chapeau, oui je lui dis oui, silence (15 secondes). Je reste persuadée qu'il y a eu une époque et on est passé à autre chose, on est passé à autre chose, au changement, on est passé à une ère de rentabilité, de rentabilité, il faut rentabiliser la salle, il faut rentabiliser le personnel, il faut rentabiliser l'intervention, il y a une notion d'argent même si on ne parle pas du même argent mais en disant il faut rentabiliser c'est sous-jacent la notion d'argent. Avant, il y avait une notion de travail, une notion de travail où il fallait travailler, il fallait s'occuper des patients, il y avait beaucoup de patients, il y avait beaucoup d'urgences mais il n'y avait pas de notion de rentabilité, en tout cas moi je ne l'ai pas vécu comme ça. Il y avait une notion de soulager les patients et d'être au service des patients, alors que maintenant c'est rentabiliser, rentabiliser, il faut faire des économies, il ne faut pas que ça coûte cher, ça c'est pas possible, et à l'inverse on va faire des trucs qui sont aberrants et qui coûtent beaucoup plus chers. C'est l'ère TGV rentabilisée mais bon, j'ai

beaucoup de mal. Je suis toujours peut-être à la recherche de ce que j'ai vécu, il faut tourner la page sur certaines choses mais il faut essayer de retrouver une qualité de travail, une exigence, une rigueur, et que l'on ne retrouve plus maintenant. On ne la retrouve plus ...

Et le TGV, il est passé quand ?

Il passe, je dirai qu'il a commencé à passer dès qu'on a commencé à parler d'usage unique, là on s'est modernisé. C'était vers 92. Les choses se sont accélérées. On est passé à quelque chose de beaucoup plus pratique, donc c'est pratique donc en s'en sert plus facilement, avant on avait les tambours, le linge, il fallait plier les alèses...Maintenant, c'est beaucoup plus facile, ça arrive c'est tout prêt, donc on l'attrape, hop on utilise. Donc, qui dit côté pratique dit forcément consommation, donc on consomme plus et donc on consomme, on va plus vite, on accélère, donc c'est sûr c'est un confort, on travaille avec des matériaux agréables mais voilà c'est une société de consommation, on consomme, on en reprend et on va plus vite, et on améliore encore ça pour être plus performant pour pouvoir faire encore plus de choses en un laps de temps plus court...

Et comment vous vivez ça ?...

On court, (gestuelle de spirale)...

Ça se vit comment ?

On va encore plus vite, toujours plus vite, demander toujours plus aux gens, encore plus en oubliant, il faut lever le pied, on va le faire mais à un rythme, en ne respectant pas, en se disant ça je saute par-dessus, donc là je vais le faire mais je vais le mettre de côté et le faire plus tard (silence 10 secondes). Ça se cale aujourd'hui sur la vie de tous les jours, parce que, on a presque le sentiment des fois de se dire on part c'est l'heure de travailler, on fait notre travail, on court, on court, on court, on se dépêche, on va à droite, on va à gauche, on fait ça, on revient, on repart, à c'est l'heure de partir vite je pars, je fais autre chose derrière, je cours, je continue dans la même lancée, courir, courir, courir et le lendemain matin, je reviens et j'ai pas l'impression d'être partie et je vais recourir, c'est la vie de maintenant, on n'arrive plus à se poser. On se culpabilise des fois de me dire je vais me poser.

Et le soin, qu'est-ce que c'est ?

C'est toujours pour le patient, c'est le patient, c'est reprendre le relationnel, l'échange, prendre le temps, prendre le temps de faire...

Comment ça se passe actuellement ?

Actuellement, on n'a pas de le temps de faire, on ne prend pas le temps pour le patient, on ne prend pas le temps. Le seul temps qu'on prend c'est sur la check-list, c'est surtout ça et les papiers. On n'a plus de contact avec le patient, on a un contact qui dure 3 mn-10 mn et je pense que c'est le moment le plus important où il faudrait que là on soit le plus disponible pour expliquer aux gens et non pas prendre ce temps rien que pour la check-list. Il y a des moments où ces patients arrivent, je leur dit bonjour, je fais la check-list, je n'ai pas le temps, je n'ai pas le temps, je n'arrive même pas à avoir le temps de me présenter, je n'ai pas le temps de discuter 2-3 mn sur leur vie, de prendre le temps histoire de les faire s'évader en attendant de passer à l'étape suivante. On ne prend pas le temps de leur demander s'ils sont

bien installés, on ne prend pas le temps de leur demander s'ils n'ont pas trop froid, on n'a pas le temps de leur demander s'ils ont des questions. Vous avez pris votre douche ?, vous n'avez pas bu pas mangé ? On n'a pas pris le temps de leur expliquer pourquoi il ne fallait pas manger, pourquoi il fallait être à jeun, on ne prend pas le temps. On est pris dans un engrenage même si on essaie de se battre, de se dire non je prends le temps de le faire, je parle, on n'a pas le temps. Il faut aller encore plus vite, plus vite, plus vite, et encore plus de malaise de ma part.

Et comment vous vous voyez dans un an, dans 2 ans....

(Silence 15 secondes) Pas très bien, parce que je pense que mes valeurs, mes valeurs de travail, je ne les retrouverai pas chez les jeunes, chez ceux qui vont arriver, c'est fini ça, ça a disparu, c'est plus du tous les mêmes valeurs que moi j'ai connues il y a 20 ans de ça, c'est normal, ça évolue et je me dirai ça ne te correspond plus, et alors je sais pas...

Et expliquez-moi, tout à l'heure, vous m'avez parlé de vocation, qu'est-ce que c'est la vocation ?

La vocation, c'est faire ça, c'est être infirmière de bloc avec ma rigueur et soulager les gens, les aider, donner, donner aux gens des choses, donner une présence, donner un contact par un contact physique avec la main, avec une caresse, avec une intention, donner la parole, donner un amour, donner de soi, faire un don de soi.

Et là maintenant ?

On peut toujours le faire mais on n'a pas le temps, on n'a pas le temps, moi je voudrais vraiment avoir le temps, le temps d'être un petit plus posée mais on n'a pas le temps, on n'a pas le temps.

Comment vous allez faire pour continuer ?

Je ne sais pas, je ne sais pas, je resterai en bloc parce que j'aime le bloc opératoire, mais c'est un métier que j'aime, moi je dis que travailler en bloc opératoire c'est une passion, il faut être passionnée par ça. Pas n'importe qui peut aller en bloc opératoire. C'est un travail énorme, il faut aimer...

J'adore mon métier...

Résumé : Ce travail de thèse a pour objectif d'aider à la compréhension de ce que ressentent les IBODE (Infirmier(ère) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat) dans l'exercice d'une activité professionnelle en pleine évolution : législation réorganisant le système de santé français et impactant fortement les blocs opératoires, nouveaux référentiels d'activités et de compétences IBODE, validation des acquis de l'expérience, actes exclusifs IBODE ... Il interroge l'éventuel inconfort psychologique vécu par ces personnels lorsqu'ils ne respectent pas de façon consciente les bonnes pratiques en commettant des violations routinières (Bourrier, 1999), par nécessité ou par commodité (Reason, 2013). Ces soignants prônent en général des valeurs professionnelles telles que le « prendre soin » (Hesbeen, 1997), la rigueur, la sécurité et la qualité des soins, et ressentent un inconfort au regard des violations de quelques natures soient-elles dans la mesure où celles-ci majorent les risques opératoires encourus par les patients. La théorie de la dissonance cognitive (Festinger, 1957) peut aider à la compréhension de tels phénomènes en ce que ces professionnels mobilisent des cognitions incompatibles : sécurité, prévention des risques d'un côté, violations de l'autre. Deux méthodologies complémentaires sont utilisées. L'enquête quantitative avec la méthode du questionnaire permet la mise en correspondance des cognitions, des valeurs, des pratiques perfectibles et des émotions ressenties par les IBODE. Une échelle d'affects auto-rapportés de 20 items est utilisée à cette fin (Lecrique, 2007). L'enquête qualitative par entretiens et leur analyse thématique mettent en évidence différentes stratégies de réduction de dissonance. La discussion finale porte sur le contexte professionnel dans lequel évolue ces professionnels, contexte susceptible de normaliser les violations en générant de ce fait l'accroissement d'une zone accidentogène (Amalberti *et al.*, 2006) aux dépens de la garantie des soins sécuritaires au service du patient.

Mots clefs : Prendre soin – Violation – Infirmier (IBODE) – Dissonance cognitive - Sécurité

Abstract: The aim of this thesis is to raise awareness of how State Qualified Operating Room Nurses deal with the constant evolutions of their professional activity, such as legislation to reorganize the French health system which impacts strongly on operating rooms, new standards of activities and skills for operating room nurses, validation of work knowledge and experience, exclusive operating room acts, etc. It investigates the potential psychological discomfort felt by the personnel when they consciously avoid respecting good practices by committing routine violations (Bourrier, 1999) either through necessity or convenience (Reason, 2013). These nurses generally extoll the virtues of professional health care, notably “taking care” (Hesbeen, 1997), rigour, safety, quality treatment, and feel uncomfortable when committing any sort of violation which could increase the surgical risks for the patient. The theory of cognitive dissonance (Festinger, 1957) can help to understand such phenomenon insofar as these professionals combine incompatible cognitions such as safety and avoiding risks on the one hand, and violations on the other. Two complimentary methodologies are used here. The questionnaire of the quantitative survey allows the cognitions, values, and perfectible practices to be matched with the emotions felt by the nurses. A scale of 20 self-related affects is used to achieve this (Lecrique, 2007). The interviews and their thematic analysis of the qualitative survey bring to light different strategies for reducing dissonance. The final discussion deals with the professional context in which the nurses evolve, a context which is likely to normalize violations by generating an increase in accident-prone zones (Amalberti and *al.*, 2006), at the expense of guaranteeing safe treatment in the service of the patient.

Key words: Take care - Violation - Operating room nurse - Cognitive dissonance - Safety