

École d'Infirmiers Anesthésistes

CHU de Rennes

Promotion 2021 - 2023



Facteurs humains en anesthésie : Le rôle de l'IADE dans leur connaissance et la plus-value pour l'équipe soignante.

Mémoire de fin d'études : LE CAIN Laura

Sous la direction de : CARAYON Noémie

Année : 2023

Soutenance le : 26/06/2023



École d'Infirmiers Anesthésistes

CHU de Rennes

Promotion 2021 - 2023



Facteurs humains en anesthésie : Le rôle de l'IADE dans leur connaissance et la plus-value pour l'équipe soignante.

Mémoire de fin d'études : LE CAIN Laura

Sous la direction de : CARAYON Noémie

Année : 2023

Soutenance le : 26/06/2023



Remerciement

A Mme CARAYON Noémie, ma directrice de mémoire,

Merci de m'avoir guidé dans ma réflexion, de vos conseils avisés et votre rigueur lors de nos échanges.

A l'ensemble de l'équipe du PFPS et plus particulièrement à Bruno, Jean-Paul, Julie et Martine,

Merci pour votre dévouement dans la formation, votre capacité d'écoute avec bienveillance et votre soutien précieux pendant les moments difficiles.

Aux professionnels de santé ayant participé à la réalisation de ce travail en répondant à mes entretiens,

Merci pour votre contribution à ma recherche et pour certains d'entre vous pour votre engagement particulier à la cause des facteurs humains.

A ma famille et particulièrement mes parents,

Merci pour votre soutien infaillible depuis toujours, je souhaite vous exprimer toute ma gratitude, pour les valeurs que vous m'avez inculquées, votre dévouement, et votre amour inconditionnel.

A Fabrice, mon conjoint,

Merci pour ta générosité, ton soutien constant et tes encouragements tout au long de ces deux années éprouvantes.

A mes amies de toujours,

Merci pour votre amitié sincère même lorsque j'étais moins disponible, et votre capacité à me changer les idées et à m'apporter de la joie.

A mes collègues de promotion, et quelle promotion,

Merci pour votre présence inestimable tout au long de ces deux années. Nous avons vécu ensemble des moments intenses, Je suis fière et heureuse d'avoir fait partie de cette promotion.

**« Le facteur humain est la faille du système, mais
c'est aussi sa plus grande force. »**

Capitaine Chesley Sully Sullenberger

Sommaire

<u>INTRODUCTION</u>	<u>2</u>
<u>CADRE CONTEXTUEL.....</u>	<u>3</u>
A SITUATION DE DEPART	3
B CONSTAT	5
<u>CADRE CONCEPTUEL</u>	<u>13</u>
A L'EQUIPE.....	13
B FACTEURS HUMAINS EN SANTE	19
<u>QUESTION ET HYPOTHESES</u>	<u>49</u>
A QUESTION DE RECHERCHE.....	49
B HYPOTHESES	49
<u>RECHERCHE</u>	<u>50</u>
A METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	50
B ANALYSE DES DONNEES	53
C DISCUSSION	90
<u>CONCLUSION.....</u>	<u>100</u>
<u>LISTE DES ACRONYMES</u>	<u>101</u>
<u>TABLE DES MATIERES</u>	<u>103</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>107</u>
<u>ANNEXES.....</u>	<u>118</u>
<u>RESUME.....</u>	<u>121</u>

Introduction

Plusieurs études ont montré que les facteurs humains et les problèmes de communication contribuent aux défaillances qui entraînent des événements indésirables graves associés aux soins, y compris des décès évitables. Bien que l'adage "l'erreur est humaine" soit souvent entendu, cela soulève la question de savoir si l'humain est la faille ou la force du système ? Les facteurs humains sont omniprésents, en particulier dans les environnements de travail d'équipe et les activités à haut risque, comme en anesthésie. Cependant, les infirmiers anesthésistes ne bénéficient pas actuellement d'une formation spécifique sur les compétences non techniques et les facteurs humains dans le cadre de leur cursus de formation. Bien que des formations sur ce sujet novateur dans le domaine de la santé commencent à émerger, seuls quelques IADE les suivent, de leur propre initiative, ce qui représente encore une minorité.

Dans le but d'améliorer mes pratiques, la qualité des soins ainsi que la sécurité des patients, je m'intéresse et m'interroge sur les bénéfices de la connaissance des facteurs humains par les IADE. Pour affiner ma question de recherche, j'ai établi un constat et élaboré un cadre conceptuel qui m'a permis un éclairage théorique et d'enrichir mes connaissances sur le sujet pour me conduire à formuler ma question de départ : La connaissance des facteurs humains par l'IADE a-t-elle un impact sur l'équipe et la culture de sécurité ?

Ce travail de recherche vise alors à répondre à cette question, ainsi que de déterminer si la formation aux facteurs humains est une valeur ajoutée.

Pour atteindre cet objectif, j'ai commencé par décrire une situation vécue en stage qui a suscité mes questions sur ce sujet. Ensuite, j'ai développé un cadre contextuel et conceptuel. Après avoir expliqué la méthodologie que j'ai utilisée pour cette recherche, j'ai présenté une analyse descriptive des résultats de mes entretiens semi-directifs. Enfin, j'ai analysé ces résultats en relation avec mes trois hypothèses, confirmées par les propos des IADE interrogés.

Cadre contextuel

A Situation de départ

1 Description des faits

J'ai effectué mon dernier stage de première année d'étudiante infirmière anesthésiste dans une clinique de Paris. Ce jour-là, nous avons commencé par une anesthésie générale chez une jeune femme de 26 ans pour une chirurgie bariatrique programmée, un by-pass gastro jéjunal. La patiente était endormie et prête pour la chirurgie lorsque la chirurgienne est entrée en salle. J'ai souhaité me présenter à elle comme je l'avais fait avec le reste de l'équipe mais cela n'a pas été possible car elle était focalisée sur l'attente d'un appel téléphonique important et a fait savoir à l'équipe chirurgicale qu'elle ne devait pas le manquer. Elle a laissé son portable en évidence et a demandé à être informée dès que la sonnerie retentissait, peu importe où elle en était dans l'intervention. Elle est ensuite sortie de la salle pour se laver les mains. Toute l'équipe a pris conscience de l'importance de cet appel, en particulier l'IBODE circulante à qui la consigne était adressée. Cependant, personne n'a discuté du comportement de la chirurgienne, je suis resté en observation et me suis demandé s'il était courant pour elle d'agir ainsi.

Plus tard, pendant la chirurgie, j'ai entendu la chirurgienne partager ses problèmes personnels avec l'ensemble de l'équipe : elle avait appris récemment que la maltraitance sévissait dans la crèche de sa fille et était contrainte de la laisser dans cette structure en attendant de trouver une solution pour la sortir de cette situation invivable. Elle n'avait pas dormi depuis des jours et appréhendait la garde qu'elle devait effectuer le soir même. L'appel qu'elle attendait était en lien avec cette situation.

A la fin de la chirurgie, alors que nous anticipions cette période avec l'IADE, nous avons entendu soudainement qu'il se passait quelque chose d'inhabituel du côté chirurgie. Nous nous sommes approchés du champ opératoire pour constater que la chirurgienne avait perdu une aiguille dans le ventre de la patiente. L'IBODE

et l'interne étaient tous les deux d'accord avec elle et toutes les trois étaient catégoriques : l'aiguille était bel et bien dans le ventre de la patiente. Après des recherches infructueuses, l'aiguille était toujours introuvable, ce qui a provoqué une montée de panique. La chirurgienne a commencé à crier, à pleurer et à se stériliser, malgré les tentatives de l'équipe pour la calmer. Même après l'arrivée d'un autre chirurgien pour la remplacer, elle était inconsolable et avait du mal à tenir debout. Elle continuait de nous parler de ses problèmes en pleurant, et la crainte que la patiente porte plainte s'est ajoutée à ses préoccupations. Elle a été conduite en salle de pause, tandis que le deuxième chirurgien, qui avait également un programme opératoire en cours, s'efforçait de résoudre le problème.

La situation s'est prolongée avec l'utilisation d'un amplificateur de brillance, le deuxième chirurgien attendu, un troisième est arrivé pour prendre sa place. Pendant ce temps, la patiente devenait de plus en plus instable sur le plan respiratoire, ce qui était amplifié par la durée de la chirurgie et la coelioscopie. Une nouvelle IBODE est entrée en salle pour remplacer l'IBODE circulante et, après avoir été informée du problème, a commencé à chercher l'aiguille manquante. Elle a cherché partout dans la salle d'opération, dans les baquets, les compresses et sur le sol, et finit par la trouver aux pieds de l'équipe chirurgicale. Le compte était alors bon, et l'équipe a compris que l'aiguille avait sauté lorsque la chirurgienne a retiré le trocart après avoir fait son nœud. Le troisième chirurgien a alors procédé à la fermeture chirurgicale. La patiente a été réveillée, et tout s'est bien terminé pour elle.

2 Émergence du questionnement, question de départ

Lors de ce stage, j'ai eu la chance d'avoir pour tutrice, une IADE expérimentée et très impliquée dans son travail, qui revenait tout juste d'une formation sur les facteurs humains.

Les facteurs humains : quand elle m'évoque ce concept, cela m'apparaît comme une évidence, je peux enfin mettre des mots sur ce sujet qui m'intéresse tant depuis des années. Les échanges que nous avons eus sur les différents facteurs humains qui impactent le travail des soignants, en particulier au bloc

opératoire, ont nourri mon questionnement sur la place de l'humain dans l'environnement de travail et sur l'équipe. Cette réflexion a été renforcée par la situation vécue qui aurait pu mal tourner, m'amenant à m'interroger sur nos pratiques et sur la manière dont nous pouvons travailler ensemble pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Je me questionne principalement sur le rôle de l'humain dans le système, s'il est une vulnérabilité ou une force et comment travailler ensemble, en équipe pluri-professionnelle, pour minimiser les erreurs humaines et améliorer la qualité des soins. J'ai réalisé que les facteurs humains sont souvent négligés dans nos formations, alors qu'ils sont tout aussi importants que les connaissances théoriques et les compétences techniques. Il est donc essentiel de les prendre en compte pour détecter les problématiques liées à l'humain et améliorer nos pratiques. C'est la raison pour laquelle j'ai sélectionné ce sujet de recherche pour mon mémoire de fin d'études. Je suis convaincue que si nous nous intéressons plus à nos collègues et si nous apprenons à travailler ensemble en prenant en compte les compétences non techniques nous pourrions améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients au bloc opératoire.

B Constat

Les erreurs médicales constituent un problème majeur de santé publique, étant responsables d'un nombre important de décès évitables. Toutefois, leur quantification précise est difficile en raison de plusieurs facteurs. D'une part, le diagnostic de morts évitables est souvent complexe. D'autre part, la codification des décès dans la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) de l'organisation mondiale de la santé (OMS) ne permet pas une saisie des erreurs médicales. En effet, il n'existe pas de case « erreur médicale » à proprement parler et les motifs saisis sont classés dans d'autres catégories, ce qui limite leur identification. De plus, les études menées sur ce sujet reposent sur les dossiers de santé des patients hospitalisés, excluant ainsi les patients décédés en dehors de l'hôpital.

Malgré les limites mentionnées, il me paraît important de souligner quelques études, articles et rapports en lien avec le nombre d'accidents dûs à des erreurs

médicales évitables. Ils ont permis de mettre en évidence l'importance des facteurs humains en santé ainsi que d'initier une réflexion sur la gestion des risques et la sécurité des patients.

« To err is Human, building a safer health system »

Estime qu'aux États-Unis, entre 48 000 à 98 000 personnes meurent chaque année à cause d'erreurs médicales évitables.

En 1999, ce rapport pionnier est le premier à évoquer les erreurs médicales comme cause de décès et attirer l'attention des professionnels de santé et du grand public à l'époque. (1)

En 2016, un article publié par Martin A. Makary et Michael Daniel dans le British Medical Journal a révélé que plus de 250 000 patients décèdent chaque année dans les hôpitaux américains à la suite d'erreurs médicales, faisant de l'erreur médicale la troisième cause de décès aux États-Unis, après les maladies cardiovasculaires et les cancers.

L'article souligne que les erreurs médicales surviennent essentiellement chez les professionnels de santé expérimentés et compétents. Ce qui met en évidence que les erreurs ne sont pas dues à des compétences techniques, mais bien aux compétences non techniques et aux facteurs humains. (2)

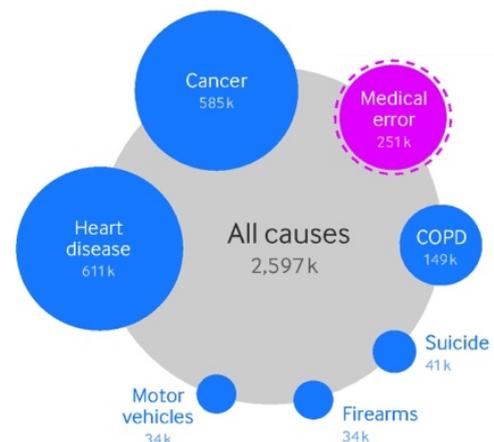


Fig. 1: Erreur médicale - la troisième cause de décès aux États-Unis. (2)

Ces chiffres alarmants ne se limitent pas aux États-Unis. Selon M. Makary, il existe des indices suggérant que des chiffres similaires sont observés dans d'autres pays industrialisés, tels que la France. Cela est confirmé plus récemment, en 2020, par un article du Monde qui souligne que l'OMS classe l'erreur médicale parmi les 10 premières causes de décès dans le monde. Chaque année, elle tue autant que le paludisme et la tuberculose, et elle est considérée comme une maladie à part entière, avec une définition, des facteurs de risques, une épidémiologie, un diagnostic, un traitement et des mesures préventives. (3)

Ces articles abordent les cas de décès causés par des erreurs médicales, cependant, il est important de noter que ces erreurs peuvent également entraîner des événements indésirables graves liés aux soins (EIGS). La haute autorité en santé le définit comme « un évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, y compris une anomalie ou une malformation congénitale ». (4)

Chaque année depuis 2017, la HAS publie un bilan des événements indésirables graves associés aux soins signalés. Le rapport de novembre 2022 sur les EIGS de 2021 nous révèle que 60% des EIGS surviennent au cours de périodes dites de vulnérabilité, telles que les périodes durant lesquelles la vigilance ou le nombre de professionnels diminuent. Soit la nuit, les jours fériés, le week-end ou les heures de changement d'équipe. De plus, plus d'un EIGS sur deux est déclarés comme évitables, ce qui signifie qu'ils n'auraient pas eu lieu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante (5). Là encore, la notion d'évitabilité est avérée et les chiffres très parlants. L'HAS souligne l'importance de prêter attention aux périodes de vulnérabilité, ce qui met de nouveau en évidence que les EIGS et les erreurs ne sont pas simplement liées aux compétences techniques ou aux connaissances.

Un EIGS sur deux est évitable.

Afin de me recentrer sur mon futur lieu d'exercice et sur le sujet de cette recherche, j'ai cherché à en savoir plus sur la sécurité en anesthésie-réanimation.

Avant les années 1980, de nombreux accidents graves et décès ont mis en évidence des problèmes de sécurité en anesthésie. L'affaire Farçat de 1973 est l'un des cas les plus connus. Alain Farçat était un étudiant de 25 ans qui est malheureusement décédé des suites d'une chirurgie des amygdales en raison d'un manque de surveillance. Sa mort et le combat mené par son frère pour obtenir une reconnaissance de la faute de l'hôpital et des médecins ont eu des répercussions positives, puisqu'ils ont permis l'obligation pour tous les patients de passer en salle de réveil après une anesthésie. (6)

Le nombre d'accidents et de décès lié à l'anesthésie a conduit l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) à mener une enquête, en France, intitulée « Mortalité en Anesthésie » de 1978 à 1982. Cette mesure de la mortalité anesthésique est essentielle car elle permet aux médecins de prendre conscience des avantages et des risques d'une intervention et de les communiquer à leurs patients pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées. En outre, la mesure de la mortalité anesthésique permet de comparer les pratiques médicales afin de déterminer les mesures à améliorer pour progresser en matière de sécurité.

**Environ un
décès pour
13000
anesthésies**

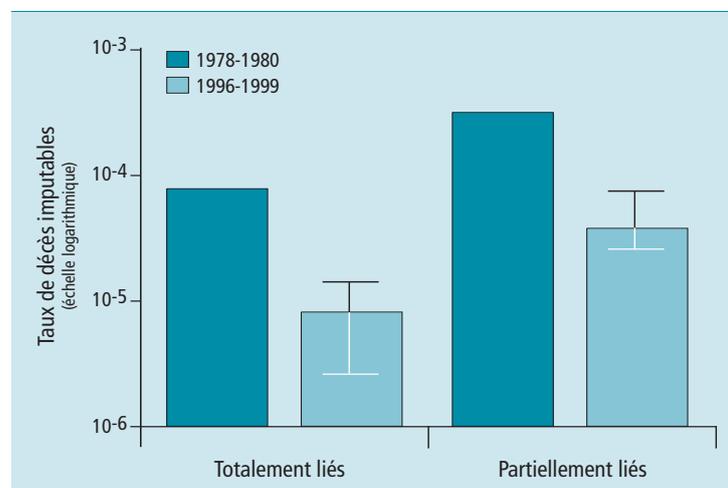
Les résultats de cette enquête ont montré un taux de décès ou de coma complètement lié à l'anesthésie d'environ 76 pour 1 000 000 et de 263 pour 1 000 000 pour les décès partiellement liés, ce, pour un nombre annuel d'anesthésies de 3 600 000. L'hypoxie étant la principale cause de décès. (7)

En 1993, le rapport du Haut Comité de la Santé Publique a mis en évidence que la spécialité d'anesthésie-réanimation était l'une des disciplines les plus exposées aux suites médico-légales et aux indemnisations les plus élevées en cas de complications graves en France.

Ces constats ont amené les anesthésiologistes à réfléchir en profondeur sur la prévention des complications évitables liées à l'anesthésie. Les autorités publiques et la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) ont alors publié des textes incitatifs sur la sécurité dans la pratique de l'anesthésie (circulaires et recommandations). Les experts ont mis en évidence deux éléments primordiaux pour améliorer la sécurité anesthésique : les facteurs humains et le respect de standards de soins. Ils ont conclu que les défaillances humaines étaient souvent la cause des accidents et ont souligné l'importance des facteurs humains dans les accidents d'anesthésie en démontrant que les défaillances matérielles ne représentaient que 15 % des cas, contre 85 % pour les erreurs humaines. (8)

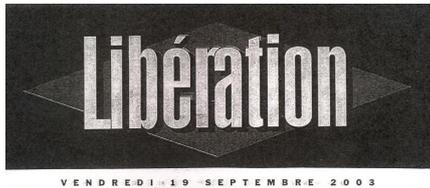
Suite à l'enquête INSERM et au rapport de 1993, plusieurs actions ont été mises en place, notamment la rédaction du « décret du 4 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique » (9) qui établit un cadre réglementaire pour la pratique de l'anesthésie et qui impose aux établissements de santé de garantir pour toute intervention nécessitant une anesthésie générale ou loco-régionale une consultation pré-anesthésique, les moyens nécessaires à la réalisation de cette anesthésie, une surveillance continue après l'intervention et une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie. (9)

Afin de mesurer les bénéfices de cette réglementation, ainsi que d'autres actions telles que la sécurisation de l'environnement, l'évaluation des risques, le développement de la qualité de formation initiale et continue, le suivi des recommandations... la SFAR a relancé une enquête nationale en association avec l'INSERM. Cette enquête a examiné les certificats de décès des années 1996 à 1999, et les résultats ont confirmé une nette amélioration de la sécurité anesthésique, avec une forte diminution de la mortalité liée à l'anesthésie. En 1999, le nombre de décès directement imputables à l'anesthésie est de 1 pour 145 000 et celui des décès indirectement liés a été évalué à 1 cas pour 21 000 anesthésies. Le nombre de décès a alors connu une réduction par 10 en 20 ans alors que le nombre d'anesthésie lui, a plus que doublé. De plus, cette étude nous indique que l'hypoxie, principale cause de décès en 1980 n'est plus en cause, ce qui confirme l'efficacité des mesures appliquées. (10)



(10)

Fig. 2 : Taux de décès liés à l'anesthésie enquête Sfar-CépiDc-InsERM



SOCIÉTÉ
**DORMEZ TRANQUILLES,
L'ANESTHÉSIE EST SÛRE**

En vingt ans, la sécurité de cet acte est devenue très fiable. (11)

Fig. 3: Titre Libération

Au fil de mes recherches, via les études citées et bien d'autres encore, je ne peux que constater la nette amélioration des pratiques et les résultats tangibles qui en découlent.

La mortalité et la morbidité en anesthésie ont fortement diminué grâce à la prise de conscience commune et la mise en place de mesure de sécurité efficiente. Néanmoins, malgré ses conclusions satisfaisantes, il est important de poursuivre dans l'amélioration de nos pratiques en décelant quelles sont les causes persistantes de décès liées à l'anesthésie, en déterminant leur proportion évitable et surtout en mettant en place des actions pour poursuivre dans cette voie.

Il est difficile de quantifier de manière précise le lien direct entre les facteurs humains et les accidents ou incidents en anesthésie. Cependant, de nombreuses enquêtes confirment que ceux-ci ainsi que les défauts de communication contribuent aux défaillances entraînant des décès évitables. Ce qui n'est pas étonnant puisqu'ils sont présents partout, plus particulièrement lorsqu'il s'agit de travail en équipe et d'activités à risque. Le domaine de la santé exige un certain degré de maîtrise tout comme dans l'aéronautique où l'étude des facteurs humains a été établie depuis de nombreuses années. En effet, dans la majorité des accidents d'avions (80%), le rôle humain est identifié (12). Chaque formation de pilote qu'il soit professionnel ou amateur, doit passer un module sur l'étude des facteurs humains, contrairement au milieu de la santé. Pourtant, celui-ci expose aux mêmes limites, celle de travailler en équipe, dans un système d'une haute exigence.

Afin d'illustrer ces chiffres et la notion d'évitabilité liée aux facteurs humains en anesthésie, il est pertinent d'évoquer l'histoire d'Elaine Bromiley, qui a permis de faire avancer la recherche en établissant un parallèle entre ces facteurs dans les domaines de la santé et de l'aéronautique.

« Just a routine operation »

Expliquée par son mari Martin Bromiley, pilote de ligne au Royaume Uni. (13)

Elaine Bromiley est une femme de 37 ans en bonne santé, venue au bloc opératoire pour une septoplastie sur une sinusite chronique (visant à corriger une déviation de sa cloison nasale).

L'équipe qui s'en occupe est constituée de professionnels expérimentés. Pour la gestion des voies aériennes supérieures pendant l'opération, ils décident d'utiliser un masque laryngé, seulement le MAR rencontre des difficultés à l'insérer et malgré plusieurs tentatives avec différentes tailles, l'état de la patiente se détériore rapidement. La ventilation au masque est très difficile voire impossible et la saturation en oxygène chute de façon inquiétante jusqu'à 40%, *(pour des normes situées supérieures à 96% chez cette patiente)*.

Le MAR décide alors d'adopter une nouvelle approche en administrant un curare pour procéder à l'intubation orotrachéale de la patiente. Quelques minutes plus tard, plusieurs collègues : médecins anesthésistes, infirmiers et un chirurgien ORL arrivent en soutien. Bien que chacun ait une compréhension différente de la situation, aucun ne s'exprime à ce sujet. Les MAR tentent par plusieurs techniques de procéder à l'intubation de la patiente, mais sans succès. Pendant ce temps, une infirmière apporte le matériel nécessaire pour effectuer une trachéotomie mais son message, tout comme d'autres propositions paramédicales sont ignorées. Le médecin ORL, habilité à réaliser cette procédure, est présent dans la salle. Pendant environ 20 minutes, la saturation en oxygène de la patiente reste très critique à 40 %, malgré les efforts des médecins pour ventiler la patiente, son taux d'oxygène remonte à 80 %, mais cela reste insuffisant. Finalement, 35 minutes après l'induction, les médecins décident d'abandonner et de laisser la patiente se réveiller.

La patiente est transportée en SSPI mais ne se réveille pas, elle est transférée en service de réanimation ou elle décèdera malheureusement 13 jours plus tard des séquelles de son hypoxie.

Martin Bromiley, son mari, est pilote pour une grande compagnie aérienne britannique avec laquelle il a bénéficié d'une formation spécialisée dans les facteurs humains. Il a décrit cette tragédie comme le résultat direct de facteurs humains et de défaillances dans les compétences non techniques, créés par des défaillances systémiques du système de santé. Il n'a pas blâmé et ne s'est pas plaint mais s'est servi avec poigne de sa force et de ses connaissances en compétences non techniques pour promouvoir de meilleures pratiques en matière de facteurs humains en créant le « Clinical human factors group ». Ce groupe a en effet, promu les facteurs humains au niveau de la santé et a permis d'apporter une importante contribution aux réflexions actuelles afin que les termes de facteurs humains et sécurité du système soient de plus en plus compris dans le domaine de la santé.

Ce drame tragique souligne de nouveau que les professionnels les plus expérimentés peuvent également commettre des erreurs, et que les compétences techniques à elles seules ne suffisent pas pour garantir la sécurité et la qualité des soins. Il met en avant l'importance cruciale des compétences non techniques et de la sensibilisation aux facteurs humains au sein d'une équipe pour l'optimiser.

Ces études, enquêtes et événements ne font que renforcer mon point de vue selon lequel il est aussi important d'étudier les facteurs humains en santé que les compétences techniques. Comprendre ces facteurs et les intégrer dans l'équipe est capital pour garantir la sécurité optimale de chaque patient et réduire au minimum les erreurs évitables.

Cadre conceptuel

A L'équipe

Le professeur Robert LAFON, psychiatre, c'est intéressé le premier, et a le plus réfléchi au concept d'équipe. Il évoque l'étymologie de ce mot : « Équipe viendrait du vieux français « esquif », qui désignait à l'origine une suite de chalands attachés les uns aux autres et tirés par des hommes, est-ce l'image des bateliers tirant sur la même corde ou celle de bateaux attachés ensemble... Toujours est-il qu'on a parlé un jour d'équipe de travailleurs pour réaliser une œuvre commune, puis ensuite d'équipe de sportifs pour gagner un match. Il y a donc dans ce mot un lien, un but commun, une organisation, un double dynamisme venant aussi bien de la tête que de l'ensemble, une victoire à gagner ensemble ». (14)

Selon Marie-Josée Couchaere, l'équipe est un groupe restreint avec deux objectifs de rassemblement. Le premier, « orienté vers une tâche, avec des performances attendues ou espérées » (15). Le second, « orienté vers la vie du groupe et les relations entre ses membres » (15). Deux engagements motivent alors le groupe, un engagement entre les différents membres du groupe et un engagement dans le travail commun. Le propre de l'équipe serait donc d'accomplir une œuvre commune.

1 L'équipe soignante

L'HAS caractérise l'équipe soignante comme interagissant « de manière dynamique vers un objectif commun : fournir des prestations de soins aux patients... Ainsi, les membres d'une équipe : Possèdent des connaissances et compétences spécialisées et complémentaires ; Connaissent chacun leur rôle propre et le rôle des autres membres (de l'équipe ou d'autres équipes) et interagissent les uns avec les autres en vue d'atteindre un objectif commun ; Prennent des décisions ; Assument souvent une charge de travail importante ; Agissent comme un « individu collectif », du fait de l'interdépendance des tâches réalisées par chacun des membres de l'équipe. » (16)

Au bloc opératoire, l'équipe est constituée de nombreux professionnels, tels que des brancardiers, agents de services hospitaliers, aides-soignants, IDE, manipulateurs en radiologie, cadres de santé, secrétaires ... En salle d'opération, on retrouve des IADE et MAR, ainsi qu'un ou plusieurs IBODE exerçant des fonctions différentes (circulant, aide-opératoire et instrumentiste), et un chirurgien. Des élèves, étudiants, internes et observateurs peuvent également se joindre à cette équipe. Il s'agit donc d'une équipe pluridisciplinaire.

2 L'équipe pluridisciplinaire

Les membres de l'équipe du bloc opératoire sont donc nombreux et viennent de disciplines différentes. Formellement, il est irréalisable, même avec des compétences solides, une extrême volonté et une riche expérience de savoir tout faire et de tout connaître, de plus, seul. C'est pourquoi, afin de répondre au mieux aux divers impératifs pour atteindre le but fixé par l'équipe, la pluridisciplinarité est nécessaire. La définition du terme pluridisciplinaire est simple : « Qui concerne plusieurs disciplines ou domaines de recherche. » (17)

Le terme pluriprofessionnel est en train de remplacer progressivement celui de pluridisciplinaire, et il est important d'en parler car il renvoie non seulement au processus de formation, mais également à l'objectif final d'avoir une équipe composée de professionnels de différentes disciplines et de différents statuts. Par exemple, les agents d'entretien ne sont pas issus d'une discipline à proprement parler mais ont pourtant un statut et une place importante au sein de l'établissement. Cette distinction permet à tous les professionnels de l'institution de se sentir partie prenante de l'équipe, favorisant ainsi la cohésion d'équipe et le respect mutuel, afin que chacun se sente intégré. (18)

La notion d'équipe pluriprofessionnelle se réfère à un groupe de professionnels qui possèdent des compétences et des connaissances différentes dans leur domaine respectif. Chaque membre travaille dans son domaine d'expertise pour couvrir les compétences requises à la réalisation de l'objectif commun. En unissant leurs forces, les professionnels de santé travaillent ensemble pour offrir des soins efficaces et favorables au patient, créant ainsi une synergie qui va au-delà de leurs compétences individuelles.

3 Le travail d'équipe

« L'union fait la force » Esope (19)

Travailler en équipe n'est pas inné. Il ne suffit pas de réunir un ensemble de personnels compétents dans leur domaine respectif. Pour travailler efficacement ensemble, l'équipe a besoin d'interaction. Le travail d'équipe désigne la capacité de chaque membre de l'équipe à exécuter, se développer et communiquer de manière appropriée pour atteindre leurs objectifs communs. Selon des recommandations canadiennes, le travail d'équipe se définit comme « un groupe de personnes, interdépendantes dans leurs tâches, partageant la responsabilité des résultats, qui se perçoivent et qui sont perçues comme une seule entité imbriquée dans un plus grand système social et dont les relations s'articulent autour de frontières organisationnelles. » (20)

Le sociologue Pierre Cauvin affirme : « Une équipe ça se construit, l'esprit d'équipe ça se cultive » (21). Effectivement, la cohésion d'équipe est un processus qui demande du temps, il faut pour comprendre son fonctionnement interne s'intéresser au concept de dynamique de groupe ou dynamique d'équipe.

4 Les dynamiques de groupe

Kurt Lewin (1890-1947) est un auteur fortement associé aux dynamiques de groupe, pilier de la psychosociologie (18). La dynamique des groupes permet d'étudier et de comprendre les réactions d'un groupe, au-delà des spécificités de ses membres. « Kurt Lewin s'est intéressé à l'étude de la subjectivité humaine et au comportement individuel en interaction avec la dynamique des groupes » (18). De ses études il nous enseigne que l'ambiance d'un groupe dépend de son commandement et de la volonté de chacun à créer une dynamique interne. Il considère les interactions dans un groupe comme un champ de forces : moyens de communications, valeurs collectives, buts, types de leadership, etc. Le résultat de son opinion est l'importance du maintien et du renforcement des liens sociaux entre les membres du groupe. L'intérêt est de trouver un équilibre entre chacun qui conviendra à l'ensemble de l'équipe. (18)

5 Performances d'une équipe

La performance est définie par le Larousse comme un « exploit ou réussite remarquable en un domaine quelconque » (22) elle est donc associée au succès et au résultat. En pratique, le concept de performance est complexe, multidimensionnel et n'a de sens que dans le contexte spécifique dans lequel il est utilisé. Plusieurs grilles de lecture peuvent être utilisées pour l'évaluer, mais toutes sont fondées sur quatre notions clés :

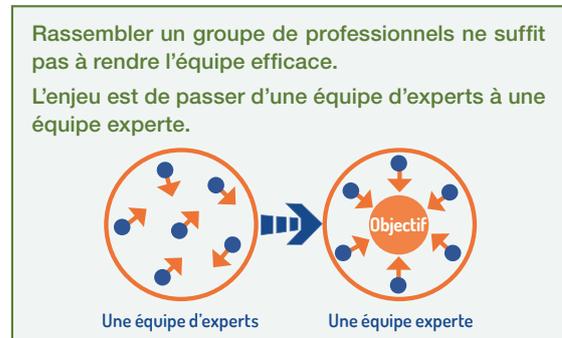


Fig. 4 : Brochure pacte les essentiels

(23)

- **L'efficacité**, qui mesure la capacité à atteindre ses objectifs en comparant les résultats obtenus avec les objectifs fixés ;
- **L'efficience**, qui évalue la relation entre les résultats obtenus et les moyens utilisés, en comparant un indicateur de résultat à un indicateur de mesure des ressources investies ;
- **La cohérence**, qui reflète l'harmonie entre les différentes composantes de base de l'organisation, en évaluant la correspondance entre les objectifs et les moyens ;
- **La pertinence**, qui évalue la cohérence des objectifs et des moyens en fonction des contraintes environnementales.(24)

6 Les piliers d'une équipe performante

Pierre Cauvin et Kurt Lewin soulignent tous deux l'importance de maintenir la dynamique de groupe et la cohésion d'équipe en respectant les valeurs de chacun, afin de garantir la stabilité nécessaire au bon fonctionnement de l'équipe. Malgré qu'il ne soit pas inné, le travail d'équipe n'est malheureusement pas enseigné dans le milieu de la santé, et pourtant son bon fonctionnement est primordial. L'importance et l'impact d'une bonne collaboration ou à l'inverse d'une mauvaise collaboration sont de plus en plus connus et étudiés.

6.1 La cohésion d'équipe

La cohésion d'équipe permet aux membres de rester soudés malgré les problèmes individuels. Lorsqu'une équipe est unie, cela se reflète dans leur engagement et leur esprit d'équipe, ce qui augmente leur longévité car les membres ont envie de continuer à travailler ensemble. (27)

6.2 Le partage d'un objectif commun

La collaboration de l'équipe pour atteindre le but commun est définie par des intérêts communs et une sensation de responsabilité distribuée entre eux (27). Dans le milieu de la santé, l'objectif commun est centré sur le patient

6.3 Le respect mutuel

Une équipe performante valorise les compétences, les croyances et les contributions professionnelles de chacun de ses membres (27). Avoir un environnement de travail soutenant et accueillant, où toutes les questions peuvent être posées sans crainte de jugement, renforce la confiance, la motivation et l'engagement. (26)

6.1 Le Leadership

Un leader est une personne capable de diriger et d'influencer les autres membres d'une équipe tout en résistant à leur influence. Cette personne est souvent considérée comme le chef ou le représentant informel du groupe en raison de sa position dominante et de la confiance que l'équipe a en elle. Ce rôle dépend donc de la dynamique du groupe. La fonction et position de leader se nomme : Le Leadership (18). Le rôle de leader n'est pas figé et peut être attribué à un autre membre de l'équipe pour diverses raisons telles que l'expérience, la formation, les circonstances, le groupe, etc. Toutefois, pour que ce rôle soit effectif, il est important que le leader soit clairement identifié et communiqué au reste de l'équipe soignante.

La qualité du leadership est importante pour le bon fonctionnement de l'équipe, pour être un leader efficace, il est nécessaire : « D'accepter le rôle de leader ; Demander de l'aide le cas échéant ; Monitorer en permanence la situation ; Fixer

les priorités et prendre des décisions ; Utiliser les ressources pour maximiser les performances ; Résoudre les conflits de l'équipe ; Équilibrer la charge de travail au sein de l'équipe ; Déléguer les tâches ou confier des missions ; Conduire des briefings, des réunions en petit comité et des débriefings; Inviter les membres de l'équipe à s'exprimer librement et à poser des questions ; Organiser des activités de formation et d'amélioration pour l'équipe ; Être une source d'inspiration pour les autres membres de l'équipe et maintenir une culture de groupe positive ; Veiller à ce que l'équipe maintienne le cap et obtienne les résultats escomptés. »
(27)

Le leader d'une équipe joue un rôle clé dans la prise de décisions et l'atteinte des objectifs du groupe, que ce soit dans des situations quotidiennes ou critiques. Pour mobiliser, motiver et diriger l'équipe, le leader doit posséder des compétences non techniques telles gestion des émotions, la communication, la prise de décision, la résolution de conflits et la collaboration avec l'équipe de soins. La simulation peut être un outil pédagogique efficace pour acquérir ou approfondir les compétences en leadership. (28)

6.2 L'intelligence collective

L'intelligence collective est une qualité spécifique à une équipe qui valorise les qualités humaines et permet de relever les défis, ce qui en fait un moteur essentiel de la performance professionnelle. Elle résulte des interactions entre les membres d'une équipe et regroupe les compétences cognitives nécessaires pour comprendre et acquérir des connaissances conceptuelles et relationnelles. Cette compétence invisible est cruciale pour aider les professionnels à s'adapter aux situations, trouver des solutions adéquates et maximiser leurs compétences et connaissances individuelles. En travaillant ensemble, en unissant leurs connaissances, idées, opinions, interrogations et incertitudes, les membres de l'équipe créent une valeur supérieure à la simple somme des connaissances individuelles. Chaque membre apporte sa propre force unique, ce qui lui permet de jouer un rôle distinct et de contribuer de manière significative à l'équipe. (26)

B Facteurs humains en santé

1 Définitions

1.1 Facteurs humains

Les facteurs humains sont « la discipline scientifique concernée par la compréhension des interactions entre les humains et d'autres éléments d'un système, et la profession qui applique la théorie, les principes, les données et d'autres méthodes à la conception afin d'optimiser le bien-être humain et la performance globale du système » (29). Leurs objectifs sont « d'optimiser l'efficacité et l'efficacité humaines et systémiques, la sécurité, la santé, le confort et la qualité de vie ». (29)

Le « Clinical Human Factors Group » le définit comme ce qui : « englobent tous les facteurs qui peuvent influencer les personnes et leur comportement. Dans un contexte professionnel, les facteurs humains sont les facteurs environnementaux, organisationnels et professionnels, ainsi que les caractéristiques individuelles qui influencent le comportement au travail. » (30)

Les facteurs humains comprennent alors tous les aspects liés à l'implication des êtres humains dans une activité, incluant les erreurs qu'ils peuvent commettre. Ils sont nombreux et complexes, ce qui les rend difficiles à prévenir et à maîtriser. En effet, divers éléments tels que la baisse d'attention, les biais cognitifs, le stress ou la fatigue peuvent altérer la capacité de l'être humain à prendre des décisions et à performer. En d'autres termes, les facteurs humains représentent les dimensions non techniques d'une activité qui sont liées aux comportements et aux actions des individus impliqués. Ils visent à mettre en place des approches pour améliorer la sécurité, la performance et le bien-être des personnes concernées.

1.2 Compétences non techniques

En développant certains aspects des facteurs humains, de nouvelles compétences non techniques pourraient être définies. Ces compétences sont définies comme « l'ensemble des ressources personnelles, sociales et cognitives

qui viennent compléter les compétences techniques et permettent d'améliorer la sécurité de la prise en charge et la performance ». (31)

Selon Flin et Maran, les compétences non techniques peuvent être regroupées en six domaines essentiels : la gestion des tâches, la prise de décision, la gestion du stress et de la fatigue, la conscience de la situation et le travail d'équipe.



Fig. 5 : Les compétences non techniques (d'après Flin & Maran, 2015)

Les réflexions concernant les compétences non techniques sont récentes dans le milieu médical et l'anesthésie a été l'un des premiers domaines à les étudier. En 1999, Flin et Glavin ont reçu des fonds pour développer une liste de compétences non techniques. Ils ont réuni une équipe composée d'anesthésistes et de psychologues pour concevoir un système de compétences non techniques pour les anesthésistes (ANTS). Pour ce faire, ils ont utilisé des méthodes d'analyse des tâches similaires à celles utilisées pour les pilotes dans le système NOTECHS. (33) (voir annexe n°1).

1.3 Importance de la prise en compte des facteurs humains en santé

Malgré l'importance équivalente des compétences non techniques et des facteurs humains par rapport aux compétences techniques, leur intégration dans les formations initiales de santé est largement négligée. Chaque jour, des professionnels de santé compétents prennent en soins de nombreux patients, et bien que la plupart d'entre eux aient une expérience positive, de nombreuses

études ont révélé que trop de patients subissent encore des préjudices évitables. Les événements indésirables associés aux soins sont couramment dus à ces facteurs humains, et peuvent avoir des conséquences graves, voire fatales. Ainsi, leur prise en compte en santé pourrait améliorer la sécurité et l'efficacité des soins, en limitant les erreurs et en optimisant les performances.

Les organismes impliqués dans la sécurité des patients, tels que l'OMS et la HAS, reconnaissent clairement l'importance des facteurs humains dans la pratique quotidienne des professionnels de la santé. Afin de mieux les prendre en compte, plusieurs initiatives ont été mises en œuvre, telles que le programme PACTE et le guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients. Dans le domaine de l'anesthésie-réanimation également, la SFAR a récemment publié des recommandations de pratiques professionnelles (RPP). Ces programmes seront abordés plus en détail dans la section consacrée aux dispositifs.

2 Erreur et culture de sécurité

2.1 L'erreur

2 à 5

C'est le nombre
d'erreurs que
nous
commettons par
heure

Combien d'erreurs avez-vous fait depuis ce matin ? Sûrement quelques-unes comme se tromper de numéro, éteindre l'ordinateur au lieu de le mettre en veille, appuyer sur le mauvais bouton dans l'ascenseur... La plupart de ces erreurs sont mineures et le cerveau a tendance à les oublier car elles n'ont pas d'importance significative, pourtant elles nous aident à apprendre. (34)

Même dans des conditions idéales où nous ne sommes ni fatigués, ni stressés, ni déshydratés et dans un bon environnement, il est impossible pour un être humain de ne jamais faire d'erreur, même pour les plus talentueux. D'ailleurs dans 80% des cas, quand un événement dû à une erreur humaine survient, le protagoniste est une personne expérimentée. L'erreur humaine est une constante biologique. (34)

D'après Isabelle Simonetto, docteur en Neurosciences, l'erreur se définit comme : « une action, une opération mentale qui ne produit pas l'attendu ou qui est erronée. Elle est, par définition, involontaire, contrairement à la violation » (34). Il est courant d'associer les notions d'erreur, de violation et de faute, mais il est essentiel de les distinguer. Une faute est un acte conscient de ne pas respecter une règle, tandis qu'une erreur est une action involontaire et inconsciente où le résultat obtenu diffère de celui souhaité. (35)

a Le cerveau humain : Système 1 et 2

« Ne répétez pas vos erreurs, lisez Kahneman. » Le Monde (36)

Le système 1 et système 2 sont les deux vitesses de la pensée selon Daniel Kahneman, psychologue et économiste. Le système 1 est un mode de pensée rapide, automatique et intuitif, il ne demande que peu voire pas d'effort, il traite rapidement l'information et prend des décisions sans effort conscient (comme s'orienter vers la source d'un bruit ; compléter la phrase « du pain et... »). C'est un système utile pour les décisions rapides et simples, mais peut conduire à des erreurs de jugement et à des biais cognitifs. (36)

Le système 2, en revanche, demande plus d'attention, de concentration, il est conscient, contrôlé, réfléchi et exige un effort mental. Il permet de résoudre les problèmes plus compliqués et corrige les erreurs du système 1. (36)

D'après Daniel Kahneman, la majorité des individus recourent à leur système 1 car il est rapide et performant. Cependant, pour éviter les erreurs de jugement et prendre des décisions plus réfléchies, il est important de savoir quand utiliser le système 2. Puisque chaque système possède ses avantages, il est judicieux de s'appropriier au mieux les deux afin de permettre une prise de décision optimale. (36)

b Types d'erreurs

James Reason, expert en facteurs humains et professeur de psychologie, a développé le « Modèle de Reason », également connu sous le nom de « Swiss Cheese Model », pour expliquer la gestion des risques dans les systèmes complexes impliquant de nombreux acteurs et ressources.

Selon ce modèle, la sécurité globale du système dépend de la superposition de plaques d'acteurs, chacune ayant ses forces et faiblesses en matière de sécurité, de sorte que les faiblesses ne s'alignent pas mais soient bloquées par les points de sécurité pour éviter tout impact sur le patient. Si une erreur est empêchée par l'une des barrières, on parle alors d'un « non-événement ». (37)

Le modèle identifie trois types de plaques distinctes :

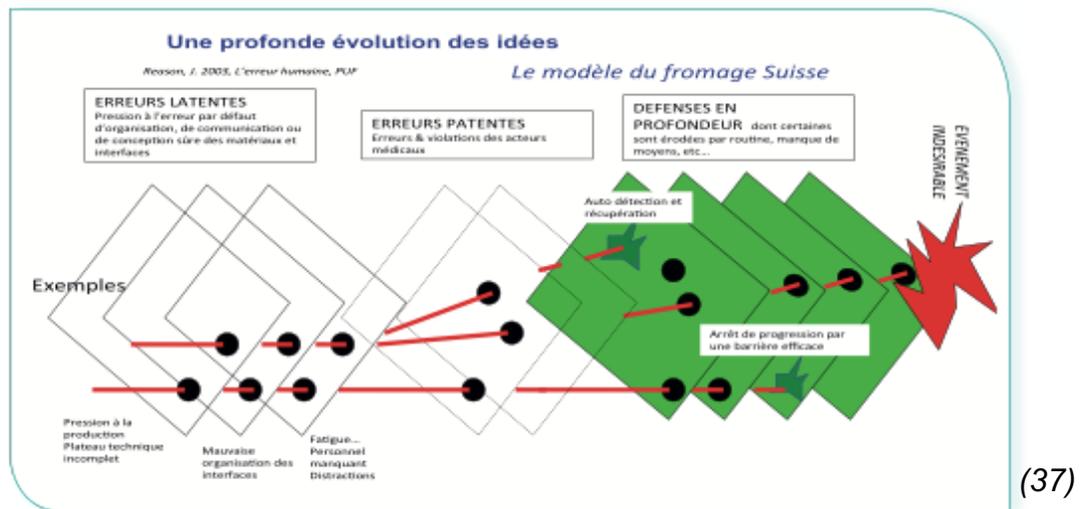


Fig. 6 : Modèle du fromage Suisse

- **Les erreurs latentes** : Relatives à l'organisation, à la conception et, au management, elles ne touchent pas directement le patient mais peuvent influencer les erreurs commises par les professionnels de santé en contact avec les patients.
- **Les erreurs patentes** : Ce sont les erreurs qui peuvent avoir des conséquences immédiates pour le patient par les professionnels de santé. (Erreurs de diagnostic, des erreurs de traitement, des erreurs de médication, des erreurs de procédure...)
- **Les défenses en profondeur ou barrières de sécurité** : Stratégie conçue pour bloquer ou récupérer les erreurs patentes afin de minimiser les dommages potentiels (ex : utilisation d'aides cognitives, vérification croisée...). (37)

2.2 La culture de sécurité

« La sécurité ne consiste pas à supprimer les erreurs, mais à les gérer de façon adaptée. » (37)

a Gestion des risques

Il est malheureusement impossible d'empêcher complètement les erreurs humaines. C'est pourquoi, il est essentiel de mettre en œuvre des mesures pour les réduire, comme l'explique Isabelle Simonetto :

« Au bout du bout des technologies, des machines, il y a toujours un humain. Parce que c'est l'humain qui a construit la machine. Et un humain qui ne fait pas d'erreur, ça n'existe pas. Donc, la première des qualités pour être fiable au travail, quel que soit notre métier, c'est l'humilité. Je sais que je vais faire une erreur. La question n'est pas : est-ce que je vais faire une erreur ? C'est : quand est-ce que je vais la faire ? Si je suis conscient de ça, si j'ai cette humilité, cette conscience du fonctionnement de mon cerveau, je vais accepter de mettre des parades de fiabilité en place. » (34)

Il est possible de corriger les erreurs commises car elles sont détectées et récupérées dans 85 % des cas en quelques secondes par la personne concernée ou son entourage. Le processus de récupération se déroule en trois étapes : la détection du problème, l'identification/compréhension de la situation et l'action de récupération proprement dite. Ainsi, la culture de sécurité et la gestion des risques impliquent non seulement la prévention des erreurs, mais également leur récupération en cas de besoin. (37)

Pour garantir cela, le concept de « défense en profondeur » est utilisé, il repose sur la combinaison de trois barrières essentielles pour atteindre le niveau de sécurité souhaité (37) :



(37)

Fig. 7 : Types de barrières

- **Les barrières de prévention**, qui ont pour objectif d'empêcher la survenue d'erreurs et d'accidents.
- **Les barrières de récupération**, interviennent lorsque l'erreur a déjà été commise, mais qu'elle est récupérée avant de causer des conséquences.
- **Les barrières d'atténuation des effets**, participent lorsque l'accident s'est produit, mais les conséquences sont réduites. (37)

b Analyse des erreurs

La culture de sécurité repose également sur l'analyse des erreurs commises afin d'en tirer des enseignements précieux pour améliorer la sécurité à l'avenir. Il existe plusieurs méthodes pour analyser les événements indésirables liés aux soins et encourager les équipes à signaler, en vue d'apprendre des succès et des échecs de chacun :



(38)

Fig. 8 : Gestion des risques en équipe associée à la sécurité des patients

- **Déclaration des événements indésirables graves associés aux soins.**
Depuis 2017, la HAS publie annuellement un rapport sur les EIGS. En 2021, près de 1 900 nouveaux cas ont été recensés, témoignant d'une forte augmentation du nombre de déclarations faites par les équipes de terrain. Cette évolution positive reflète l'intégration croissante de la gestion des risques dans les pratiques de soins. Le dispositif de déclaration des EIGS a pour objectif de promouvoir une culture de sécurité juste plutôt qu'une culture punitive de l'erreur (39). En analysant la base de retour d'expérience du dispositif EIGS, des enseignements ont été tirés, ce qui a conduit à la création de « Flash sécurité patient », qui rappelle les recommandations de bonnes pratiques en matière de sécurité des patients. (40)

- **Le comité de retour d'expérience (CREX)**. Une approche collective, planifiée, rétrospective et systémique qui permet de recueillir et d'analyser les dysfonctionnements qui ont été constatés lors de la prise en charge d'un patient. Son but est d'identifier les événements indésirables associés aux soins (EIAS) survenus et de mettre en place des actions concrètes visant à améliorer la qualité des soins prodigués et la sécurité des patients. (41)
- **Le debriefing en équipe**, afin de ne pas garder pour soi, partager ses erreurs comme ses réussites et les analyser ensemble dans la bienveillance.
- **Les ateliers de simulation en santé**. Une méthode de formation utilisée à des fins d'amélioration des pratiques et de la gestion des risques, en créant ou recréant des scénarios pour identifier les lacunes et les faiblesses dans les processus cliniques et en proposant des solutions pour améliorer la qualité des soins et réduire les risques pour les patients. (42)
- **La plateforme de partage d'expérience** « Créée par des soignants, pour les soignants » (43) permet de déclarer de façon anonyme les événements indésirables associés aux soins : <https://www.anesthesiasafetynetwork.com/>.

3 Facteurs humains défavorisants

3.1 Biais

Olivier Sibony définit les biais cognitifs comme des erreurs de jugement ou de raisonnement qui résultent de l'utilisation de raccourcis mentaux, nommés heuristiques ou de schémas de pensée automatiques. Ces biais peuvent conduire à des décisions inexactes, à des conclusions erronées ou à une négligence des informations importantes. Les biais cognitifs sont souvent inconscients et peuvent être difficiles à détecter, ce qui les rend particulièrement dangereux dans les situations où une décision doit être prise rapidement ou dans des contextes complexes où nombreuses informations doivent être traitées. Selon Olivier Sibony, bien que nous restions vulnérables à nos propres biais, nos pairs qui sont conscients de ces biais peuvent nous aider à prendre de meilleures décisions en exploitant la force du collectif. Il est donc crucial de mettre en place des méthodes de travail en équipe visant à travailler ces biais, dans le but

d'améliorer la qualité des décisions et de réduire les risques d'erreur (44). Bien que tous les biais cognitifs soient importants, j'ai jugé utile de mentionner spécifiquement ceux d'entre eux qui sont plus pertinents pour mon sujet.

a Le biais de confirmation

Ce biais nous pousse à chercher des informations qui confirment nos croyances et à ignorer celles qui les contredisent, ce qui renforce nos convictions sans une analyse critique. (44)

b Biais du survivant

Consiste à se concentrer sur les réussites tout en négligeant les échecs, ce qui nous amène à croire que la prise de risques est la raison du succès. « 100% des gagnants ont tenté leur chance... mais 100% des perdants aussi ». (44)

c Le piège de l'intuition

Nos décisions sont souvent guidées par l'intuition, mais il est important de la maîtriser et de la diriger surtout lors de décision stratégique ou elle est malheureusement mauvaise conseillère. L'intuition se base sur des expériences passées mémorisées même si les enseignements en sont tirés de manière inconsciente (44). Le psychologue Gary Klein qui a sérieusement étudié l'intuition parle de : « décision enclenchée par la reconnaissance » (45). Kahneman et Klein s'accordent sur le fait que nous pouvons faire confiance à notre intuition, si et seulement si nous nous trouvons dans « un environnement suffisamment régulier pour être prévisible ; avec la possibilité d'apprendre de ces régularités grâce à une pratique durable et avec un retour d'information rapide et clair » (45). Il n'est donc pas recommandé de nous fier à notre intuition si ces modalités ne sont pas réunies.

d L'excès de confiance

Les études montrent que nous nous surestimons dans tous les domaines « 90 % des conducteurs pensent faire partie des 50% meilleurs » (44). La surestimation de nos capacités et l'excès d'optimisme associés, ainsi que la sous-estimation d'autrui, nous amènent à prendre des décisions trop risquées ou optimistes. (44)

e Le biais d'autorité

C'est la tendance à surestimer l'opinion d'une personne considérée comme une autorité dans un domaine donné, à accepter l'information comme vraie sans évaluation objective. Le biais d'autorité peut générer une confiance aveugle en cette autorité, la prendre comme référence, ne pas la contredire même si nous avons des doutes et à suivre son avis ou ses recommandations sans vérifier la véracité. (46)

f Les biais implicites

La pensée humaine est basée sur des associations subconscientes, ce qui signifie que nos interactions avec les autres sont influencées par nos préjugés inconscients. Ces associations peuvent être préjudiciables dans nos relations, car elles conduisent à la catégorisation des autres, cible de représentation sociale négative et/ou de représentation personnelle marquante. Nous avons tous nos propres biais implicites, et étant donné qu'ils peuvent influencer nos prises de décision, il est crucial d'en être conscient et de les reconnaître afin de les éviter au mieux. (*Exemple : penser qu'une personne en surpoids aura plus de difficulté à suivre un protocole en raison de ses problèmes de contrôle alimentaire*). (47)

g L'effet tunnel

L'effet tunnel ou tunnellation attentionnelle est un phénomène où l'attention est focalisée sur une tâche unique au détriment des autres, empêchant ainsi la prise en compte d'informations importantes. La persévération est un autre phénomène lié à l'attention, où l'on continue à poursuivre un but sans pouvoir le reconsidérer. La personne « tunnalisée » n'est pas consciente de cet état et il peut être difficile d'en sortir. L'intervention d'un autre membre de l'équipe est nécessaire et cela repose sur une confiance mutuelle et une communication efficace entre les membres de l'équipe. Cette aide est essentielle dans les situations où une stratégie thérapeutique devient dangereuse et qu'il est nécessaire de passer à une approche plus adaptée. (48)

3.2 Environnement de travail, le bloc opératoire

Le bloc opératoire est un milieu fermé, complexe et exigeant qui connaît des contraintes et des risques spécifiques. L'environnement physique peut jouer un rôle important dans les facteurs humains et influencer la qualité et la sécurité des soins.

a Absence de lumière naturelle

Le bloc opératoire est généralement un espace fermé qui n'a pas de fenêtres, or des recherches ont prouvé que l'exposition à la lumière naturelle et la vue du monde extérieur sont bénéfiques pour l'organisme en régulant l'horloge biologique, favorisant la production de vitamine D, améliorant les performances intellectuelles et en ayant un impact positif sur la santé mentale, notamment en réduisant le stress. Une étude récente menée au CHU de Rennes a démontré que les professionnels de la santé travaillant dans un bloc opératoire doté d'une fenêtre ont un niveau de bien-être plus élevé et une meilleure concentration, en particulier chez les femmes. (49)

En milieu chirurgical, l'éclairage artificiel est indispensable pour garantir la sécurité de l'acte opératoire. Cependant, une exposition prolongée à une telle lumière intense peut entraîner une fatigue visuelle, une sécheresse oculaire, des troubles de la vision et des céphalées. Cette fatigue oculaire peut elle-même conduire à une fatigue corporelle et rendre les professionnels de santé plus vulnérables aux erreurs. (50)

b Le bruit

Le bruit en salle d'opération est important, causé par de multiples équipements, les alarmes ainsi que la communication entre les différents professionnels de santé. Le niveau élevé de bruit peut restreindre la concentration de l'équipe, altérer la communication et le confort des professionnels de santé et de ce fait diminuer la performance. En plus des conséquences pour les soignants, le bruit peut avoir des effets négatifs immédiats sur les patients tels que : perte auditive, acouphènes, infection de la plaie, activation du système sympathique et peut nécessiter l'augmentation de l'utilisation de narcotiques. (51)

c Le froid

J'ai pu observer durant mes stages que le froid pouvait avoir un effet néfaste sur la dextérité manuelle, la perception tactile et provoquer un inconfort général.

d Confinement dans la salle d'intervention

Les soignants en salle d'intervention se doivent de rester en salle pour assurer la sécurité du patient et sont parfois dans l'incapacité d'effectuer des pauses pour assouvir leur besoin physiologique comme le fait de ne pas avoir suffisamment de nourriture et de boisson à disposition, qui peut conduire à la déshydratation. Une perte de 2 % ou plus de la masse hydrique corporelle peut entraîner une augmentation de la fatigue, une altération de l'humeur et une diminution des capacités cognitives telles que la mémoire, la concentration et l'attention (52). Aussi, l'envie d'uriner a un effet significativement négatif sur l'attention et la mémoire (53). En plus de la focalisation sur l'envie d'uriner, la rétention peut provoquer des douleurs, spasmes, nausées allant jusqu'aux vertiges et malaises. (54)

e L'exposition professionnelle aux gaz anesthésiques

Plusieurs études ont identifié des effets neurocomportementaux qui pourraient être liés à une exposition professionnelle aux gaz anesthésiques inhalés, tels que des céphalées, de la fatigue, une perte d'appétit, une baisse des habiletés psychomotrices, une diminution de la vitesse de réaction et une diminution de la performance à des tests de mémoire et audiovisuels. Toutefois, les effets sur le psychisme sont controversés, allant de la réduction des performances psychiques et sensorielles à l'absence d'effet démontré pour des taux moyens d'exposition, avec des ralentissements simples des réactions psychomotrices. La littérature décrit une grande variété d'effets, ce qui ne permet pas de parvenir à une conclusion claire. (55,56)

f Risque de toxicomanie

La toxicomanie implique l'utilisation régulière de substances pouvant entraîner une dépendance physique et/ou psychologique, telles que les traitements anesthésiques comme les hypnotiques, les opiacés, le propofol et la kétamine.

Selon une étude de 2001 du Conseil national de l'Ordre des médecins, un grand nombre d'anesthésistes pourraient être dépendants au moins d'une substance en raison de facteurs tels que la recherche d'effets sur la performance, la fatigue, le stress, le manque de considération ou la surcharge de travail. Les anesthésistes (IADE et MAR) peuvent facilement se procurer des substances illicites pour un usage détourné, ce qui est dangereux non seulement pour eux-mêmes, mais également pour les patients. (57)

3.3 Fatigue et inertie du sommeil

a La fatigue

La fatigue et le manque de sommeil sont fréquents chez les soignants en raison de leurs gardes, horaires variables et de leurs longues périodes de travail. Un manque de sommeil de 2 heures peut entraîner une baisse de performance significative, 18 heures sans sommeil sont équivalentes à une alcoolémie de 0,5 g/l ne permettant pas la conduite d'un véhicule. La privation de sommeil peut affecter les fonctions cognitives et psychomotrices, entraînant une diminution du temps d'attention, une augmentation du temps de réaction, des oublis de tâches et des troubles de l'humeur tels que l'irritabilité et une baisse de motivation. (58)

Les perturbations causées par la privation de sommeil peuvent nuire à la vigilance individuelle et collective en entraînant une baisse de la qualité de la communication et une perte de conscience de la situation. Les effets dangereux associés à la fatigue peuvent conduire à la perte de contrôle de la situation, notamment en provoquant une illusion de performance, une sensibilité accrue aux biais cognitifs tels que l'effet tunnel et le biais de confirmation, une surdité inattentionnelle, un aveuglement inattentionnel, et des microsommeils (des épisodes de trou, soit un sommeil de courte durée correspondant à un sommeil de stade 1-2.). (59)

b L'inertie du sommeil

Lorsqu'un réveil brutal se produit, nous pouvons éprouver une baisse temporaire de vigilance, appelée « inertie du sommeil », qui peut causer une diminution des performances cognitives. Cette baisse de vigilance habituellement se dissipe

après quelques dizaines de minutes, sauf si le réveil se produit pendant une période de sommeil profond ou si nous avons une dette importante de sommeil, dans ce cas, elle peut durer plus longtemps. Il est crucial de prendre conscience de ce phénomène car même si nous avons l'impression d'être opérationnels dès le réveil, en réalité il peut nous falloir du temps pour récupérer notre vigilance optimale comme dans la journée. Les actions et prises de décisions pendant cette période sont à risque. Deux créneaux circadiens sont particulièrement propices à une baisse de performance et de vigilance : le créneau de 12h à 14h en journée et le créneau de 2h à 4h du matin pendant les activités nocturnes. Ces périodes sont particulièrement accidentogènes. (59,60)

Il est essentiel de pouvoir repérer ses propres signes de fatigue et de prendre conscience de la dégradation de ses performances cognitives pour prévenir les risques liés à l'inertie du sommeil. Le sommeil est irremplaçable pour récupérer d'une privation de sommeil. Par conséquent, une bonne hygiène de sommeil devrait être considérée comme tout aussi importante que l'hygiène alimentaire et l'exercice physique.

c Stratégies de prévention et de gestion de la fatigue

- **La gestion des périodes de sommeil** ainsi que l'anticipation des périodes de garde ou de travail de nuit en fonction des moments les plus propices pour dormir, en prenant en compte les processus homéostasiques et circadiens. (60)
- **La planification de siestes** : Utile pour différentes raisons : récupérer après une garde de nuit, se préparer pour une activité nocturne ou se rafraîchir mentalement en poste. Les creux circadiens, tels que ceux situés de 2h à 4h et de 12h à 14h, sont des moments propices pour faire une sieste à des fins de récupération cognitive. Il est cependant important de veiller à ne pas faire une sieste trop longue (supérieure à 40 minutes) ou trop profonde (stade 3 de sommeil) qui peuvent exposer à l'inertie du sommeil, c'est pourquoi il faut également prendre en compte le temps nécessaire pour dissiper cette inertie avant de reprendre une activité. (59)
- **Une prise alimentaire adaptée** : En fonction des périodes d'éveil et de sommeil, en privilégiant les repas protéinés avant les périodes d'éveil et les repas

glucidiques avant de dormir. Le manque de sommeil peut entraîner une sensation de faim et des envies de grignoter des aliments à fort indice glucidique, ce qui peut aggraver la somnolence. Il est crucial de maintenir une bonne hydratation afin de ne pas altérer les performances physiques et mentales. (59)

▪ **L'utilisation de lumière :** Pour synchroniser notre rythme circadien. L'exposition à la lumière maintient l'éveil et peut retarder l'endormissement. Les soignants doivent éviter la lumière pour permettre une sieste de récupération ou de préparation. La lumière bleue des écrans de tablettes et de téléphones portables peut retarder la sécrétion de mélatonine et donc l'endormissement. Pendant les creux circadiens (2-4h et 12-14h), la lumière peut avoir un effet stimulant sur la vigilance et les fonctions cognitives. Une exposition programmée à la lumière peut aider à améliorer la recharge cognitive nocturne au travail. (60)

▪ **La consommation de caféine :** Pour ses propriétés psychostimulantes (environ 40 à 60 minutes après consommation) qui peuvent restaurer partiellement les performances cognitives et physiques en cas de manque de sommeil (59). Cependant, il est recommandé de surveiller sa consommation de caféine et ne pas en consommer plus de 600 mg par jour, (environ 3 tasses de café) afin d'éviter les effets secondaires indésirables : maux de tête, maux d'estomac, nervosité, accélération du rythme cardiaque, difficultés d'endormissement, rougeurs du visage, contractions musculaires involontaires et agitation. (61)

3.4 Interruption de tâches

Une interruption de tâche (IT) est définie comme l'arrêt temporaire ou définitif imprévu d'une activité humaine. La raison de l'IT peut être interne à l'opérateur ou externe. L'IT peut interrompre le flux régulier d'une tâche, perturber la concentration de l'opérateur et altérer la performance globale de l'activité. (62)

Les interruptions de tâches sont très courantes dans le milieu de la santé, survenant jusqu'à 10 fois par heure, souvent inutiles et pouvant être reportées. Même de courte durée (moins d'une minute), elles peuvent avoir des conséquences négatives importantes et entraînent, dans plus de 70 % des cas : la pratique de plusieurs tâches simultanées avec leur risques d'événements

indésirables graves. Elles sont principalement causées par des interventions humaines entre soignants : demande d'informations ou interactions sociales. Les interruptions par téléphones portables sont aussi une source fréquente d'interruptions, personnelles ou professionnelles, elles représentent plus de 20% des interruptions et génèrent un stress important. Malheureusement, les professionnels de santé sous-estiment souvent la fréquence et les risques associés à ces interruptions. La distinction entre une interruption de tâche justifiée ou non justifiée est complexe et dépend de chaque équipe. (62)

La SFAR, le Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs et la HAS encouragent une prise de conscience individuelle et collective pour minimiser les interruptions de tâche et mettent l'accent sur quatre périodes à risque spécifiques lors d'une intervention chirurgicale : la préparation médicamenteuse, le contrôle de l'identification du patient et de la zone d'opération, l'induction anesthésique et les temps de check list. Les interruptions de tâche ne sont autorisées que s'il s'agit de corriger une erreur en cours de tâche, dans le but d'améliorer la qualité des soins et la sécurité du patient (62). Des mesures préventives de gestion des interruptions de tâche, peuvent être facilement adoptées comme nous le montrent les récentes RPP de la SFAR (*voir annexe n°2*).

3.5 Risque d'oubli

Au cours de notre pratique quotidienne, nous sommes confrontés à de nombreuses tâches pouvant avoir des conséquences graves pour le patient en cas d'oubli. Ces oublis sont souvent liés à des événements imprévus pendant l'exécution des tâches, et ils deviennent plus fréquents lorsque le nombre d'informations à traiter augmentent. Il est difficile pour l'être humain d'accomplir plusieurs tâches simultanément car notre attention est limitée et notre mémoire de travail a une capacité finie. Notre cerveau a des limites en termes de capacité à mémoriser de nouvelles informations à court terme et peut retenir en moyenne seulement sept mots (63). Au-delà de cette limite, il y a un risque élevé d'oubli, il est donc impératif d'être concis dans nos messages, quitte à les séquencer. Il est important d'en avoir conscience et d'utiliser des outils pour limiter la charge cognitive dans de telles situations et de pouvoir compter sur l'équipe. (64)

3.6 Tâche routinière

Nous réalisons au cours d'une journée fréquemment les mêmes gestes de manière automatique, sans avoir besoin de mobiliser beaucoup de ressources (système 1). Nous mobilisons alors peu notre système d'alerte, cependant il faut être méfiant quand d'autres facteurs environnementaux tels que la fatigue et les interruptions de tâches nous atteignent. De plus, notre cerveau utilise souvent des raccourcis pour traiter l'information, ce qui peut parfois mener à des erreurs si nous lisons ce que nous attendons à voir plutôt que ce qui est réellement écrit : (65)

« L'ordre des lettres dans un mot n'a pas d'importance, la seule chose importante est que la première et la dernière lettres soient à la bonne place. Le reste peut être dans un désordre total et vous pouvez toujours lire sans problème. C'est parce que le cerveau humain ne lit pas chaque lettre elle-même, mais le mot comme un tout ». (66)

Cela peut être particulièrement dangereux lorsqu'il s'agit de médicaments, notamment si deux médicaments ont une posologie identique. Pour éviter ces erreurs, il est important de comprendre le fonctionnement de notre cerveau et de prendre des mesures pour rester vigilant, comme éviter les interruptions de tâches, réaliser une lecture attentive, utiliser le contrôle croisé ou le contrôle de concordance, et oser poser des questions lorsque le doute subsiste. Travailler en équipe en ayant une connaissance mutuelle des tâches et des contraintes peut également contribuer à prévenir les erreurs. (65)

3.7 Stress

La définition du stress retenu par le gouvernement dans son accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dont le stress au travail est qu'un « état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face » (67). Il y a deux types de stress :

▪ **Le stress positif**, qui peut conduire à une réponse adaptée et stimulante. Il modifie notre neurobiologie en libérant de l'adrénaline et de la noradrénaline, ce

qui accélère le rythme cardiaque, augmente la pression artérielle et la fréquence respiratoire. Les pupilles se dilatent, les muscles reçoivent plus d'oxygène et la libération d'endorphines agit comme un calmant, permettant aux personnes stressées de réaliser des actions qu'elles ne pensaient pas être capables de faire. Cependant, le stress positif nécessite une période de récupération essentielle pour compenser les dépenses énergétiques et hormonales, afin d'éviter qu'il ne se transforme en stress négatif. (68)

▪ **Le stress négatif**, qui peut causer un comportement inapproprié si l'individu réagit de manière excessive ou inadéquate, ce qui peut entraîner une perte de ses capacités d'adaptation et de réaction. Il peut également causer des perturbations physiques et mentales. (68)

Le Dr Hans Selye a proposé le modèle historique du stress dès les années 1930, connu sous le nom de « syndrome général d'adaptation ». Selon ce modèle, le stress est défini comme la réponse de l'organisme à toute demande qui lui est faite, dans le but de s'adapter à des agents agresseurs (69). Le processus de réponse au stress se déroule en plusieurs phases : la phase d'alerte au cours de laquelle l'adrénaline aide l'individu à agir, la phase de résistance durant laquelle les glucocorticoïdes permettent à l'individu de résister, et enfin la phase d'épuisement qui survient lorsque la situation stressante persiste ou s'aggrave. Si le système nerveux est submergé par un excès de glucocorticoïdes, il devient de moins en moins réactif et ne peut plus répondre à la demande de faire face au stress. (69)

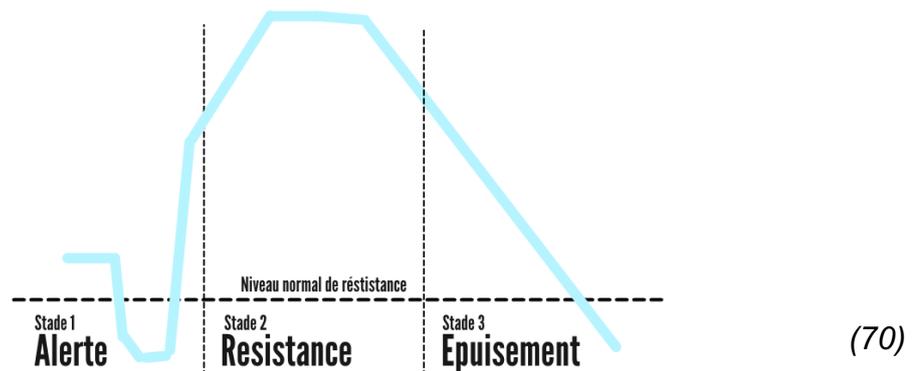


Fig. 12 :3 phases de stress

Selon l'Institut de recherche sur le stress (INRS), cette réponse est normale et même bénéfique pour la survie de l'individu. Le problème survient lorsqu'il y a

une exposition prolongée au stress ou une perception constante d'un environnement stressant, ce qui peut entraîner des risques psychosociaux. (69)

Afin de préserver le bien-être de tous, il est essentiel de développer des stratégies individuelles pour gérer ce stress, ainsi que de d'être vigilant envers les autres membres de l'équipe et adopter une communication ouverte pour identifier les signes de stress chez autrui.

4 Facteurs et outils de performances

4.1 La communication

La communication est une compétence essentielle dans le domaine de la santé, considérée comme une compétence professionnelle à part entière et fait partie des compétences dites « non-techniques ». D'une part, une communication efficace entre professionnels favorise le développement d'un sentiment d'appartenance, le partage de valeurs communes et la cohésion de l'équipe, ce qui contribue au bien-être des professionnels et renforce leur implication. D'autre part, grâce à cette compétence, l'équipe est mieux préparée pour faire face aux situations difficiles et garantir des soins de qualité aux patients. (71)

a La communication verbale

La communication verbale permet de clarifier les sous-entendus des comportements. Pour une meilleure compréhension, il est essentiel d'utiliser un langage adapté au contexte socio-culturel et à l'interlocuteur, ainsi que de partager un vocabulaire commun et d'utiliser les mêmes canaux sensoriels. De plus, choisir le bon moment pour établir le contact est crucial pour une communication efficace, en s'assurant que la personne est disponible et prête à échanger. (72)

En anesthésie, il est courant d'entendre des instructions vagues ou incomplètes comme « **Fait 2 d'éphédrine** » ce qui peut entraîner des questions et des confusions « **2 quoi ? Milligrammes ? Millilitres ?** » Le dosage de la seringue est-il connu de tous ? De plus, le mot « fait » peut-être interprété de différentes manières, est-ce que cela signifie « prépare » ou « injecte » ?

L'importance des mots utilisés est primordiale pour éviter les informations erronées. Il est crucial d'employer des verbes clairs et de spécifier les unités lors de l'utilisation de chiffres. Les sigles et les abréviations ne doivent pas être utilisés, car ils peuvent ne pas être connus de tous ou être compris différemment selon le contexte. Des outils existent pour faciliter la communication en santé et éviter les conséquences graves de ces malentendus.

b La communication non verbale

La communication non verbale est majoritaire, elle ne repose pas sur les mots, mais plutôt sur notre attitude générale, elle s'observe et repose sur des composantes telles que : « la posture, la respiration, la voix, les mouvements, le tonus musculaire, la coloration de la peau, la sueur, chaleur, la proxémie, et le positionnement du corps... » Pour bien communiquer, il est important de décoder le langage corporel. (72) (voir annexe n°3)

c La communication paraverbale

La communication paraverbale est l'indicateur de l'état émotionnel. Le langage para-verbal est situé à l'interface entre le langage verbal et non-verbal, ses variations reflètent la diversité des émotions en lien avec le discours. Ce sont les pauses, variations de tonalité, la scansion (72). La communication se présente donc sous plusieurs formes et peut parfois être difficile à bien maîtriser ou pour l'interlocuteur, bien décoder.

« Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous croyez entendre, ce que vous entendez, ce que vous avez envie de comprendre, ce que vous croyez comprendre, ce que vous comprenez... Il y a dix possibilités que l'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même... » Bernard Werber (21)

Pour assurer une communication efficace au sein d'une équipe, il est important de mettre en place des règles de communication partagées, afin que tous les membres de l'équipe aient une compréhension commune des décisions prises en matière de soins. (23)

4.2 Outils de communication sécurisée

a SAED : Situation, Antécédents, Évaluation, Demande

« Saed : ça aide à communiquer ! » (74)

L'outil de communication SAED est inspiré de l'outil SBAR, qui signifie : Situation, Background, Assessment, Recommendation. Il a été développé au début des années 2000 par le réseau Kaiser aux États-Unis et est recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En France, il est inscrit dans le cadre du programme national pour la sécurité des patients 2013-2017 (PNSP). (74) (voir annexe n°4)

L'objectif de SAED est de structurer la communication entre les professionnels de santé en fournissant une aide mnémotechnique pour cibler les points importants, sans en oublier. Il se compose de plusieurs étapes courtes standardisées qui aident le professionnel à prévoir les informations requises pour une communication de qualité. Plusieurs études ont montré des résultats positifs liés à l'utilisation de SAED, notamment une amélioration de la qualité de la communication entre les professionnels de santé, une amélioration du contenu et de la clarté des informations données, une meilleure analyse des informations reçues, ainsi qu'une augmentation de la satisfaction des professionnels de santé. (74)

b Feedback : communication bouclée sécurisée

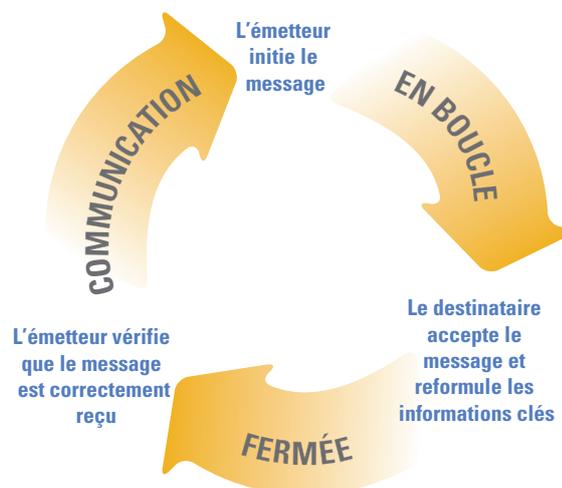


Fig. 13: Communication en boucle sécurisée

(75)

La communication en boucle fermée est une méthode de communication qui garantit la sécurité en s'assurant que le message est bien compris par le destinataire grâce à la répétition et la reformulation verbale. L'émetteur confirme la compréhension du destinataire lorsque la reformulation correspond au message initial. Cette approche permet à tous les protagonistes de vérifier que le message a été transmis et compris. (75)

c Speaking up

Le concept de « Speaking up », qui signifie « oser dire » en français, peut également favoriser la communication en situation de crise. Il s'agit de s'exprimer de manière assertive dans un climat de bienveillance pendant une situation de soins, en particulier dans une position de subordination. Le but est de formuler clairement ses suggestions, ses doutes ou ses inquiétudes concernant une procédure qui peut présenter un risque pour le patient. Chaque membre de l'équipe devrait être encouragé à parler s'il pense que la sécurité du patient est en jeu. La méthode DESC en quatre étapes est souvent utilisée pour faciliter cette communication assertive et gérer aux mieux les conflits :

- **D** : Décrire (*les faits, la situation*)
- **E** : Exprimer (*son ressenti, ses craintes*)
- **S** : Suggérer (*des solutions, des alternatives*)
- **C** : Conséquences (*en discuter pour obtenir un accord*)

(76)

d Phraséologie

Pour standardiser la communication dans le domaine de la santé, le concept de phraséologie médicale a été proposé en s'inspirant du monde de l'aviation civile. Cette méthode comprend des règles de normalisation de la communication, qui visent à assurer une transmission claire, cohérente et précise de l'information entre les professionnels de la santé. (Cf Annexe n° 4) (77)

4.3 Les points de situation

a Briefing

Le briefing ou réunion préparatoire en français, est une séance de partage d'informations brèves au cours de laquelle une équipe de travail peut anticiper les situations à risque avant de réaliser une action ou une activité. Les études prouvent que cette pratique « améliore l'efficacité du fonctionnement de l'équipe, soutient la culture de sécurité et sécurise la prise en charge des patients ». (78)

Pendant le briefing, les professionnels mettent en commun leurs inquiétudes d'organisation et de sécurité des patients, discutent ensemble des perfectionnements possibles, afin de tendre à un objectif commun. La séance doit être programmée pour que l'ensemble du personnel concerné soit présent. Le Briefing peut être utilisé dans diverses situations : avant une action à risque ou peu habituelle, lors d'un changement d'équipe ou de matériel, ou lorsque l'équipe le juge nécessaire. Le briefing doit être organisé de manière appropriée pour favoriser la discussion entre les membres de l'équipe, clarifier les interrogations et permettre à chacun de se sentir impliqué par les difficultés des autres membres. (78) (Voir Annexe n° 6)

b Debriefing

Le débriefing, ou réunion bilan en français, est une séance d'échange d'informations brèves qui se déroule après une action, une situation courante ou particulière. Elle permet aux membres de l'équipe de partager leurs sentiments et de discuter des points positifs ainsi que des difficultés rencontrées pendant l'action ou la situation. Chaque professionnel est encouragé à exprimer librement ses points de vue afin de tirer des enseignements et de détecter tout éventuel malaise par l'un des membres de l'équipe à l'égard de la situation vécue. Ces séances améliorent l'efficacité de l'équipe ainsi que la sécurité des patients. (Voir annexe n° 7)

4.4 Le calot nominatif

Il est fréquent de travailler avec des personnes inconnues. Le calot nominatif est un outil simple et efficace pour faciliter le travail en équipe, en portant un calot avec notre nom et notre fonction, nous pouvons être rapidement identifiés par les autres soignants et les patients, ce qui facilite la répartition des tâches et améliore la sécurité des patients. En connaissant les rôles et les compétences de chacun, nous favorisons une communication directe et une collaboration plus efficace. Ce calot permet de savoir rapidement qui est présent et de s'adresser directement par nos prénoms. (79)

4.5 La culture positive de l'erreur

Les erreurs ne sont généralement pas le résultat d'individus ou de processus isolés, mais plutôt d'une combinaison de facteurs qui, lorsqu'ils s'accumulent, créent des situations à haut risque. Il est crucial de partager les informations sur les erreurs et presque-accidents afin de mieux comprendre les risques et prévenir leur récurrence. Adopter une culture de sécurité non coupable est essentielle pour garantir la sécurité des patients et des professionnels de santé. En adoptant cette culture, il devient plus facile de rompre le silence entre les acteurs de la relation de soins, d'encourager la communication ouverte sur les erreurs, de participer activement aux analyses de dysfonctionnement et de mettre en œuvre des actions d'amélioration. (25,80)

4.6 Les aides cognitives

Les aides cognitives sont des fiches réflexes préétablies, recommandées par la SFAR, facilement accessibles. C'est un outil conçu pour guider les utilisateurs dans la réalisation de tâches tout en améliorant la vitesse d'exécution. Elles permettent d'optimiser les performances médicales et paramédicales lors de situations d'urgence ou complexes. Elles fournissent une orientation dans le raisonnement, apportent des informations clés, facilitent la communication et la prise de décision, et standardisent les processus afin de prévenir l'omission d'étapes importantes. Leur objectif est de réduire la charge cognitive des utilisateurs et de minimiser le risque d'erreur possible dans les situations critiques, complexes ou rares. (81,82) (voir annexe n°8)

4.7 Les checklists

Les checklists sont des outils utilisés dans l'aviation et la médecine pour prévenir les erreurs et les accidents. Leur utilisation a entraîné une réduction significative des événements indésirables dans ces domaines. Les checklists standardisent les performances humaines et garantissent le suivi précis des procédures. Leurs avantages incluent la prévention des erreurs humaines, l'amélioration de la performance grâce à un aide-mémoire, la standardisation des tâches, la coordination des équipes, la création d'une culture de sécurité et le soutien au contrôle de qualité. Elles favorisent également la conscience de la sécurité, la communication transparente et l'attitude positive au sein de l'équipe. (83)

Une étude menée par Lingard et al. a confirmé l'efficacité d'une check-list interprofessionnelle sous forme de briefing préopératoire. La mise en place de cette check-list a permis de réduire les problèmes de communication de manière significative, avec un temps d'utilisation de seulement une à quatre minutes. Elle s'est avérée utile dans 34% des interventions, en identifiant les problèmes, comblant les lacunes critiques dans les connaissances, facilitant la prise de décision et les actions de suivi. En plus de prévenir les erreurs, l'utilisation de la check-list améliore l'efficacité et le flux des interventions, tout en réduisant les tensions au sein des équipes. (84)

Au bloc opératoire, la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » a été mise en place par l'HAS et les sociétés savantes en 2010 pour améliorer le partage d'informations et effectuer une vérification croisée de critères essentiels avant, pendant et après une intervention chirurgicale. Son efficacité a été démontrée en réduisant significativement la morbi-mortalité post-opératoires. (Voir annexe 9) (85)

4.8 Conscience situationnelle

La conscience de la situation est une compétence cognitive essentielle pour prendre des décisions efficaces, qui englobe la perception, la compréhension de l'information et son application pour anticiper les événements futurs et les complications éventuelles. (86)

La conscience situationnelle d'équipe se rapporte à la compréhension collective de la situation en cours, y compris les tâches à accomplir, les rôles et responsabilités des membres de l'équipe. Pour maintenir cette conscience situationnelle, les membres doivent partager leurs connaissances et analyses de la situation. Cette conscience peut être facilement altérée si les informations nécessaires ne sont pas communiquées clairement, accessibles à tous les membres ou interprétées différemment. Les membres de l'équipe ont souvent tendance à transmettre l'information en supposant que tous la comprendront de la même manière, ce qui peut entraîner des divergences d'informations, même si la situation clinique est identique pour tous. (86)

Des stratégies peuvent améliorer les compétences collectives de l'équipe en matière de conscience de la situation, notamment l'utilisation de la technologie pour permettre à tous les membres de l'équipe d'accéder aux informations sur la santé du patient ; les listes de contrôle ; les politiques et les procédures intégrant des mesures de répétition, comme la vérification croisée lors de l'administration de médicaments ; la simulation pour l'enseignement de la conscience situationnelle d'équipe et la participation active du patient à s'exprimer ouvertement et honnêtement en tant que membre de l'équipe. (86)

4.9 La simulation

L'utilisation de simulations dans l'apprentissage présente de nombreux avantages. Les apprenants assimilent les concepts théoriques de manière plus efficace grâce à l'interaction et la pratique. Ils peuvent acquérir une meilleure posture soignante, gagner en habileté, confiance en soi, en pensée critique et donc en compétences. Cette méthode renforce la confiance entre les membres de l'équipe, qui ont déjà vécu, même de manière fictive, les situations et les solutions. Les sessions d'échange permettent également aux collaborateurs plus expérimentés de mieux comprendre la façon de penser et d'agir des nouveaux diplômés, ce qui améliore la qualité du travail d'équipe. Le fait de placer les professionnels dans des simulations de situations de crise sans risque humain est l'aspect le plus bénéfique de cette méthode d'enseignement et contribue à renforcer la sécurité des patients. (87)

4.10 Les exercices de respiration

Volume pulmonaire

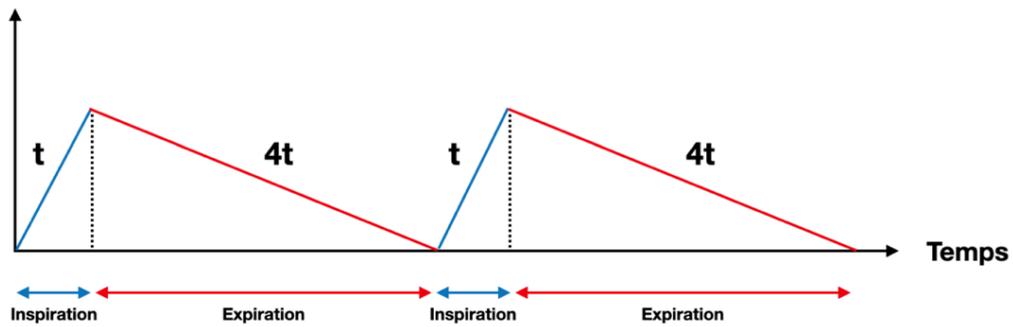


Figure 14 Exemple d'un type de respiration relaxante

Les professionnels de santé peuvent utiliser des techniques de préparation psychologique telle que la respiration relaxante avant, pendant ou après la prise en charge pour améliorer leur gestion du stress et leur performance lors de situations critiques. Une méthode de gymnastique respiratoire peut être efficace pour améliorer la concentration, renforcer la précision du geste et de la parole, apaiser les douleurs et le stress, et favoriser une meilleure communication dans l'équipe. Les exercices expiratoires peuvent aider à se détendre dans les situations stressantes et permettent de se dépasser en prolongeant l'expiration avant la prochaine inspiration. (88)

5 Dispositifs

5.1 Recommandations de pratiques professionnelles



En septembre 2022, la SFAR publie des RPP en association avec le groupe facteurs humains en santé (FHS) sur les facteurs humains en situations critiques.

Un comité de 19 experts a été constitué pour ce projet. Leur travail est d'une ampleur considérable, axé sur le domaine de l'anesthésie-réanimation, il permet de mettre en place des actions de gestion de crise rapidement, utiles aussi dans nos pratiques quotidiennes. Ils ont émis 21 recommandations formulées sous forme d'avis d'experts, accord fort, selon la méthodologie GRADE et ont traité quatre champs de travaux. (*Voir annexe n°10*)

5.2 Guide national de l'OMS

Le guide complet d'éducation à la sécurité des patients dans les domaines de la santé vise à fournir une base de connaissances et de compétences pour les étudiants afin de mieux les préparer à la pratique clinique en matière de sécurité des patients. Publié en octobre 2011, ce guide présente les principes et concepts fondamentaux de la sécurité des patients, et est la première publication à aborder ce sujet à l'échelle mondiale. Il propose un programme de sécurité des patients à visée multi-professionnelle (89). Il y a onze modules disponibles, pouvant être utilisés ensemble ou séparément. Certains d'entre eux sont directement liés à mon thème, tels que le module 1 qui aborde la question de la sécurité des patients, le module 2 qui met en avant l'importance de prendre en compte les facteurs humains pour assurer la sécurité des patients, le module 4 qui se concentre sur l'efficacité en tant que membre d'une équipe, et le module 5 qui explique comment tirer des enseignements des erreurs afin de prévenir les dommages. (34)

5.3 Programme d'amélioration continue du travail en équipe

Ce programme PACTE, mené par l'HAS a pour objectif de : « Faire de la sécurité du patient une priorité d'équipe, intégrée au quotidien dans la pratique » (23). Il vise à réduire les événements indésirables en mettant l'accent sur le facteur d'équipe et à sécuriser l'organisation des soins en faisant de l'équipe une barrière de sécurité pour les patients. Le programme encourage l'acquisition de compétences non techniques, l'identification des lacunes dans la culture de sécurité et l'amélioration de la communication et des pratiques collaboratives. Les avantages attendus de ces améliorations incluent des bénéfices pour le patient, mais aussi pour les professionnels de santé, l'établissement de santé et la communauté en général. Il se compose en trois étapes et est soutenu par un binôme référent et un facilitateur. (23)

5.4 Crew Resource Management (CRM) en Santé



a L'origine



Figure 15 : Compétences CRM pilotes

Le CRM a été créé à partir de l'expérience de l'industrie aéronautique civile après une série d'accidents catastrophiques. En 1979, une étude de la NASA a révélé que les pilotes étaient incapables de travailler efficacement en équipe. Pour répondre à cette situation, le CRM a été développé afin d'enseigner au personnel navigant comment mieux travailler ensemble. Les résultats ont été immédiats et en 1990, la formation au CRM est devenue obligatoire pour tout le personnel, que ce soit pour la formation initiale ou continue. (90)

Les compétences clés visées dans le cadre du CRM sont : la gestion du stress, le leadership et travail d'équipe, la communication, la gestion de la charge de travail, la conscience de la situation, la prise de décision, la gestion de l'automatisation et la résilience. (90)

b CRM en santé

Les problèmes de dysfonctionnement des équipes dans le domaine de la santé sont similaires à ceux de l'aviation civile, ce qui a conduit à l'adaptation des outils du CRM pour répondre aux besoins spécifiques du secteur de la santé (90). Les facteurs humains et le travail d'équipe sont essentiels pour assurer la sécurité des patients. Le CRM est une méthode d'animation qui permet de diagnostiquer le fonctionnement de l'équipe et de se concentrer sur les attitudes et les comportements qui impactent la sécurité des patients. Cela permet de mettre en évidence les connaissances, les pratiques et les comportements pertinents, en particulier en ce qui concerne la communication, le soutien mutuel, l'évaluation de la situation, le feedback et le leadership. (91)

Cette formation joue un rôle crucial dans l'amélioration de la sécurité des soins en enseignant l'utilisation efficace de toutes les ressources disponibles. Il est essentiel que l'ensemble de l'équipe y participe, y compris les professionnels médicaux, paramédicaux, les secrétaires, les brancardiers, et autres. Cela permet à chacun de prendre conscience de ses propres limites et de travailler ensemble en comprenant les attentes de chacun (92). Les professionnels collaborent pour trouver des solutions spécifiques et identifient les compétences à améliorer en se basant sur des cas cliniques. Un facilitateur anime la session et peut proposer des outils de sécurité moins utilisés ou moins connus au sein de l'équipe.

5.5 Groupe Facteurs Humains en Santé

L'association Facteurs Humains en Santé, composée de professionnels de la santé et d'autres secteurs à risque tels que l'aéronautique ou le nucléaire, vise à promouvoir les facteurs humains dans les métiers de la santé afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Pour atteindre cet objectif, l'association développe plusieurs supports, notamment la création de contenus vidéo sur la chaîne YouTube « Les enfants du facteur », la publication de textes dans « Les cahiers du facteur » qui fournit des notions essentielles de manière concise et pratique, la production de podcasts sur divers sujets, ainsi que des événements et des partenariats avec d'autres entités. (93)

Question et hypothèses

A Question de recherche

Ces nombreuses lectures m'ont permis de formuler la question de recherche suivante :

Quel est l'impact de la connaissance des facteurs humains par l'IADE sur l'équipe et la culture de sécurité ?

B Hypothèses

Hypothèse n°1 : La connaissances des facteurs humains par les infirmiers anesthésistes diplômés d'État améliore la performance de l'équipe.

Hypothèse n°2 : La connaissances des facteurs humains par les infirmiers anesthésistes diplômés d'État améliore la culture de sécurité.

Hypothèse n°3 : La formation en facteurs humains par l'IADE est une plus-value.

Recherche

A Méthodologie de recherche

1 Choix de la méthode

Dans le cadre de mon travail de recherche, j'ai opté pour la méthode hypothético-déductive afin de tester les hypothèses relatives à ma question de recherche et ouvrir une discussion critique sur mon travail. J'ai choisi une approche de recherche qualitative adaptée pour comprendre les phénomènes humains. L'entretien semi-directif est l'outil de collecte de données que j'ai sélectionné pour recueillir des informations détaillées et de qualité sur les expériences et les opinions des participants. L'entretien semi-directif permet des échanges approfondis et constructifs, tout en laissant au participant la liberté de s'exprimer librement. Cette méthode me permet également d'ajuster la discussion en fonction des réponses des participants et de clarifier les points flous.

J'ai conçu un guide d'entretien semi-directif basé sur les concepts de mon cadre conceptuel et visant à explorer mes trois hypothèses. Le guide est composé de questions principales et de questions de relance. (*Voir annexe n°11*)

2 Choix de la population étudiée

Ma recherche porte sur l'impact des facteurs humains au bloc opératoire, en particulier sur la façon dont les IADE les prennent en compte au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. J'ai interrogé des IADE de différents profils pour déterminer si des facteurs liés à leur profil pouvaient influencer l'acquisition des compétences non techniques :

La provenance de milieux professionnels différents, tels que le secteur public, universitaire et privé, en tenant compte des protocoles, ressources et contraintes propres à chaque environnement, dans le but évaluer s'il existe des disparités dans la sensibilité et la prévention des facteurs humains entre les secteurs.

Les différences de genre, des IADE de sexe différent ont été interrogés pour explorer les éventuelles inégalités en termes d'autorité et de communication. Les stéréotypes de genre peuvent en effet influencer la perception de l'autorité et la façon dont les professionnels sont perçus et traités dans leur environnement de travail.

L'impact de la formation sur la prise en compte des facteurs humains dans le travail des IADE, j'ai interrogé deux groupes de professionnels : ceux ayant suivi une formation sur ce sujet, et ceux n'ayant pas suivi cette formation. Cette démarche vise à déterminer si la formation constitue une véritable plus-value, si oui en quoi et appuyer ou non le fait qu'elle doit être généralisée à l'ensemble des professionnels. Les IADE que j'ai interrogés (*profils détaillés en annexe 12*) sont donc :

POPULATION ENQUETÉE				
IADE	Âge	Sexe	Expérience IADE	Établissement
1	31	H	3 ans ½ <i>BO polyvalent, SMUR</i>	Hôpital public Bretagne
2	46	F	7 ans <i>BO Polyvalent</i>	CHU Bretagne
3	32	F	2 ans <i>BO Polyvalent</i>	CHU Bretagne
4	53	H	25 ans <i>BO Polyvalent, SMUR</i>	Hôpital public Région ouest
5	57	F	31 ans <i>Bloc polyvalent</i>	Hôpital public Bretagne
6	42	F	10 ans <i>BO Polyvalent</i>	Hôpital privée Île-de-France.
Formation FH			Formation sur 3 jours avec pilotes, Septembre 2022	
7	34	H	8 ans <i>BO polyvalent, SMUR</i>	Hôpital public, Île-de-France.
Formation FH			Master 2 en sciences de l'éducation en sociologie, DU en simulation, Actuellement en psychologie sociale, Plusieurs CRM, Formateur AFGSU, santé mentale	
8	46	F	5 ans <i>BO Polyvalent</i>	Hôpital Public, privé Île-de-France.
Formation FH			Master de psychologie cognitive. DESS d'ergonomie Fondatrice du groupe facteur humain en santé	
9	37	H	13 ans Polyvalent, adulte et pédiatrie.	Public, ESPIC et privé. IDF
Formation FH			Beaucoup de simulations et intéressé ++ aux FH	
10	32	F	7 ans <i>BO Polyvalent</i>	Public.
Formation FH			DU facteurs humains et compétences non techniques	

3 Condition d'entretien

Avant de réaliser les entretiens, j'ai pris contact avec les professionnels par e-mail, après avoir obtenu l'autorisation de la direction générale des soins, afin de leur demander s'ils acceptaient de participer à l'entretien et d'être enregistrés pour faciliter la retranscription. Tous ont accepté et les retranscriptions des entretiens sont disponibles en annexe. Les entretiens ont été tenues du 22 mars au 18 avril 2023, la durée des entretiens, de 20 à 30 minutes environ, a été communiquée à l'avance aux interlocuteurs afin qu'ils puissent s'organiser et choisir le moment le plus adéquat pour y répondre. Les entretiens ont eu lieu soit sur le lieu de travail des IADE, après leur journée de travail, dans une pièce calme dédiée à cet effet. Soit, pour ceux qui n'ont pas pu se dérouler sur place, c'est-à-dire la majorité, en distanciel, permettant ainsi aux professionnels de choisir un moment approprié. Les lieux ont été choisis car ils étaient calmes et ont permis de favoriser les échanges. Aucun enregistrement n'a été perturbé par quoi que ce soit.

4 Mode de traitement des données

Dans un premier temps, j'ai retranscrit les 10 entretiens à l'aide du logiciel de dictée vocal de Office365 Word© ainsi que grâce à Youtube. Ces retranscriptions apparaissent en annexes.

Pour analyser les données de mon mémoire, j'ai choisi de constituer une grille d'analyse des entretiens sous forme de tableau (*voir annexe n°23*). Cette méthode m'a permis de traiter les résultats de manière qualitative en classant les données recueillies par thème, sous thème et verbatim. En procédant ainsi, j'ai pu observer des similitudes et des différences dans les réponses des participants, ainsi que repérer des tendances émergentes. De plus, la classification des données m'a permis de structurer mes résultats et de les présenter de manière claire et cohérente afin de répondre à ma question de recherche.

B Analyse des données

1 La connaissance des facteurs humains en santé

Le domaine émergent des facteurs humains en santé est d'une importance cruciale et il est primordial de comprendre le niveau de sensibilisation et de connaissance de l'IADE à ce sujet. C'est pourquoi j'ai jugé essentiel de poser une question d'introduction sur leur compréhension de ce concept. Cette approche permet d'identifier leur perception des facteurs humains et de s'assurer que nous partageons une même compréhension avant d'aborder les autres questions. En outre, cette question peut aider à identifier d'éventuelles différences de compréhension entre les IADE ayant reçu une formation spécifique et ceux qui ne l'ont pas suivie, ce qui pourrait avoir une pertinence pour l'analyse des résultats ultérieurs. J'ai alors demandé aux IADE ce que la notion de facteur humain leur évoquait.

Selon l'IADE 1, le facteur humain intervient principalement dans « *la gestion du risque* » (L21) liée à la pratique de l'anesthésie. Il estime que les équipements médicaux sont généralement fiables, « *machines assez fiables* » (L23), car ils font l'objet d'un contrôle régulier par le service biomédical de l'hôpital, « *appareils testés par le bioméd* » (L24). Il identifie les facteurs humains comme une « *cause d'erreurs* » (L22), telles que des erreurs « *médicamenteuses ou autres* » (L23), qui sont souvent « *liées à la fatigue, la distraction ou à un manque de rigueur* » (L26). Il souligne que ces erreurs sont principalement attribuables à des facteurs humains plutôt qu'à des défaillances matérielles, « *pas un facteur matériel mais souvent un facteur humain* » (L25).

D'après l'IADE 2, les facteurs humains sont l'ensemble des éléments liés à l'environnement humain « *tout l'environnement en fait d'humains quoi* » (L20) qui peuvent perturber la pratique de l'anesthésie. Cela comprend toutes les personnes qui peuvent être présentes dans l'environnement de travail « *toutes les équipes autour de nous, IBODE, tout ce qui peut en fait nous perturber mais par les personnes en fait quoi* » (L16).

Selon l'IADE 3, les facteurs humains sont liés aux erreurs potentielles « *peut être lié, ça peut causer une erreur* » (L21). Elle estime que le terme facteur humain est assez générique et l'associe à « *l'équipe* » (L23) en incluant des éléments tels que « *l'expérience* » (L24), « *l'âge de l'équipe* » (L24), l'endroit où « *l'équipe a travaillé* » (L24), le « *nombre de personnes* » (L25) impliquées ainsi que « *la manière dont l'équipe se comporte* » (L27). Elle associe l'équipe et les facteurs humains en mentionnant le concept de « *communication* » (L28) et aux relations entre les membres de l'équipe « *au relationnel* » (L28).

Pour l'IADE 4, les facteurs humains sont quelque chose de « *très aléatoire et subjectif* » (L25), qui peut varier dans le temps « *temporel* » (L26). Pour lui, cela dépend de nombreux « *aléas* » (L26) et peut être influencé par « *l'humeur du moment* » (L26), « *qui est souvent lié à la journée de travail passée* » (L27).

D'après l'IADE 5, les facteurs humains dans les soins impliquent « *la relation avec le patient* » (L23) et « *l'apport d'humanité et de bienveillance* » (L24) « *lors des soins* » (L24). Pour cette IADE, en tant qu'infirmier, les facteurs humains sont liés à « *l'écoute* » (L27) et à « *la bienveillance* » (L27) envers le patient.

Nous pouvons observer que les 5 IADE non formés ont des opinions différentes et assez larges de ce que signifie le facteur humain en santé. Dans l'ensemble, ils ont évoqué les relations interpersonnelles et associé les facteurs humains au risque, à l'erreur. Leur réponse étant globalement assez vague et afin d'être sûre que nous parlions tous de la même chose pour le reste de l'entretien, je leur ai donné une définition des facteurs humains sortit de mon cadre conceptuel, celle-ci était : « *Ce sont les facteurs qui concernent tous les éléments associés à l'implication des êtres humains dans une activité, qui peuvent avoir un impact sur leur comportement et leurs actions. Ils représentent les aspects non techniques d'une activité qui sont liés aux attitudes et aux actions des êtres humains impliqués dans cette activité.* »

Concernant les IADE formés, l'IADE 6 les définit comme « *les compétences non techniques* » (L24).

Pour l'IADE 7, les facteurs humains font référence aux « *compétences psychosociales* » (L39), qui représentent « *une partie du socle épistémologique*

de la psychologie sociale » (L42) et qui sont « appliquées dans le domaine de la santé » (L40). Cela inclut « tout ce qui n'est pas technique » (L43). Ces compétences ne sont pas facilement « apprivoisables [...] en théorie (L44) et nécessitent des « ressources internes » (L45) pour être maîtrisées.

FOCUS SUR LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES

Les compétences psychosociales sont définies en 1993 par l'OMS comme :

" La capacité d'une personne à faire face efficacement aux exigences et aux défis de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être psychique et à le démontrer par un comportement adapté et positif lors d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement "

Il existe 9 CPS générales regroupées en trois grandes catégories :

- 3 CPS cognitives : avoir conscience de soi, capacité de maîtrise de soi, prendre des décisions constructives,
- 3 CPS émotionnelles : avoir conscience de ses émotions et de son stress, réguler ses émotions et gérer son stress,
- 3 CPS sociales : communiquer de façon constructive, développer des relations constructives, et résoudre des difficultés.

(94)

D'après l'IADE 8, les facteurs humains désignent tout ce qui concerne « la sécurité de l'intervention » (L34) « purement humaine » (L35), c'est-à-dire en dehors de l'utilisation des « machines et des automates » (L35). Cela englobe donc tout ce qui concerne le « fonctionnement de l'humain » (L36) dans le cadre de l'intervention.

Selon l'IADE 9, les facteurs humains sont une « priorité » (L29) « dans le monde de la santé » (L29) et notre « système » (L30) les a « complètement oubliés », ce qui peut conduire à « beaucoup beaucoup d'erreurs » (L32). Pour lui, les

facteurs humains se réfèrent à « *tout ce qui est non technique* » (L39) ainsi qu'un « *ensemble de process qui nous poussent à prendre des décisions ou à ne pas prendre des décisions, à faire ou à ne pas faire et alerter ou à ne pas alerter* » (L39).

D'après l'IADE 10, les facteurs humains sont « *essentiels et prioritaires dans les prises en charge quotidiennes* » (L26) en santé. Si tout le monde était « *sensibilisé* » (L28) à ces facteurs, on « *travaillerait beaucoup mieux* » (L28), « *vivrait mieux* » (L29) et serait « *beaucoup plus efficace pour les patients* » (L29). « *Sous-estimé* » (L30), ils regroupent toutes « *les compétences non techniques* » (L33) nécessaires pour « *travailler avec les facteurs environnementaux* » (L35) « *au quotidien* » (L32), comme en « *situation critique* » (L32).

Les 5 IADE formés, ont une compréhension commune selon laquelle les facteurs humains regroupent toutes les compétences non techniques nécessaires à leur pratique professionnelle. De plus, ils soulignent la priorité de les prendre en compte dans nos pratiques en santé.

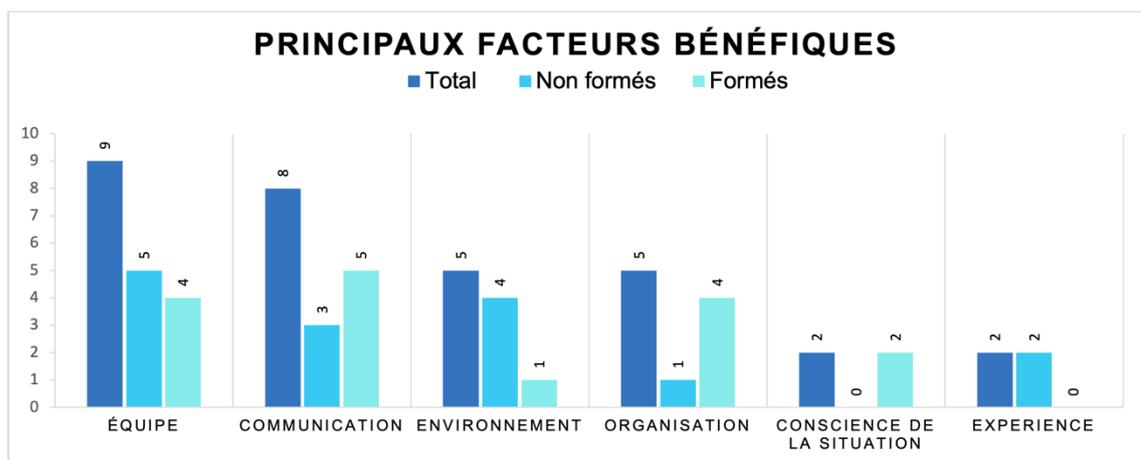
Concernant les réponses des 10 IADE interrogés, nous pouvons voir qu'ils ont des approches différentes en ce qui concerne les facteurs humains mais tous reconnaissent leur importance dans la prise en soins des patients en santé, notamment sur la sécurité et le risque d'erreur. Il y a également une prise de conscience de la complexité des facteurs humains et de la difficulté à les maîtriser, car ils sont influencés par de nombreux facteurs ce qui appuie le fait de les connaître et les travailler pour améliorer nos pratiques globales.

FACTEURS BENEFIQUES ET NUISIBLES AU TRAVAIL D'IADE

Dans le but de comprendre les facteurs que les IADE considèrent comme bénéfiques et nuisibles pour leur travail, ces derniers ont été interrogés sur le sujet. Bien que le terme facteur humain ait été mentionné précédemment, j'ai choisi de ne pas l'utiliser délibérément dans la question afin d'observer dans quelle mesure l'IADE désigne ces facteurs comme pertinents. Les réponses que j'ai recueillies montrent que les facteurs humains ont un impact majeur sur leur

journée de travail, que ce soit de manière positive ou négative. Ces facteurs ont des conséquences non seulement pour les soignants, mais également pour les patients, comme nous le verrons par la suite. Ainsi, il apparaît clairement que les facteurs humains doivent être pris en compte au quotidien et en situation critique, et qu'ils occupent une place prépondérante dans le travail des IADE. J'ai classé les réponses obtenues en sous-thèmes pour faciliter l'analyse de ces facteurs.

2 Facteurs bénéfiques



2.1 L'équipe

Les IADE travaillent en équipe pour prendre en soins les patients dans les meilleures conditions de sécurité et de qualité possibles. Dans ce cadre, il est intéressant de souligner que 9 IADE sur 10 ont évoqué l'équipe comme facteur bénéfique à leur travail, démontrant ainsi l'importance primordiale de celle-ci dans leur quotidien professionnel.

Les IADE non formés aux facteurs humains mettent en avant l'importance de l'intégration de chaque membre de l'équipe « *Il faut que chaque membre de l'équipe soit intégré avec les autres* » (IADE1 L33), et que l'idéal est de travailler avec une personne en qui on a « *confiance* » (IADE 2 L24) et « *dont on connaît la façon de travailler* » (IADE2 L24). Ils soulignent l'importance d'avoir une « *même façon de travailler* » (IADE 2 L30) et d'être, « *en accord avec ce que le MAR veut mettre en place* » (IADE 2 L31). La difficulté d'adaptation aux binômes qui ne sont pas toujours les mêmes est évoquée, mais cela peut être facilité selon l'équipe, certaines ont des « *caractères plus faciles que d'autre* » (IADE 2 L34).

Une « équipe compétente » (IADE 3 L39) et « en nombre » (IADE 3 L29) est également bénéfique pour les « aider à cette prise en charge » (IADE 3 L108) du patient. L'ambiance générale de l'équipe, comprenant les « IBODE, chirurgien, MAR » (IADE 4 L58), doit être « bienveillante » (IADE 4 L65), travailler dans « la bonne humeur » (IADE 5 L36), avec « respect » (IADE 5 L36), « écoute » (IADE 5 L36) et « entraide » (IADE 5 L37) pour des « conditions sécurées » (IADE 4 L36) de travail.

Concernant les IADE formés aux facteurs humains, ils ont souligné l'importance de « bien connaître ses collègues » (IADE 6 L32) et d'avoir de « bonnes relations entre nous » (IADE 6 L39), afin de s'entraider mutuellement. Ils ont eux aussi mis en avant l'importance d'une bonne ambiance de travail (IADE 7 L52), avec des personnes « avec qui on peut échanger » (IADE 7 L72) et « développer le travail d'équipe » (IADE 8 L42). Ils ont évoqué la composition de l'équipe « à plusieurs niveaux » (IADE 8 L64), incluant « le binôme que tu fais avec l'anesthésiste » (IADE 8 L64), ainsi que les autres membres « présents dans la salle tels que les IBODE, le chirurgien, et les internes » (IADE 8 L64). En outre, les IADE ont souligné l'importance de bien connaître les rôles de chacun « quand chacun sait bien ce qu'il à a faire, et sait bien ce que l'autre à a faire » (IADE 8 L64) afin de favoriser une collaboration « on collabore super bien » (IADE 8 L75) « fluide » (IADE 8 L72) et efficace.

Dans l'ensemble, pour les IADE formés et non formés, le facteur clé pour passer une bonne journée de travail est d'avoir une équipe solide et bien intégrée, avec une bonne ambiance, de bonnes relations, une communication fluide et un travail d'équipe où chacun sait ce qu'il a à faire. De plus, il est important que l'équipe soit compétente et reçoive une formation commune sur les éléments sécuritaires du service, ce qui reflète les définitions de l'équipe du cadre conceptuel, particulièrement celle donnée par l'HAS d'une équipe soignante, qui insiste sur l'importance de la connaissance mutuelle entre les membres de l'équipe, des connaissances et des compétences complémentaires, ainsi que du respect mutuel et de la cohésion d'équipe.

2.2 Communication

La communication est une compétence non technique majeure dans le domaine de la santé, reconnue comme une compétence professionnelle à part entière. Elle joue un rôle clé dans la sécurité des patients. Cela est confirmé par les réponses des IADE interviewés, où 8 sur 10 l'ont identifiée comme un facteur bénéfique au travail.

Les résultats obtenus concernant les IADE non formés aux facteurs humains démontrent que ces professionnels sont conscients de l'importance de la communication dans leurs pratiques. Pour la plupart d'entre eux, la communication est considérée comme « *la clé d'une bonne prise en charge* » (IADE 3 L43) et d'une « *journée réussie* » (IADE 3 L49). Ils soulignent également que la communication est une « *compétence non technique* » (IADE 3 L41) et signalent l'importance de « *bien communiquer* » (IADE 3 L43) avec « *toutes les personnes qui sont à l'intérieur de la salle* » (IADE 3 L45) afin d'être « *compétent* » (IADE 3 L47).

Concernant les méthodes de communication, les IADE ont mentionné de la « *confiance* » (IADE 4 L61), de la « *bienveillance* » (IADE 4 L61) ce qui pourrait être associé au concept de « *speaking up* » ou chaque membre de l'équipe devrait être encouragé à parler s'il pense que la sécurité du patient est en jeu. Aussi, des techniques comportant de « *l'écoute* » (IADE 5 L36), l'intérêt du « *ton et le son de la voix* » (IADE 5 L46) qui dépend de la communication non verbale et paraverbale avec les composantes du langage corporel. L'IADE 3 a illustré l'outil de communication « *feedback* » ou communication bouclée sécurisée qui consiste à s'assurer que le message est bien compris par le destinataire grâce à la répétition et la reformulation verbale en énonçant qu'il était important de s'assurer que la personne à qui l'on s'adresse « *réceptionne* » (IADE 3 L48) « *un émetteur un récepteur* » (IADE 3 L60) en précisant que le but est de « *faire en sorte que la personne ait bien compris en face* » (IADE 3 L62).

Les IADE formés sont plus axés sur des techniques de communication précises, et citent des concepts concrets, comme :

- « *La communication sécurisée ou la communication en boucle* » (IADE 6 L28), considérée comme « *la plus sécuritaire* » par l'IADE 7 (L67).
- Le « SAED » mentionné par l'IADE 9 (L68) : « *Saed : ça aide à communiquer !* » (74) qui signifie : Situation, Antécédents, Évaluation, Demande.
- Plusieurs soulignent également l'importance du « *oser dire* » (IADE 9 L66) aussi appeler « *speaking up* », la manière de s'exprimer de façon assertive. En lien avec celle-ci l'IADE 7 nous parle de l'importance de « *gérer ses propres émotions* » (L69), d'éviter les formulations accusatrices avec l'utilisation du « *tu* » (L69). Ces notions font échos avec la méthode DESC, qui pour le « E » d'exprimer, inclut l'utilisation du pronom "je" pour formuler son ressenti et ses craintes. Utiliser le "je" permet d'assumer ses émotions personnelles et d'éviter de paraître accusateur, comme le souligne l'IADE 7.
- L'échange d'avis est aussi revenu à plusieurs reprises : « *une capacité d'échange importante* » (IADE 6 L63), « *une communication où on s'écoute, les uns les autres, où on entend les avis de chacun et on essaie de travailler ensemble* » (IADE 10 L53).
- La conscience des biais de communication a été citée par l'IADE 7.

FOCUS SUR LES BIAIS DE COMMUNICATION

Les biais de communication font référence à des généralisations, des omissions et des distorsions dans la transmission ou la réception de l'information qui peuvent affecter la compréhension et l'interprétation des messages.

(95)

- Le Briefing et le point de situation : « *faire un point avec l'anesthésiste en début de journée sur ok on va faire ça à ce moment-là enfin voilà un petit peu se faire le briefing de début de journée, un petit point* » (IADE 8 L52) qui permet de mettre

en commun les appréhensions de chacun dans un temps dédié pour favoriser le travail d'équipe et qui permet d'assurer une meilleure prise en soins des patients.

Les résultats de l'étude confirment les idées présentées dans le cadre conceptuel et mettent en évidence la prise de conscience des IADE, qu'ils soient formés ou non, quant à l'importance d'une communication claire, efficace et bienveillante pour une prise en charge optimale des patients et une collaboration en équipe améliorée.

2.3 L'environnement

L'environnement est un facteur bénéfique important pour 5 des 10 IADE. Bien que l'environnement ne soit pas directement un facteur humain, il exerce une influence sur la qualité de vie des IADE. Les facteurs humains incluent la façon dont les gens interagissent avec leur environnement, c'est pourquoi il est crucial de le prendre en compte. D'ailleurs, les recommandations de la SFAR sur les facteurs humains de 2022 abordent l'optimisation de l'environnement de travail, en mettant l'accent sur les facteurs ergonomiques tels que la disposition du lieu de travail, les postures de travail, la manipulation des équipements et l'interaction homme-machine. Elles soulignent également l'importance du matériel et recommandent d'identifier et de résoudre les problèmes liés aux équipements pour réduire les risques d'événements indésirables. (76)

Les réponses des IADE non formés révèlent une plus grande sensibilité à ce sujet, car 4 des 5 ont évoqué le facteur environnement, contre un seul pour les IADE formés. Ils s'accordent pour souligner la nécessité d'avoir un environnement « *confortable à vivre* » (IADE 1 L40), des « *conditions sécurées* » (IADE 4 L36) et bien équipé en terme de matériel « *qu'on ait le matériel nécessaire au bon déroulement de la journée* » (IADE 3 L40) « *des équipements qui marchent* » (IADE 8 L60). Les locaux, jugés suffisamment « *récents* » (IADE 1 L39), ont également été mentionnés. Selon leur point de vue, un environnement de travail de qualité, avec du matériel présent et fonctionnel, joue un rôle favorable dans leur travail. Néanmoins, l'IADE 2 souligne qu'en plus de sa présence, il est tout aussi crucial de « *connaître tout le matériel* » (L36) et les équipements disponibles pour assurer une prise en soins optimale des patients.

2.4 L'organisation

Il est intéressant de noter en ce qui concerne l'organisation, qu'à l'inverse de l'environnement 4 des IADE formés FH en ont parlé contre seulement 1 non formé. Une bonne organisation peut faciliter le déroulement des activités et améliorer la qualité de vie au travail. Pour certains, cela passe par « *une bonne planification de leur activité* » (IADE 7 L50), ce qui leur permet de mieux comprendre ce qu'ils vont faire et d'en avoir « *une vision large* » (IADE 7 L50). Pour d'autres, c'est le respect des horaires de début de travail qui est crucial « *qu'on commence aux horaires indiqués* » (IADE 3 L40). Aussi, l'IADE 8 nous indique que le fait de « *pouvoir anticiper* » (L51) mène à « *l'essentiel de notre boulot [...] faire en sorte que les patients survivent à l'agression chirurgicale* » (L56). « *Le fait d'avoir une bonne organisation* » (IADE 9 L54) et d'avoir une vision sur les tâches à venir, de bien « *regarder les consults, regarder le programme* » (IADE 8 L51) pour pouvoir mieux gérer les contraintes de la journée, leur permet de travailler dans de bonnes conditions et d'assurer la qualité de leur prise en soins.

2.5 La conscience de la situation

2 IADE formés ont mentionné la conscience de la situation comme étant un facteur contributif important à leur travail et les propos des IADE 7 et 9 convergent avec le cadre conceptuel présenté sur celle-ci en milieu de santé.

Pour l'IADE 7, comprendre « *toute la situation* » (L53) est primordial, particulièrement dans un contexte « *d'urgence, quand je vais comprendre voilà ce qui va se passer de A à Z* » (L53). Cette idée rejoint la définition de la conscience de la situation, qui inclut la capacité à percevoir des signaux de l'environnement, à les reconnaître et à les comprendre en vue d'une action future. Il appuie sur l'importance que cette compréhension soit partagée « *enfin compréhension partagée de la situation* » (L78) ce qui correspond à la conscience situationnelle d'équipe, la compréhension collective de la situation.

Pour l'IADE 9, la « *conscience de la situation* » (L47) est considérée comme « *prioritaire* » (L47) dans le domaine de la santé et un élément essentiel pour « *optimiser* » (L49) le travail, cela rejoint également la notion du cadre conceptuel

selon laquelle la conscience de la situation est une compétence non technique primordiale pour une prise de décision efficace. Il encourage alors la mise en place de « *process qui nous poussent à être particulièrement vigilant* » (L55). Effectivement, des stratégies pour améliorer cette conscience situationnelle comme compétences collectives ont été décrites et consistent principalement en l'utilisation de technologies d'accès aux informations, de procédures de répétition et d'entraînement en simulation.

2.6 Expérience

2 IADE non formés font référence à l'expérience en tant que facteur bénéfique, l'IADE 4 explique que l'expérience l'aide à gérer les situations difficiles, tandis que l'IADE 3 souligne l'importance de connaître l'expérience de chacun dans l'équipe pour adapter sa communication en conséquence « *ton expérience aussi ça c'est hyper important aussi parce que tu peux pas t'adresser de la même façon à quelqu'un qui vient de commencer et à quelqu'un qui est en l'occurrence moi je viens de commencer, qu'à quelqu'un qui a 30 ans de métier* » (L53).

2.7 Notions supplémentaires abordées par les IADE non formés

a L'encadrement

L'IADE 1 souligne l'influence d'un « *encadrement adapté* » (L34) et « *bienveillant envers son personnel* » (L34) comme élément favorable important.

b Les connaissances

L'IADE 3 souligne l'impact que la personne en face s'adresse à elle en « *connaissant ton prénom [...], qu'elle sache qui tu es, qu'elle situe qui tu es, ton expérience aussi* » (L53). Cette notion rappelle clairement l'intérêt du calot nominatif qui indique le nom et la fonction pour permettre une identification rapide et répartir aux mieux les tâches qui incombent à la spécialité de chacun, tout en s'adressant à l'autre par son prénom. (79)

c Le leader

Pour l'IADE 3, la notion de leader est importante « *au moment où tu fais ton geste, au moment où tu fais tes actes que le leader, s'assure bien que tu as bien fait tout ce qu'il fallait dans une situation urgente* » (L73). Ceci fait effectivement partie des missions d'un leader efficace comme nous l'avons vu précédemment : « Veiller à ce que l'équipe maintienne le cap et obtienne les résultats escomptés. » (27) et « conduire des briefings, des réunions en petit comité et des débriefings » (72) ce que l'IADE 3 a évoqué par la suite.

d Le débriefing

L'IADE 3 parle du débriefing en lien avec le leader en disant « *faire un débriefing derrière* » (L75) « *dire voilà ça c'était bien, ça c'était pas bien etc, mais pas au moment où tu fais l'action* » (L76). Effectivement nous avons vu que le débriefing est une séance d'échange qui se déroule après une action qui permet à chaque membre de l'équipe de se confier librement sur les points positifs et négatifs vécu lors de la situation.

e La formation

L'IADE 3 soulève également la question de la formation en tant qu'élément bénéfique au travail, « *est-ce que je suis formée correctement* » (L107) Cela suppose que pour les professionnels de santé, la formation continue est essentielle pour maintenir un haut niveau de compétence et de confiance dans leur travail.

f La bonne pression

L'IADE 3 mentionne également la « *bonne pression* » (L114) comme facteur positif au travail, celle qui va « *mettre un petit coup de boost* » (L114). La pression positive en lien avec le concept de stress positif qui comme nous l'avons vu, peut avoir des effets stimulants et adaptatifs sur notre corps et notre esprit. Pour l'IADE 3, la bonne pression est celle qui stimule et pousse à agir, et qui peut être bénéfique pour l'accomplissement de certaines tâches.

2.8 Notions supplémentaires abordées par les IADE formés

a Aides cognitives, fiches reflexes

L'IADE 6 a mentionné les « *les fiches réflexes* » (L31) qui correspondent aux aides cognitives, fiches réflexes préétablies recommandées par la SFAR, comme un facteur bénéfique dans son travail. En effet, les aides cognitives sont des outils qui peuvent aider les professionnels de la santé à gérer des situations complexes ou d'urgence en leur fournissant un guide pour la réalisation de tâches. Elles permettent d'éviter les omissions et leur utilisation est inévitablement bénéfique puisqu'elle réduit la charge cognitive des utilisateurs et les aide à gérer un potentiel stress. Ceci comme nous l'indique la réponse de l'IADE 6, par leur simple présence en salle.

b Energie

L'IADE 10 a déclaré le fait « *d'être en forme pour ma journée de travail, ne pas être fatiguée* » (L42). Nous l'avons vu, le manque de sommeil et la fatigue peuvent avoir un impact significatif sur les performances des soignants, leur vigilance et leur capacité à communiquer efficacement, et ainsi compromettre la qualité et la sécurité des soins. L'IADE 10, en étant bien reposée peut mieux assurer ses fonctions et minimiser les risques associés à la fatigue, il est essentiel que les soignants en aient conscience et veillent à leur propre santé pour garantir des soins de qualité.

Après avoir interrogé les IADE sur les facteurs qu'ils estiment bénéfiques au travail, j'ai cherché à savoir quelles étaient les conséquences de ces facteurs pour eux.

3 Conséquences des facteurs bénéfiques

Les réponses des IADE démontrent que les facteurs bénéfiques au travail ont des conséquences significatives à la fois sur leur qualité de vie au travail et sur la qualité des soins prodigués aux patients. Tous les IADE interrogés ont évoqué des conséquences dans leur qualité de vie au travail, et 8 sur 10 ont mentionné les conséquences sur le patient.

3.1 Sur la qualité de vie au travail

Les réponses des IADE non formés quant aux facteurs bénéfiques au travail montrent que la qualité de vie au travail est une conséquence majeure : la « *gaité au travail* » (IADE 1 L48), une « *qualité supérieure du travail* » (IADE 1 L48), une « *bonne ambiance de travail* » (IADE 4 L72) et un climat « *serein* » (IADE 5 L53). L'IADE 3 a souligné dans les conséquences positives sur son confort de travail une diminution des maux de tête et la satisfaction d'avoir passé une bonne journée « *tu sors de la journée tu as moins mal à la tête, tu sais que tu as passé une bonne journée* » (L99).

Les IADE formés ont aussi exprimé plusieurs effets positifs liés à ces facteurs. Un « *confort de travail* » (IADE 7 L105) considéré comme « *sans commune mesure* » (IADE L05). Plusieurs ont également mentionné une plus grande « *confiance au travail* » (IADE 6 L48) et une « *meilleure fluidité* » (IADE 10 L59). Les IADE ont également signalé un meilleur ressenti des événements en général « *ça permet aussi de moins mal vivre les choses* » (IADE 7 L96), une « *épargne cognitive* » (IADE 7 L101) et « *une fatigue [...] moindre* » (IADE 7 L101), qui à son tour a pour conséquence moins d'irritabilité : « *Comme je suis moins fatigué je suis moins désagréable* » (IADE 8 L96). Cela « *libère beaucoup de charges de travail et d'esprit* » (IADE 8 L85) et réduit le stress (IADE 10 L59). Les IADE ont également constaté que cela évite le « *syndrome de la deuxième victime* » (IADE 8 L109) et favorise une meilleure collaboration : « *on collabore super bien* » (IADE 8 L75). Tout cela est possible grâce à une concentration plus limpide : « *une concentration qui est beaucoup plus diluée, elle est beaucoup plus fluide* » (IADE 7 L101) et une anticipation accrue : « *Anticiper les menaces, anticiper les risques* » (IADE 8 L105) qui correspond à « *ce truc d'avoir toujours la sensation d'avoir un coup d'avance* » (IADE 8 L105).

En somme, cela améliore l'efficacité du travail.

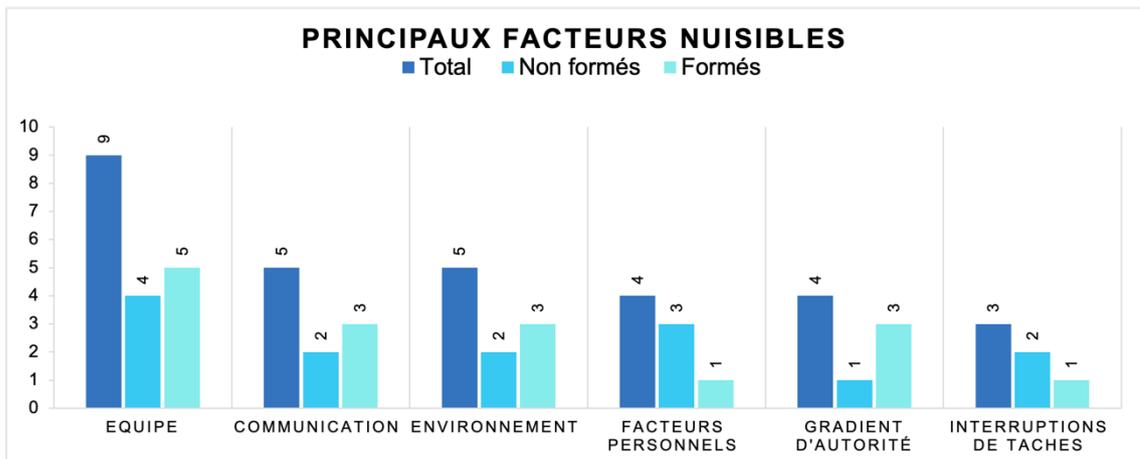
3.2 Pour le patient

Concernant les bénéfices pour les patients, les IADE non formés mettent en avant une prise en soins de qualité « *Je trouve que la prise en charge du patient est bonne [...] tout simplement* ». (IADE 3 L90). L'un d'eux souligne la possibilité de « *prendre le temps de s'occuper du patient* » (IADE 3 L91) et ce « *du début à la fin* » (IADE 3 L91). Ils mettent l'accent sur « *l'amélioration de la prise en charge du patient* » (IADE 3 L97) et la « *sécurité* » (IADE 2 L73) qu'elle offre aux patients. Enfin, une IADE mentionne le confort des patients grâce à une prise en charge douce : « *Tu enveloppes les gens dans une douceur* » (IADE 5 L47). Ces réponses mettent en avant l'importance d'une prise en charge de qualité pour le bien-être des patients, notamment en termes de sécurité et de confort.

Les propos des IADE formés mettent en avant deux points clés : l'efficacité « *service efficace* » (IADE 9 L70) et « *la sécurité au quotidien pour les patients* » (IADE 6 L50). Selon l'IADE 7, cette sécurité est renforcée par une moindre hypervigilance « *moins d'hypervigilance sur des points précis* » (L83), qui permet une attention plus équilibrée et « *plus sécuritaire* » (L90) lors des préparations de médicaments, par exemple. Comme l'a souligné cet IADE, « *l'attention n'est pas inextensible* » (L93) et « *être hyper focalisé sur quelque chose* » (L93) peut entraîner une « *hypofocalisation* » (L93) sur d'autres aspects importants. Les propos de cet IADE viennent étayer le concept d'effet tunnel présenté dans le cadre conceptuel. L'hyperfocalisation peut en effet entraîner une attention trop exclusive sur une tâche spécifique, et ainsi empêcher la prise en compte d'autres informations importantes.

Les propos des IADE non formés montrent une préoccupation générale pour la qualité de la prise en soins du patient, tandis que les IADE formés ont mis davantage l'accent sur la sécurité et la qualité des soins pour les patients. Cela suggère que la formation leur a permis de développer une attention particulière à la notion de sécurité dans leur travail.

4 Facteurs nuisibles



4.1 L'équipe

Les IADE non formés ont mentionné des facteurs nuisibles liés à l'équipe « *des problèmes d'équipe* » (IADE 3 L94), tel que des comportements dénigrants voir insultants, ainsi que des attitudes nocives de la part de certains chirurgiens, rares mais qui sont parfois « *complètement injustifiées* » (IADE 4 L80) et qui provoquent une « *pression de dingue* » (IADE 4 L 80), qu'elles soient dirigées personnellement ou à un autre membre de l'équipe, qui met alors en péril l'ambiance de travail et la cohésion, et par conséquent la qualité des soins prodigués aux patients. L'IADE 5 a mentionné « *la brutalité dans les gestes et la voix* » (L65) lors de la manipulation du matériel et des patients, ainsi que « *les gestes précipités* » (L63) dans l'exécution des tâches. L'IADE 3 parle de l'influence du stress sur la qualité du travail et la relation entre les membres de l'équipe et du risque de le communiquer à autrui « *quand le MAR est stressé le stress va être forcément communiqué à l'IADE, et inversement* » (L65). L'IADE 2 mentionne que le fait de bien connaître les personnes peut avoir des aspects opposés et peut être « *néfaste [...] on peut rentrer dans une certaine routine et donc moins concentré je dirais, faire les choses plus de façon automatique* » (L41) ce qui rejoint la vitesse de la pensée selon Daniel Kahneman en parlant du système 1, le système automatique qui peut conduire à des erreurs de jugement. L'IADE 2 précise aussi que de bien connaître ses collègues « *ça peut distraire un petit peu* » (L44) ce qui peut alors affecter la concentration.

Les IADE formés ont également mentionné des facteurs nuisibles liés à l'équipe, pour l'IADE 6 des « *personnalités qui sont intimidantes* » (L59), « *des caractères forts* » (L60). L'IADE 7 a mentionné une vigilance concernant les personnes se désignant comme « chat noir » ou « chat blanc », qui peut être interprétée par des points de focalisation trop accentués ou au contraire inhibés. L'IADE 10 a mis en avant l'importance des personnes avec qui l'on travaille, soulignant l'impact des relations interpersonnelles sur le travail et le bien-être au travail.

4.1 Communication

5 IADE sont unanimes sur le fait qu'une mauvaise communication est un facteur nuisible au travail d'équipe. Selon eux, les problèmes de communication sont graves et l'un d'entre eux les a même qualifiés comme le « *plus gros problème qu'on a au sein des blocs* » (IADE 3 L63). La « *mauvaise communication ou pas de communication* » (IADE 10 L67) sont considérées comme étant « *la base* » (IADE 10 L67) des problèmes d'équipe. Ils ont identifié plusieurs problèmes de communication, tels que « *la communication tronquée en période de stress* » (IADE 3 L67), « *la brutalité dans les gestes et la voix* » (IADE 5 L65), « *le bruit et les voix qui crient* » (IADE 5 L63), ainsi que le fait de se faire crier « *dessus toute la journée* » (IADE 3 L67). Les problèmes de communication avec les collègues avec « *qui tu as du mal à communiquer* » (IADE 7 L118) sont également considérés comme un obstacle majeur à la performance de l'équipe. Selon l'IADE 9, l'optimisation de la communication est l'un des besoins les plus importants car les conséquences peuvent être « *désastreuses* » (L81), comme le risque d'erreur et de « *stress post-traumatique* » (L80). L'IADE 9 a commencé à évoquer des solutions aux problèmes de communication, telles que le « *oser dire* » (L79) et la « *communication croisée* » (L108), qui seront examinées plus en détail dans la partie analyse des outils et dispositifs.

4.1 Environnement et organisation

Les résultats des 5 IADE mentionnent l'environnement et l'organisation comme des facteurs nuisibles pour leur travail.

Selon l'IADE 2, le manque de connaissance des sites où ils interviennent « *je pense surtout au secteur qu'on ne connaît pas trop* » (L49), ainsi que l'urgence et la polyvalence, sont des éléments qui peuvent être nuisibles pour leur travail.

L'IADE 3 et l'IADE 6 ont également évoqué des problèmes liés au matériel, notamment des « *méconnaissances du matériel* » (IADE 6 L63) et des « *problèmes de matériel* » (IADE 3 L93) qui peuvent impacter leur travail.

Les IADE 3, 6 et 10 ont exprimé « *des problèmes organisationnels* » (IADE 3 L66), des « *défauts organisationnels où le programme change tout le temps, où les gens doivent changer de salle* » (IADE 6 L57) qui concourent à « *un manque d'organisation globale* » (IADE 6 L56). Ces problèmes peuvent être source de stress, comme l'illustre l'exemple donné par l'IADE 10 « *si au cours de la journée, je vois que le programme de la journée ne va pas finir à l'heure, et que je dois aller chercher mon fils à l'heure, et que je dois me battre toute la journée pour finir à l'heure* » (L43) cela peut prédire « *une mauvaise journée* » (L46) et « *ne favorise pas le climat d'une bonne journée* » (L47).

L'IADE 7 a mis en évidence « *des moments de la journée* » (L121) tels que le « *début du programme* » (L121), « *le repas* » (L123) et « *la nuit* » (L123) qui peuvent « *nuire à son ambiance de travail* » (L125). De plus, des « *facteurs situationnels* » (L129) tels que « *les transmissions* » (L132) et la « *relève de garde* » (L130) peuvent également « *être plus accidentogènes* » (L134). En effet, nous l'avons vu, la nuit, en particulier entre 2h et 4h du matin, est un créneau accidentogène en raison de l'inertie du sommeil et de la diminution des performances cognitives. L'HAS a également souligné que 60% des EIGS surviennent pendant des périodes dites de vulnérabilité, comme cité par l'IADE 7 soit la nuit, les heures de changement d'équipe, ainsi que les jours fériés et les week-ends.

4.2 Besoins personnels.

L'environnement et les besoins personnels sont une préoccupation commune à certains IADE, qui considèrent que ceux-ci peuvent avoir un impact négatif sur leur travail. Sur les 10 IADE interrogés, 4 ont mentionné ce facteur comme étant nuisible, dont 3 non-formés.

L'IADE 1 a évoqué le « *le fait d'être anxieux au travail* » (L68) comme étant un élément néfaste à la pratique de son travail ainsi qu'un manque de « *formation* » (L67) et de « *connaissance* » (L68) pouvant être générateur de stress.

L'IADE 2 a souligné l'importance de la capacité d'adaptation personnelle pour surmonter les difficultés professionnelles, en effet si « *on ne l'a pas, ça peut être un petit peu compliqué* » (L54).

L'IADE 3 et l'IADE 10 se rejoignent puisqu'elles ont toutes les deux mentionné le facteur « *stress* » (IADE 10 L43) et « *mauvaise pression* » (IADE 3 L113). Effectivement, la réaction physique et mentale des IADE face à ces situations de stress négatif, comme vu dans le cadre conceptuel, peut causer des perturbations physiques et mentales, ainsi qu'une perte de leurs capacités d'adaptation et de réaction. Ainsi, la gestion du stress et la promotion d'un environnement de travail sain sont essentielles pour assurer la sécurité et le bien-être des IADE et de leurs patients.

Ces deux IADE s'accordent également sur le facteur nocif de « *la fatigue* » (IADE 10 L70) et que pour cela « *le facteur repos entre en ligne de compte* » (IADE 3 L175), nous avons vu pourquoi précédemment.

Ces témoignages mettent en lumière l'importance de considérer l'environnement personnel des IADE pour qu'ils puissent exercer leur métier dans les meilleures conditions possibles.

4.3 Gradient d'autorité

Parmi les facteurs nuisibles de l'équipe, le gradient d'autorité ou gradient hiérarchique a été mentionné à plusieurs reprises par 4 IADE différents. Leurs propos démontrent clairement la présence d'un « *gradient hiérarchique qui est très très présent à l'hôpital* » (IADE 9 L93), « *gradient d'autorité qui est qui est très fort, trop* » (IADE 8L124) entre les médecins et les infirmiers. Celui-ci est illustré par l'IADE 9 par le fait que « *si j'ai une information ça veut dire que mon supérieur, souvent c'est le médecin, l'a forcément aussi et il n'est pas question que j'aille le déranger pour pouvoir lui communiquer, parce qu'il l'a forcément.* » (L89). En outre, cet IADE mentionne la « *tradition hospitalière* » (L87) de ne pas

déranger les supérieurs. Ce gradient hiérarchique a été évoqué sous la forme du biais d'autorité, une tendance à surestimer l'opinion des personnes considérées comme autorité, ne pas remettre en question ni contredire malgré son propre avis. Le biais d'autorité peut donc jouer un rôle important dans la dynamique de l'équipe, en particulier en ce qui concerne les relations entre les médecins et les autres professionnels de la santé. Il est donc essentiel de reconnaître et réduire ce gradient en encourageant une communication ouverte et collaborative entre tous les membres de l'équipe.

4.4 Interruption de tâches

3 IADE ont souligné que l'interruption de tâche est également un facteur nuisible. Comme mentionné dans le cadre conceptuel, les interruptions sont fréquentes, pouvant survenir jusqu'à 10 fois par heure, le problème est que « *tout le monde a un peu l'impression que sa tâche à lui est super importante et on s'interrompt, on est interrompu, on interrompt les autres* » (IADE 8 L130). Les IADE ont précisé que cela se produit souvent pendant la préparation « *de médicaments* » (IADE 3 L53) ou lors de « *la préparation de la salle* » (IADE 5 L80), des moments où la concentration est essentielle. L'IADE 8 a souligné le risque important d'erreur associé aux interruptions, affirmant que « *si on m'interrompt pendant que je fais ma dilution d'un enfant de moins de 5 kg, j'ai à peu près trois chances sur trois de me tromper* » (L139). L'IADE 8 a également appuyé sur le fait que l'on n'avait « *pas de culture de ça* » (L132), travailler sur la conscience et les risques de l'interruption de tâches est donc un fort levier d'amélioration.

5 Conséquences des facteurs nuisibles

D'après les dires des IADE interrogés, les facteurs nocifs au travail repérés ont des répercussions considérables sur l'équipe, le risque d'erreurs, le bien-être individuel et les patients.

5.1 Sur le bien-être individuel, confort de vie au travail

Les IADE ont clairement identifié que les facteurs nuisibles au travail peuvent avoir des conséquences importantes sur leur confort de vie au travail et leur bien-être personnel. Ils ont exprimé que ces facteurs peuvent « *générer un stress* »

(IADE 1 L67), jouer sur « *leur humeur* » (IADE 1 L44) et leur journée de travail, ainsi que les « *affecter émotionnellement* » (IADE 1 L62). De plus, ne « *pas prendre assez de recul sur une situation* » (IADE 1 L63) peut influencer négativement l'IADE, les « *désarçonner rapidement* » (IADE 4 L124) et les mettre « *sur le fil du rasoir* » (IADE 4 L135), les rendre « *tout le temps en alerte* » (IADE 4 L137) et « *crispé* » (IADE 5 L66). Ces situations peuvent engendrer de « *l'énervement* » (IADE 5 L59), les « *étourdir* » (IADE 5 L83), les « *déconcentrer* » (IADE 5 L83), de la « *fatigue cognitive* » (IADE 7 L135), les rendant moins vigilants et plus fatigués. Ils ont également exprimé « *beaucoup de frustration* » (IADE 8 L148) et « *plus l'agacement* » (IADE 7 L135), que ces situations sont très fatigantes, générant une « *mauvaise journée* » (IADE 9 L102) de travail. Nous voyons à travers leurs propos que ces facteurs nuisibles ont un impact significatif sur leur bien-être et leur efficacité au travail.

5.2 Pour l'équipe

Les propos des IADE soulignent que les facteurs nuisibles peuvent avoir des conséquences sur l'ambiance de travail général, telles qu'une « *ambiance pesante dans la salle* » (IADE 1 L51), un « *manque de cohésion dans l'équipe* » (IADE 6 L58), des collègues anxieux qui répercutent leur stress sur les autres, ce qui nuit à la dynamique de groupe, « *moins d'assertivité* » (IADE 7 L136), « *plus d'accusation* » (IADE 7 L17). Plusieurs IADE ont souligné que la discussion peut être bloquée par des caractères forts ou un gradient d'autorité trop présent, ce qui « *peut empêcher d'autres personnes de s'exprimer* » (IADE 6 L61) et ne crée « *pas un environnement sécuritaire quand les gens ne partagent pas ce qu'ils ressentent* » (IADE 8 L144). L'IADE 4 a précisé que cela peut affecter les liens entre les membres de l'équipe en salle et également entre le binôme IADE/MAR. Quand il est difficile de travailler avec un chirurgien, par exemple, le MAR peut moins venir dans la salle, ce qui peut créer un sentiment de solitude « *toujours tout seul en salle* » (L85), personne « *pour être un relais dans la compensation* » (L87). Cela nous renvoie à la partie environnement du cadre conceptuel, où il est mentionné le confinement des soignants en salle pour assurer la sécurité du patient, ce qui peut avoir un impact sur leur bien-être.

5.3 Pour le patient

Parmi les IADE interrogées, 6 ont mis en évidence les conséquences directes sur le patient, allant jusqu'à évoquer une « *mauvaise prise en charge* » (IADE 3 L155) qui peut engendrer des risques pour sa santé, voire conduire à des erreurs.

5.4 Conséquences juridiques

Lors de ces propos, l'IADE 4 a abordé la notion des conséquences juridiques liées à des comportements inappropriés. Il a notamment évoqué la possibilité d'« *aboutir à des FEI* » (L106) (fiche d'événements indésirables), puis à une « *plainte auprès du commissariat de police* » (L103), et enfin, selon son expérience, à un licenciement de la part de l'employeur.

6 L'erreur

La grande majorité d'entre eux (9 sur 10) ont spontanément indiqué que l'erreur était une conséquence des facteurs nuisibles présents dans leur travail. Je les ai interrogés sur leur perception de celle-ci, pour mieux comprendre leur point de vue et déterminer le type de culture dans lequel nous évoluons (culture punitive ou culture juste). Je leur ai demandé de définir ce qu'ils entendent par erreur, afin de m'aider à mieux appréhender leurs réactions en fonction de leur définition.

J'ai utilisé mon cadre conceptuel pour définir l'erreur comme étant une action qui ne produit pas le résultat attendu ou qui est incorrecte, généralement mineure et inévitable chez tout être humain (environ 2 à 5 erreurs par heure). Elle est le résultat de multiples facteurs et peut survenir de manière involontaire et imprévue, même si la personne a fait de son mieux pour éviter la situation négative. A l'inverse, la faute est un acte intentionnel ou la violation volontaire d'une norme connue.

Pour l'IADE 1, l'erreur est définie comme « *une action réalisée qui n'est pas celle prévue au départ* » (L76). Cela peut se traduire par un mauvais choix pour le patient, c'est-à-dire une action qui n'est pas la meilleure pour lui. De plus, il précise que l'erreur « *peut être volontaire ou involontaire* » (L82).

Selon l'IADE 2, une erreur correspond à quelque chose « *qu'on devrait pas faire* » (L68), « *faire un acte qu'on n'aurait pas dû faire* » (L74) avec une différence entre les erreurs minimales et les erreurs plus graves. Quand elle pense à l'erreur, elle « *pense surtout erreur médicamenteuse* » (L70).

Pour l'IADE 3, une erreur est caractérisée par « *le fait qu'il y ait une conséquence nuisible pour le patient, [...] pour moi c'est, une erreur, c'est quelque chose qui va avoir une conséquence directe grave, plus ou moins grave sur le patient* » (L162).

Pour l'IADE 4, une erreur implique d'« *avoir conscience qu'on commet une erreur* » (L149) « *il faut se rendre compte déjà* » (L148). Il estime que l'anesthésie est une discipline particulièrement sujette aux erreurs, et que de nombreuses erreurs sont commises « *par manque de culture* » (L152). De plus, il souligne que certaines erreurs « *sont rattrapées* » (L152).

Selon l'IADE 5, l'erreur en anesthésie est souvent associée à « *l'erreur médicamenteuse* » (L98), comme le fait « *de se tromper de médicament* » (L90) ou de « *dosage* » (L91). Elle parle également de l'erreur dans le contexte de la « *préparation de la salle* » (L93) d'opération ou elle associe l'erreur à « *l'oubli de quelque chose* » (L93).

Pour l'IADE 6, l'erreur consiste à ne pas atteindre la « *finalité qu'on avait prévue* » (L68), mais cela ne constitue « *pas une faute* » (L67). Elle souligne également que les erreurs peuvent être de « *différents types* » (L72) et peuvent être « *dommageables* » (L73).

Selon l'IADE 7, l'erreur doit être « *dissocier de fautes* » (L141), car elle est « *involontaire* » (L142) et résulte d'un « *ensemble de facteurs* » (L143) et de « *barrières qui ont été franchies ou contournées* » (L144). Elle ne concerne pas une « *unique personne* » (L143), mais est plutôt un « *ensemble circonstanciel de plusieurs événements, allant du plus gros (l'organisationnel) au plus particulier (l'intra-individuel)* » (L145).

Pour l'IADE 8, l'erreur est lorsque les « *moyens mis en œuvre ne permettent pas d'aboutir à ce qu'on avait prévu* » (L153), et elle n'est pas « *intentionnelle* » (L155).

L'IADE 9, l'a défini comme « *quelque chose qui n'est pas volontaire* » (L123) ou « *il n'y a pas d'intention de nuire* » (L126), et l'environnement dans lequel l'erreur se produit est souvent peu sécurisant.

Enfin, selon l'IADE 10 l'erreur est une « *action involontaire* » (L91) qui n'est pas « *en lien avec l'objectif principal* » (L91), et qui peut entraîner un résultat différent de ce qui était prévu. Elle est « *plurifactorielle* » (L93) et ne concerne pas seulement une personne, mais résulte d'une « *succession d'erreurs globales* » (L94) qui entraînent « *un événement indésirable sur le patient* » (L94).

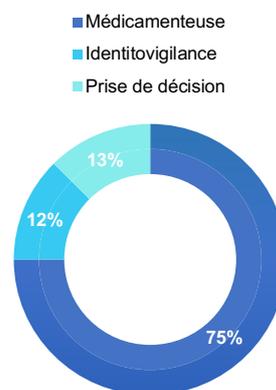
Isabelle Simonetto a affirmé que personne ne pouvait être exempt d'erreurs, j'ai donc demandé aux IADE s'ils avaient déjà été confrontés à des erreurs, sans les accuser directement. J'ai précisé qu'il pouvait s'agir d'une erreur qu'ils avaient commise eux-mêmes ou d'une erreur commise par quelqu'un d'autre mais où ils étaient présents. Cette question me permettait également de savoir s'ils étaient conscients de leurs propres erreurs et d'obtenir des informations sur leur pratique en termes de détection d'erreurs.

60%

Des IADE interrogé ont reconnu avoir commis une erreur personnelle. Parmi ces erreurs, la plupart sont des erreurs médicamenteuses.

IADE	NON FORMÉS					FORMÉS				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NE DÉCLARE PAS D'ERREUR	✓	✓								
DÉCLARE AVOIR VU UNE ERREUR			✓		✓		✓			
DÉCLARE AVOIR COMMIS UNE ERREUR				✓			✓	✓	✓	✓

TYPE D'ERREUR



7 Dispositifs

J'ai interrogé les IADE sur les outils et dispositifs qu'ils connaissent pour prévenir les erreurs et améliorer la sécurité des patients, dans le but de déterminer ceux qu'ils jugent utiles et qu'ils utilisent.

7.1 Communication

6 IADE ont souligné l'importance d'une communication efficace pour prévenir les erreurs. Parmi eux, 4 IADE non formés indiquent qu'il faut « *bien communiquer* » (IADE 2 L82) « *particulièrement dans les injections* » (IADE 2 L81), en disant « *les choses à haute voix* » (IADE 1 L96), en annonçant la dilution et en précisant quand on va injecter et combien avec le chiffre et l'unité, même si cela semble « *évident* » (IADE 5L145). Cette communication permet d'avoir « *pleinement conscience* » (IADE 1 L96) de ce qui se passe et « *qu'un tiers puisse se rendre compte de l'erreur* » (IADE 1 L96) éventuelle. L'IADE 2 précise qu'il est également conseillé d'être vigilant lorsque l'on travaille à plusieurs, en particulier avec des personnes extérieures à l'équipe habituelle, comme les internes ou les élèves.

Les IADE formés aux facteurs humains ont mentionné l'utilisation d'outils de communication concrets pour éviter les erreurs tels que la « *communication assertive* » (IADE 7L203), « *la communication en boucle fermée, la CLC* » (IADE7 L202) (*Closed-loop control*), « *le SAED ou le SBAR* » (IADE 9 L168). L'IADE 7 a d'ailleurs précisé en reprenant les situations vécues où il y a eu des « *incompréhensions* » (L169) l'utilisation de ces outils aurait permis de répondre à leur attente dans la compréhension et inversement « *j'aurais fait ce qui était attendu de moi* » (L172).

7.2 Pharmacovigilance

Lorsque nous avons évoqué le sujet des erreurs avec les IADE, les erreurs médicamenteuses ont été les premières à venir à l'esprit de la plupart d'entre eux. 5 d'entre eux ont alors partagé des techniques liées à la pharmacovigilance. Parmi les 4 IADE non formés, certains ont évoqué l'utilisation d'outils tels que la « *règle des 5B* » (IADE 1 L93).



(96)

Les IADE ont aussi exprimé des conseils pratiques, comme ne pas tout préparer en avance mais plutôt patient par patient au moment venu, « *conserver les ampoules et les jeter à la fin de l'intervention* » (IADE 4L72) pour les revoir en cas de doute, effectuer une « *double vérification* » (IADE 5L155), toujours utiliser « *les mêmes dilutions* » (IADE 5 L141) ou encore la mise en place de barrière pour les médicaments à risque comme la noradrénaline qui est parfois « *enfermer dans un pot* » (IADE 5 L134).

Quant à l'IADE formée, l'IADE 6, elle a partagé que dans son établissement, il y a « *une culture de service* » (L122) où ils prennent seulement les produits dont ils ont besoin et évitent de s'encombrer de choses inutiles. Si des produits spécifiques comme les curares sont nécessaires, ils les mettent « *à part dans un plateau identifié* » (L136).

7.3 Prise en compte des facteurs personnels

L'IADE 2 met en avant la prise en compte de « *l'état de chacun* » (L86), particulièrement des élèves, en matière de stress lors des interventions. L'IADE 3 souligne l'importance de bien mémoriser les informations relatives au patient, notamment en pédiatrie, et recommande l'utilisation de la « *mémoire vive* » (L184) pour ce faire, étant donné que notre attention et notre mémoire sont limitées, comme expliqué dans le cadre conceptuel. L'IADE 4 évoque la nécessité de « *remise en question* » (L246) de ses « *connaissances de base* » (L254) pour éviter les erreurs, tandis que l'IADE 5 met en garde contre le risque « *d'automatismes* » (L152), comme nous l'avons vu dans le thème des tâches routinières ou en utilisant notre système 1 nous mobilisons que très peu notre

système d'alerte, ce qui peut conduire à des erreurs, en lien avec ceci l'IADE 2 rappelle l'importance des allers-retours entre le système 1 et le système 2 : « *la distraction peut amener l'erreur et la routine peut aussi l'amener puisque du coup on est dans les automatismes* » (L72). Enfin, l'IADE 7 mentionne le HALT, une méthode d'auto-évaluation et d'analyse préventive des erreurs.

FOCUS SUR LE « H A L T »

 HUNGRY Affamé	 ANGRY En colère	 LONELY Seul	 TIRED Fatigué
--	--	---	--

"HALT" est une méthode initialement utilisée dans certains programmes de traitement de la dépendance ou de la santé mentale. L'idée est que lorsque quelqu'un ressent l'un de ces états, il est plus vulnérable aux comportements addictifs ou impulsifs. En se rappelant les signes de HALT, les personnes peuvent être plus conscientes de leur état émotionnel et physique, et prendre des mesures pour répondre à leurs besoins avant qu'ils ne deviennent difficiles à gérer.

(97)

7.4 L'environnement

L'IADE 6 en lien avec l'environnement a évoqué la nécessité d'être « *hyper vigilant* » (L28) en cas de « *problèmes organisationnels ou de changements de programmes* » (L28). Elle met également en évidence l'importance de prévenir les « *interruptions de tâches* » (L131), même si cela n'a été fait qu'une seule fois dans son équipe.

7.5 Les outils

Plusieurs outils concrets ont été cités par les IADE pour prévenir les erreurs médicales, notamment :

- Les aides cognitives de la SFAR ou fiches reflexes, mentionnées par 5 IADE.
- Les checklists, citées par 3 IADE, telles que la checklist HAS, mais aussi la « *check-list du matériel* » (IADE 4 L245) et des « *check-list briefing, même sur des trucs connus* » (IADE 6 L157).
- Les RETEX (retours d'expérience), mentionnés par l'IADE 7 (L203).
- La simulation, autre outil important mentionné par plusieurs IADE. Selon l'IADE 3, la simulation permet d'apprendre les compétences non techniques plutôt que les gestes techniques. L'IADE 10 confirme que les « *outils de simulation* » (L115) sont un bon moyen de « *former les gens aux facteurs humains* » (L112), en prenant en compte « *que l'erreur est inévitable* » (L113) et en évitant de « *culpabiliser les gens* » (L114) pour progresser dans la culture juste.
- La formation et la formation continue sont également citées, en particulier la formation aux facteurs humains. Certains IADE ont évoqué des formations spécifiques, comme la formation d'une journée qui sensibilise « *vraiment fortement à tous les problèmes de FH* » (IADE 9 L162) et l'apprentissage des « *ANTS, les compétences non techniques de Rona Flynn pour les infirmiers anesthésistes* » (IADE 7 L197), qui devrait être enseigné à tous les corps de métier selon l'IADE 7 (L199).
- Des applications en santé simples, selon l'IADE 9 (L162).
- Le placement de chacun dans l'espace, cité par l'IADE 3, avec l'exemple des « *croix au sol* » (L201) dans les salles de déchocage aux États-Unis.
- Les RPP de la SFAR sur les facteurs humains en situations critiques élaborés en association avec le groupe facteurs humains en santé, qui sont sortis en 2022, ont été cités 2 fois. Tous les IADE formés ont déclaré connaître ces RPP, tandis qu'aucun IADE non formés ne les connaissaient.

Enfin, selon l'IADE 8, il est essentiel de mettre en place des « *barrières humaines* » (L167) pour détecter et prévenir les erreurs. Cependant, chaque centre doit développer ses « *propres outils en fonction de ses propres fonctionnements* » (L170), en prenant en compte les besoins et les problématiques de chaque lieu d'exercice et de chaque membre de l'équipe. Il est donc important de s'inspirer de cette philosophie pour créer, ensemble des dispositifs personnalisés en fonction des situations et de son lieu d'exercice.

8 Après l'erreur

Afin de mieux appréhender les pratiques actuelles en matière de déclaration d'erreurs et de déterminer si les formations et les protocoles de sécurité en place encouragent cette pratique, j'ai cherché à savoir comment les IADE étaient incités à déclarer les erreurs. Dans ce contexte, je les ai interrogés sur les actions qu'ils jugeaient essentielles à entreprendre après une erreur.

8.1 Conduite à tenir

Pour les IADE qui ne sont pas formés, la première étape consiste à « *admettre l'erreur* » (IADE 1 L116) et la signaler immédiatement « *à la personne compétente à côté de toi à savoir ton MAR* » (IADE 3 L122) pour 3 d'entre eux, « *ou le chirurgien, ou ton cadre* » pour l'IADE 3 (L222). Il est également important ensuite de faire « *une déclaration d'événements indésirables* » (IADE L175), et des « *retours d'expérience* » (IADE L103) ainsi que le dire au cadre, ce qui correspond à un « *premier type de déclaration* » pour « *mettre tout de suite quelque chose en place* » (L181). Les IADE précisent qu'il ne faut « *pas culpabiliser les gens* » (IADE 1 L115) mais qu'il ne faut pas « *non plus valoriser* » (IADE 1 L115) l'erreur, qu'il ne faut pas non plus « *la cacher même si tu as très envie de la cacher* » (IADE 3 L220) mais plutôt « *en parler* » (IADE 4 L165) ouvertement, même si certains IADE ont tendance à cacher leurs erreurs. Les opinions des IADE divergent sur la nécessité et la systématisme de la déclaration d'erreur, car « *dépend du type d'erreur* » (IADE 3 L228). Certains pensent qu'il suffit « *juste parler dans le couloir entre nous* » (IADE 4 L189) « *librement* » (IADE L212) voire de « *quelquefois, on peut régler ça entre nous aussi* » (IADE 6 L178) ou il « *vaut mieux régler en interne* » (L188).

Concernant les IADE formés, ils ont une approche plus commune en matière de gestion des erreurs et des événements indésirables. Ils recommandent d'abord de tout mettre en œuvre pour corriger l'erreur ou récupérer la situation pour le patient. Les 5 IADE formés recommandent également de faire un débriefing « à chaud » pour 4 d'entre eux, avec toutes les personnes concernées, « sans culpabilisation » (IADE 7 L209), « en encourageant » (IADE 6 L157) pour obtenir un « rapport détaillé et circonstancié, daté, signé de toutes les parties présentes » (IADE 7 L 210). L'IADE 7 souligne que chaque maillon de la chaîne est important et que chaque personne présente doit être incluse dans le processus de débriefing, qu'il n'y a pas de « parole d'or » (L2013) mais tous les dires ont leur intérêt, du « moins gradé » (L212) au plus gradé, en précisant que c'est aussi ça les facteurs humains, prendre tout le monde en considération quel que soit le niveau. Ensuite, Les IADE s'accordent également sur la nécessité de faire des déclarations obligatoires pour les événements indésirables. Parmi les différentes déclarations mentionnées, on trouve la RMM, le RETEX, et le CREX, ainsi que les EPR, cité par l'IADE 8, qui désignent « les événements qui sont potentiellement à risque mais qui n'ont pas forcément abouti à une erreur et qui devrait être analysé aussi » (L188). L'IADE 10 propose également de mettre en place « des groupes de travail sur cette erreur » (L133) afin de l'analyser par des membres de l'équipe qui connaissent les contraintes de l'environnement de travail. Les IADE formés tout comme les IADE non formés insistent sur la nécessité de « sensibiliser les autres à la verbaliser » (L135) et encouragent vivement à « en parler à tous ses collègues dans le service » (L131).

8.2 Objectifs de la déclaration

Les données recueillies montrent que la majorité des répondants sont en faveur de la déclaration d'erreur pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la déclaration est considérée comme un moyen de partager les erreurs avec les autres membres de l'équipe et de permettre à chacun d'apprendre de l'expérience d'autrui. Ils ont également souligné que la déclaration peut être utile pour identifier les causes profondes de l'erreur et pour trouver des solutions à long terme. Cela afin d'éviter que les mêmes erreurs ne se produisent à nouveau. Ils évoquent aussi l'importance de la déclaration pour les statistiques et pour aider à mettre en place

des dispositifs de prévention. Néanmoins, certains expriment des réserves quant à la déclaration.

8.3 Réticence à la déclaration

Les réponses des IADE recueillies révèlent diverses raisons pour lesquelles il y a des freins à signaler les erreurs.

a Par facilité et simplicité

Certaines erreurs « passent à l'as » (IADE 5 L196) en considérant que celles-ci n'ont pas de conséquence. Les IADE estiment que le système de déclaration est mal fait, « pas forcément facile » (IADE 10 L129), ce qui peut également contribuer à leur réticence à déclarer des incidents. En effet, ils ont souvent une charge de travail importante et les procédures de déclaration peuvent être longues et chronophages. Ainsi, certains professionnels ont tendance à minimiser l'importance des erreurs commises et à les considérer comme « pas si grave et que ça peut arriver » (IADE 9 L195).

b Par peur

« La honte d'avoir failli » (IADE 1 L120) peut constituer un frein important à la déclaration d'une erreur commise. En outre, « la peur d'être réprimandé » (IADE 1 L121), de perdre « la confiance » (IADE 1 L121) et « du jugement des collègues » (IADE 8 L200), ainsi que la crainte de subir des « sanctions » (IADE 8 L199) ou un « blâme disciplinaire » (IADE 8 L199) peuvent également dissuader les professionnels de la santé de signaler les erreurs. De plus, le caractère officiel de la déclaration peut contribuer à augmenter la pression et l'anxiété : « là c'est ça c'est très officiel, c'est à dire ça sort du bloc » (IADE 5 L186).

c Par manque de confiance dans le système

L'IADE 4 estime que l'organisation des CREX vise simplement à occuper les gens plutôt qu'à améliorer la sécurité des patients. Il déclare qu'il « n'y croit pas trop » (L194) car ils sont organisés par du personnel qui ne connaît pas suffisamment leur travail « en fait qu'est-ce qu'ils connaissent de notre travail quoi ? » (L227) et les actions qui en découlent « ne sont pas à la hauteur »

(L224). Selon lui, si les CREX étaient organisés localement entre eux, ils auraient probablement plus d'intérêt. D'autres membres du personnel semblent partager ses doutes. En effet, l'IADE 7 trouve que les RETEX sont « *toujours réservés aux mêmes personnes* » (L242) et que les équipes RETEX sont des « *équipes closes* » (L243). De plus, il est difficile pour les membres de la structure de recevoir un retour d'information sur les erreurs signalées, qui est pourtant le but initial. Cette situation est également ressentie comme « *très culpabilisante* » (L279). Pour l'IADE 8, il y a toujours une « *petite part de fatalité* » (L196) dans les erreurs médicales. Il explique que « *l'aura du héros, quand c'est un médecin qui commet une erreur* » (L196) est difficile à accepter car culturellement, « *les membres du corps médical* » (L198) doivent donner l'impression d'avoir une « *maîtrise parfaite du sujet* » (L199). L'IADE 6 partage ces préoccupations et souligne l'importance que les personnes qui organisent les RMM soient « *dans le même état d'esprit* » (L185). Aussi, elle donne un exemple qui renforce les propos de l'IADE 8, d'une situation vécue où elle n'a pas été traitée de manière « *équitable* » (L206) par son encadrement dans une situation impliquant un interne qui n'a pas été questionné, contrairement à elle qui a été accusée de prime abord, ce qui a été très difficile à vivre.

Les propos des IADE nous amènent à réfléchir à la notion de culture de sécurité actuelle. Où en sommes-nous ? Culture juste ou punitive ?

9 La culture de sécurité

Les opinions divergent parmi les IADE, certains pensent que la culture évolue et que le fait de déclarer des événements indésirables est « *de moins en moins punitif* » (IADE 2 L134). Comme l'a souligné l'IADE 1, « *avant c'était un peu mal vu des déclarations d'évènement indésirable, maintenant je pense que c'est quand même assez monnaie courante* » (L128). Pour l'IADE 5, les répercussions en lien avec l'encadrement sont « *positives* » (L204) comme l'a noté l'IADE 3, « *on rentre quand même dans des mentalités justement ou il faut déclarer pour améliorer* » (L138). Cependant, il est crucial que la personne à qui l'IADE déclare soit compétente et bien informée sur les contraintes « *quand tu peux parler à quelqu'un de compétent en face de toi, qui sait ce que c'est l'erreur oui c'est hyper encourageant* » (IADE 3 L243), mais il est essentiel que cette

personne « *connaisse le matériel, qu'elle connaisse tout quoi* » (IADE 3 L252) afin de permettre une communication ouverte et un soutien efficace.

Plusieurs IADE soulignent tout de même que toutes les erreurs commises ne sont pas déclarées, probablement en raison d'un manque de « *culture de sécurité à l'hôpital* » (IADE 8 L199), où la déclaration d'erreurs n'est pas valorisée. Les erreurs sont souvent confondues avec les fautes, ce qui incite les personnes à ne pas les signaler. La « *culture malveillante* » (IADE 9 L199) qui recherche les coupables plutôt que d'améliorer le système est un problème. En France, la culture de l'erreur n'est toujours pas « *une culture juste* » (IADE 10 L138), car « *on pénalise* », (IADE 10 L138) on « *stigmatise* » (IADE 10 L139) les gens, ce qui crée un environnement « *plutôt punitif* » (IADE 9 L182).

Cependant, il ne faut pas généraliser et la culture de la sécurité dépend de plusieurs paramètres tels que « *la mentalité des supérieurs* » (IADE 6 L209) et de la « *dynamique de service* » (IADE 10 L143) qui n'est malheureusement « *pas assez développée dans la formation initiale et continue* » (IADE 10 L144). Il existe aussi des problèmes autres que les facteurs humains, comme l'explique l'IADE 10 qui évoque « *l'inertie du système au niveau organisationnel* » (L145) en prenant l'exemple d'un interphone dont le signal est inaudible. Malgré la pratique lors de simulations et d'entraînements avec un signal fonctionnel, en réalité, celui-ci ne peut pas être entendu et le service technique ne peut rien y faire.

Comme nous pouvons voir à travers les propos des IADE, il y a encore du chemin pour améliorer la culture de sécurité et il est important d'adopter une approche plus juste en matière d'erreurs. Il faut favoriser une culture de l'erreur positive et non punitive, et de la sécurité non coupable pour encourager les professionnels de la santé à signaler les erreurs afin de mettre en place des mesures d'amélioration. Les mentalités doivent continuer à évoluer et les professionnels considérer les erreurs comme inévitables « *parce que l'erreur est insupportable pour le soignant, mais elle existe* » (IADE 10 L140) alors il faut « *former les gens là-dessus* (IADE 10 L142), parce que « *tu sais que tu vas en faire, tu es plus enclin à les déclarer* » (IADE 10 L142). La formation aux facteurs humains est cruciale dans cette évolution, afin d'aider les professionnels à mieux gérer les erreurs et toujours dans l'optique d'une culture plus juste, l'IADE 7 ajoute que «

l'idéal ce serait d'avoir un suivi par un psychologue ou une personne formée » (L234) afin d'éviter « l'effet seconde victime » (L236).

10 Formation aux facteurs humains

Le rôle des facteurs humains et des compétences non techniques dans les événements indésirables associés aux soins n'est plus à prouver. Il est urgent de prendre en compte ces facteurs pour améliorer la sécurité en santé et limiter les erreurs. Pour connaître l'opinion des IADE sur ce sujet, je les ai questionnés quant à leur perception de la formation en facteurs humains.

Selon les propos recueillis, les IADE non formés estiment ne pas avoir étudié les facteurs humains dans la formation initiale. L'IADE 1 évoque « *une toute petite partie sur la psychologie humaine* » (L135) et quand même avoir eu une « *partie sur la gestion des risques* » (L137) et l'IADE 2 se rappelle vaguement qu'elle avait été « *sensibilisée sur les erreurs* » (L152). Les autres ont indiqué n'avoir rien eu sur le sujet pendant leur formation initiale, mais ont pu légèrement s'y former via leurs ressources personnelles notamment à travers la simulation pour l'IADE 3 et 4 et lors de formations complémentaires telles que l'AFGSU pour l'IADE 4. Ils considèrent que la simulation est un outil essentiel pour la prise en compte des facteurs humains, et l'IADE 3 estime que ça devrait « *être intégrée de manière automatique, ça devrait être obligatoire* » (L264) dans leur cursus « *et surtout la simulation en interdisciplinarité* » (L267) afin « *que chacun comprenne le métier de l'autre* » (L267). L'IADE 5 dit y avoir été sensibilisé par « *le compagnonnage [...] des gens qui m'ont appris le boulot* » (L265).

3 des 5 IADE non formés auraient souhaité recevoir une formation sur les facteurs humains soit dans leur formation initiale, soit dans une formation dédiée. Les 2 autres ont choisi ce métier pour son aspect technique et ne souhaitent pas suivre une telle formation, bien que l'un d'entre eux reconnaisse que la déclaration des erreurs devrait être encouragée.

Parmi les IADE intéressés, l'IADE 3 trouve que « *tout le monde devrait avoir cette formation* » (L2822), car elle pourrait rappeler à chacun que « *les facteurs humains existent* » (L291) et influencent nos pratiques. Selon les IADE qui

souhaitent suivre cette formation, elle serait d'autant plus bénéfique si elle était proposée à « *tous les personnels* » (IADE 3 L293), y compris les médecins, les chirurgiens, ainsi que les AS (IADE 3 L293). Ils considèrent que cette formation permettrait de rappeler à chacun que les erreurs peuvent survenir plus facilement « *certaines jours* » (IADE 2 L147) en raison de « *la fatigue* » (IADE 2 L147) et de « *la routine* » (IADE 2 L147), et elle aiderait « *les gens à mieux se sentir à leur place* » (IADE 3 L267) au sein de l'équipe. Enfin, l'importance de cette formation est illustrée par les propos de l'IADE 3, qui souligne que certains collègues peuvent fuir le bloc en raison des personnes avec lesquelles ils travaillent, plutôt que du travail lui-même.

J'ai voulu savoir ce que la formation avait apporté aux IADE formés et comment elle avait affecté leur pratique professionnelle.

- La formation a apporté à l'IADE 6 une amélioration dans sa communication en boucle, dans la verbalisation et la reformulation. Elle s'assure également que tout le monde va bien le matin dans sa salle et est plus vigilante dans la rupture de tâches pour éviter les interruptions. Aussi, elle indique que l'utilisation des fiches réflexes en équipe pourrait être améliorée.
- L'IADE 7 a constaté deux effets de la formation. D'une part, un effet négatif qui a créé de la frustration en raison de l'application insuffisante de l'outil formidable que représente le facteur humain. Il considère d'ailleurs que ce terme est limitant car la psychologie sociale englobe bien plus de concepts. En outre, il souligne que la comparaison entre l'anesthésie et l'aviation, notamment en termes de compétences techniques, est souvent faite, mais que cela ne tient pas compte des différences fondamentales entre les deux domaines. Les pilotes sont directement concernés par leur propre sécurité, ce qui n'est pas le cas des IADE. D'autre part, des aspects positifs : Tout d'abord, cela lui a permis de « *ramener moins de stress à la maison* » (L256) grâce à une communication assertive et en distinguant la fonction de la personne. De plus, il est désormais conscient des biais, même s'il ne peut pas forcément les contrôler, cela lui permet de prendre du recul et de calmer les choses. Il a également mesuré l'importance de valoriser tous les membres de l'équipe et non seulement l'équipe anesthésico-chirurgicale. Il a aussi réalisé que la

formation des IADE n'est pas suffisamment développée, ni encouragée si on ne s'y implique pas personnellement et que peu de ressources sont consacrées à la psychologie sociale. Aussi, la formation a permis à l'IADE 7 d'être plus à l'aise et plus sécurisé dans sa pratique. Il met en avant la sécurité des patients et n'hésite pas à imposer sa manière de communiquer pour améliorer celle-ci. Il a même eu des exemples concrets où des erreurs ont été évitées grâce à cela. En somme, la formation a apporté une valeur ajoutée essentielle à sa pratique professionnelle, notamment en termes de sensibilisation et de relation aux autres, des compétences qui ne peuvent être acquises sans formation préalable.

- L'IADE 8 possède une formation d'ergonome avant de devenir infirmière anesthésiste, ce qui lui a permis d'avoir une connaissance préalable des facteurs humains. Elle se considère toujours un peu comme une ergonome travaillant dans le domaine de l'anesthésie. Elle utilise beaucoup de phrases standardisées et de formules de communication qu'elle a apprises lorsqu'elle travaillait dans l'industrie aéronautique. Elle annonce toujours les temps et les médicaments de la même manière, en utilisant des boucles fermées pour s'assurer que tout le monde est au courant. En tant que formatrice en simulation, elle utilise également des outils de simulation pour améliorer la sécurité des patients et essaie d'implémenter des aides cognitives pour faciliter son travail et celui des autres membres de l'équipe.
- L'IADE 10 témoigne que la formation aux facteurs humains a tout changé pour elle. Elle a retrouvé le goût de son travail quotidien grâce à la sensibilisation aux facteurs humains, qui l'a amenée à remettre en question sa propre pratique et à réaliser que tous les membres de l'équipe travaillent ensemble pour le bien-être du patient. Cette sensibilisation a également contribué à améliorer la performance de l'équipe, en encourageant la collaboration, la solidarité et la tolérance envers l'erreur. Elle a aussi appris à gérer son stress grâce à des outils de simulation et de débriefing, ce qui a complètement changé sa perspective. En effet, l'IADE 10 explique que la simulation est un outil qu'elle utilise beaucoup depuis sa formation. La simulation interprofessionnelle a permis de mettre en lumière des problèmes organisationnels qui n'avaient pas

été pris en compte, et de comprendre les contraintes auxquelles sont confrontés les différents membres de l'équipe. C'est pour elle un outil exceptionnel car elle permet de s'entraîner, de mieux comprendre les biais cognitifs, de repérer ces derniers chez les autres et d'enrichir les débriefings. Elle est également convaincue que cette formation devrait être proposée à tous les professionnels de santé, quels que soient leur qualification et leur service. Pour étayer ses propos elle fournit un exemple concret : dans son service, ils ont été confrontés à un arrêt cardiaque et ont dès le lendemain réalisé une simulation pour travailler sur la gestion de ce type de situation. Le lendemain, ils ont de nouveau été confrontés à un arrêt cardiaque avec la même équipe et ont remarqué une amélioration significative dans leurs pratiques.

- L'IADE 9 explique avoir principalement changé deux choses dans sa façon de travailler : l'utilisation systématique de check-lists au bloc opératoire pour réduire les risques d'EIG et l'utilisation du « GO - NO GO » pour l'injection des médicaments, il a simplifié sa méthode de préparation et ne prépare plus de thérapeutique à l'avance pour éviter les erreurs.

FOCUS SUR LE « GO - NO GO »

À l'origine, l'expression « No Go » vient du domaine de l'aéronautique pour indiquer l'arrêt d'un décollage si tous les éléments clés de la procédure ne sont pas validés. Par analogie, le « No Go au bloc opératoire » est l'arrêt immédiat d'une intervention chirurgicale avant l'incision cutanée si tous les éléments nécessaires ne sont pas réunis, afin de ne pas mettre en danger la vie du patient.

Cette technique de « Go - No Go » peut être appliquée à d'autres événements, comme l'illustre l'exemple de l'IADE 9 qui l'utilise avant d'injecter un médicament.

(98)

C Discussion

A ce stade de la recherche, il est essentiel de procéder à l'interprétation des résultats obtenus afin de fournir des éléments de réponse aux hypothèses formulées à partir de la question de recherche. Pour rappel, ma question de recherche est :

Quel est l'impact de la connaissance des facteurs humains par l'IADE sur l'équipe et la culture de sécurité ?

1 Réponse à l'hypothèse 1

La connaissance des facteurs humains par les infirmiers anesthésistes diplômés d'État améliore la culture de sécurité ?

Pour discuter de cette hypothèse, il est essentiel de clarifier la notion d'erreur. Selon Isabelle Simonetto, docteur en neurosciences, une erreur se produit lorsqu'une action ne produit pas le résultat attendu ou est erronée, et est donc involontaire par définition, contrairement à une violation. Même dans des conditions idéales, nous faisons tous entre 2 et 5 erreurs par heure. Le concept d'erreur est souvent associé à celui de faute, mais il est crucial de les différencier pour établir une culture juste de sécurité, car la faute est un acte conscient. Dans les entretiens avec les IADE, nous pouvons constater que ceux qui n'ont pas été formés font parfois l'amalgame entre l'erreur et la notion de volonté, d'une action qu'on n'aurait pas dû faire, et une association principale avec l'erreur médicamenteuse. En revanche, chez les IADE formés, la notion d'involontaire est systématique et ils l'associent au fait que l'erreur est multifactorielle et résultats d'une succession d'erreurs, ce qui rappelle le modèle de James Reason, présenté dans le cadre conceptuel.

En partant du constat que nous allons tous commettre des erreurs, il est nécessaire de mettre en place des mesures de détection et de récupération, que ce soit par soi-même ou par l'entourage. Pour cela, est utilisée la « défense en

profondeur », qui repose sur la combinaison de trois barrières visant à atteindre un niveau de sécurité optimal.

Les barrières de prévention, dans le contexte de la culture de sécurité en anesthésie, elles jouent un rôle crucial pour minimiser les risques d'erreurs et améliorer la sécurité des patients. Au cours des entretiens menés, les IADE ont souligné le poids des procédures et des protocoles mis en place pour prévenir les erreurs. Ils ont notamment évoqué l'utilisation de check-lists, et de la règle des « 5 B », qui sont des règles fondamentales pour garantir que toutes les étapes du processus d'anesthésie soient suivies. Aussi, les IADE ont mis en avant l'importance de la communication entre les membres de l'équipe de soins pour prévenir les erreurs. Les barrières de prévention peuvent également inclure des mesures de sécurité technique, telles que du matériel et des locaux bien équipés.

Les barrières de récupération sont un élément essentiel de la culture de sécurité et de la gestion des risques, car elles permettent de corriger les erreurs avant qu'elles ne causent des dommages. Elles interviennent après que l'erreur ait été commise, mais avant qu'elle n'ait des conséquences, et permettent donc des actions correctives immédiates. Nous l'avons vu, la plupart des erreurs sont récupérées, soit par la personne elle-même, soit par quelqu'un d'autre. Cependant, pour pouvoir récupérer les erreurs, il est important de prendre conscience de leur occurrence. Les IADE interrogés ont souligné l'intérêt de la conscience de la situation, qui est une compétence non technique essentielle dans ce processus. Il est également crucial d'activer le système 2 pour être en alerte et pouvoir résoudre les problèmes et corriger les erreurs du système 1.

Les barrières d'atténuation des effets visent à limiter les conséquences d'un accident qui s'est déjà produit. Dans le domaine de la sécurité en anesthésie, cela implique une réponse rapide, précise et adaptée à la situation. Les IADE ont signalé l'importance des connaissances et de la formation continue pour rester à jour et être en mesure de répondre efficacement aux situations critiques. Ils ont également abordé l'utilisation des aides cognitives pour éviter les biais de tunnelisation et pour s'assurer que les gestes soient effectués conformément au protocole. L'utilisation de protocoles clairs pour la gestion des complications est

un autre moyen pour les IADE d'atténuer les effets négatifs d'un accident potentiel. En outre, travailler en étroite collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins est essentiel pour garantir une prise en charge efficace des patients.

Cependant, ces barrières ne sont pas infaillibles et il est toujours possible qu'une erreur survienne malgré leur mise en place. C'est pourquoi il est important d'avoir une culture de sécurité forte, où les professionnels de santé sont encouragés à signaler les erreurs et les incidents, et où l'on cherche à apprendre de ces événements pour améliorer la sécurité des patients.

Les IADE interrogés ont en effet appuyé l'intérêt de cette culture de sécurité, de la transparence et de la responsabilité dans la gestion des erreurs et des incidents. En favorisant la prise de parole et en écoutant chaque membre de l'équipe, indépendamment de son statut, les équipes peuvent travailler ensemble pour résoudre les problèmes et améliorer la qualité des soins. Les IADE ont aussi évoqué le caractère essentiel des retours d'expérience, des débriefings et des ateliers de simulation comme moyens importants pour améliorer la culture de sécurité. Aussi, chaque établissement doit trouver ses propres barrières en lien avec ses propres contraintes.

En somme, les entretiens menés avec les IADE ont mis en évidence plusieurs éléments clés qui contribuent à une culture de sécurité cohérente et efficace, notamment la communication, la formation, la normalisation des procédures et la transparence. En encourageant ces éléments, les équipes peuvent travailler ensemble de manière cohérente et efficace pour garantir des soins de qualité et sécurisés pour leurs patients.

Ainsi, l'hypothèse selon laquelle la connaissance des facteurs humains par les infirmiers anesthésistes diplômés d'État améliore la culture de sécurité est validée.

2 Réponse à l'hypothèse 2

La connaissance des facteurs humains par les infirmiers anesthésistes diplômés d'État améliore la performance de l'équipe.

Pour vérifier cette hypothèse, il est important de revenir à la notion de performance d'équipe telle que présentée dans le cadre conceptuel. Comme cela a été précisé dans la brochure Pacte, la simple réunion d'un groupe de professionnels ne suffit pas à rendre l'équipe efficace. Le défi consiste à passer d'une équipe composée d'experts à une équipe experte, et pour y parvenir, des critères d'évaluation de la performance ont été identifiés, à savoir : l'efficacité, l'efficience, la cohérence et la pertinence.

Pour confirmer ou infirmer l'hypothèse, il convient donc d'analyser ces quatre notions clés en les mettant en relation avec les réponses obtenues lors des entretiens, ainsi qu'aux facteurs de performance mentionnés dans le cadre conceptuel, soit : la communication, les points de situation, la prise de décision partagée, la connaissance des fonctions de chacun avec le calot nominatif, la culture positive de l'erreur, la cohésion d'équipe, le partage d'un objectif commun, le respect mutuel, l'intelligence collective, l'utilisation d'aides cognitives et de checklists, la conscience situationnelle, des outils tels que la simulation, des exercices de respiration, et la connaissance des dispositifs tels que les recommandations de pratiques professionnelles.

L'efficacité, définie comme la mesure de la capacité à atteindre les objectifs fixés en comparant les résultats obtenus avec les objectifs.

Pour l'IADE, l'objectif principal est d'assurer la sécurité des patients en péri-opératoire. Plusieurs éléments ont été relevés lors des entretiens qui peuvent être liés à l'efficacité de l'équipe. Les IADE ont tout d'abord, souligné le rôle crucial de l'équipe dans son intégralité comme facteur de performance, une équipe bien intégrée, compétente, avec de bonnes relations et une bonne ambiance, où chacun connaît les fonctions des autres et où des formations communes sont dispensées. Ils ont également cité parmi les facteurs influençant positivement leur journée et gage de performance, l'importance d'une bonne

communication, une compétence non technique capitale. Les facteurs environnementaux et organisationnels ont également été mentionnés. Les IADE ont également témoigné une conscience des facteurs nuisibles à leur travail, tels que les interruptions de tâches ou la fatigue, ce qui est en corrélation avec la conscience de la situation et contribue à améliorer la performance de l'équipe. Les facteurs cités améliorent la qualité des soins et réduisent les risques pour les patients, ce qui confirme que la connaissance des facteurs humains améliore l'efficacité d'une équipe.

L'efficience évalue la relation entre les résultats obtenus et les moyens utilisés pour les atteindre. Dans le cadre de la pratique des IADE, cela peut être mesuré par la quantité de ressources utilisées pour atteindre l'objectif.

Les IADE interrogés ont mentionné l'utilisation d'outils et de dispositifs pour améliorer leur performance, telles que des techniques de communication (communication assertive, en boucle fermée et le SAED), ainsi que des règles de pharmacovigilance comme la règle de 5 B et l'importance de préparer les traitements au plus proche de l'injection pour limiter les erreurs. Ils ont également pris en compte les facteurs personnels et environnementaux, tels que le « Hungry, angry, lonely, tired », le stress, la mise à jour de leurs connaissances personnelles, la mobilisation de leur système 2 pour être en alerte en cas de besoin, l'hypervigilance lors des changements de programme et l'utilisation d'outils tels que des aides cognitives, des fiches réflexes et des checklists, les RPP de la SFAR. L'utilisation de ces outils et techniques réduit les erreurs et garantit une pratique de haute qualité, confirmant que les IADE prennent en compte les facteurs humains pour assurer la sécurité des patients en péri-opératoire et sont donc efficaces.

La cohérence se définit comme l'harmonie entre les différentes composantes de l'organisation, évaluant ainsi la correspondance entre les objectifs et les moyens.

Dans ce contexte, la cohérence est liée à la notion de culture de sécurité, et nous avons vu en réponse à l'hypothèse 1 que cette dernière est renforcée lorsque les facteurs humains sont pris en compte, elle est donc également confirmée dans ce cadre.

Enfin, **La pertinence** qui permet d'apprécier la capacité de l'équipe à atteindre ses objectifs malgré les contraintes environnementales.

Les IADE ont exprimé leur capacité à s'adapter à leur environnement et également aux contraintes d'équipe et personnelles, ce qui témoigne de leur aptitude à atteindre leurs objectifs malgré les obstacles. La prise de conscience des facteurs humains et des contraintes environnementales qui peuvent avoir un impact négatif sur leur travail, leur performance et la sécurité des patients, permet de s'adapter en permanence et de trouver des moyens individuels et collectifs pour contourner ces contraintes et améliorer leur pratique. Bien que les équipes ne puissent pas modifier leur environnement, celles qui sont conscientes des facteurs humains cherchent à identifier les éléments néfastes dans leur service et leur bloc opératoire, travaillant ensemble pour les améliorer. La simulation est une méthode très utile pour travailler efficacement en équipe et renforcer leur capacité d'adaptation face aux situations quotidiennes, imprévues ou difficiles. Tout cela témoigne de la pertinence de l'équipe dans l'atteinte de ses objectifs malgré l'environnement.

Après avoir examiné les critères clés d'efficacité, d'efficience, de cohérence et de pertinence, il est clair que la connaissance des facteurs humains par l'IADE contribue grandement à améliorer la performance de l'équipe en péri-opératoire. En prenant en compte les facteurs humains tels que les compétences en communication, la vigilance, l'adaptabilité et la prise de conscience des contraintes environnementales, les IADE sont en mesure de minimiser les erreurs, d'optimiser leur pratique, de renforcer leur culture de sécurité et d'atteindre leurs objectifs malgré les obstacles, ce qui confirme l'hypothèse 2.

3 Réponse à l'hypothèse 3

La formation en facteurs humains par l'IADE est une plus-value

Au début de cette étude, j'avais la conviction profonde que la formation en facteurs humains était bénéfique, raison pour laquelle j'ai formulé cette hypothèse. Toutefois, je n'ai pas précisé en quoi consistait cette plus-value ni pour qui elle s'appliquait. Mon intention était d'explorer la question sans la limiter à une réponse particulière. Cependant, après avoir mené des entretiens et examiné mon cadre conceptuel, je suis désormais convaincue et peut répondre par la positive que la formation en facteurs humains est une valeur ajoutée, tant pour le patient, l'équipe de soins que pour l'IADE.

Plus-value pour le patient

La formation en facteurs humains apporte une plus-value pour le patient. En développant des compétences en communication interprofessionnelle et en comprenant mieux les facteurs humains qui peuvent influencer la sécurité et la qualité des soins, l'IADE peut offrir une prise en charge plus personnalisée et adaptée aux besoins du patient. De plus, en développant une culture de sécurité et de qualité des soins au sein de l'équipe, la formation en facteurs humains contribue à renforcer la confiance et la satisfaction du patient vis-à-vis de l'équipe de soins.

Plus-value pour l'équipe

La formation en facteurs humains représente également une plus-value pour l'équipe car elle permet de créer un environnement de travail plus sain et plus productif. En recentrant sur l'objectif commun et en favorisant la collaboration, elle encourage une prise en soins globale de qualité pour les patients. Elle favorise également l'inclusion de tous les membres de l'équipe en reconnaissant l'importance de chaque rôle. Elle encourage la prise en considération de ses collègues de manière plus profonde, afin de mieux comprendre leurs besoins et leur état d'esprit, même si on ne peut pas toujours s'entendre parfaitement. En favorisant un climat de confiance et de respect mutuel, chacun peut s'exprimer en toute bienveillance et ainsi trouver sa place dans l'équipe. Tout cela contribue

à créer un environnement de travail plus sain et plus productif, qui se traduit en fin de compte par une meilleure qualité de soins pour les patients.

Plus-value pour l'IADE

La formation en facteurs humains permet à l'IADE d'adopter un regard différent sur sa pratique en développant des compétences non techniques centrées sur le savoir-être. Cette formation offre également un confort de vie au travail en réveillant l'intérêt pour son travail quotidien. La sensibilisation aux facteurs humains permet à l'IADE de remettre en question sa propre pratique, de rester humble et de se rappeler que le but premier de son travail est le patient. Elle lui permet également d'éliminer les éléments négatifs pour maintenir un climat positif. Cette formation contribue à la qualité de vie au travail en aidant l'IADE à gérer les facteurs personnels tels que le stress, en l'aidant à accepter les erreurs comme faisant partie de son travail, en l'encourageant à s'interroger sur ses propres biais et en lui faisant comprendre qu'on s'adresse à sa fonction plutôt qu'à sa propre personne. Tout cela contribue à réduire la fatigue et à améliorer le bien-être de l'IADE en fin de journée.

4 Les biais et les limites

Dans cette étude, plusieurs limites et biais ont été identifiés, qui doivent être pris en compte pour une interprétation juste des résultats. L'une des principales limites est le choix d'un sujet trop large, qui a limité ma capacité à explorer chaque aspect en profondeur. Bien que le sujet dans son ensemble reflète la complexité du travail quotidien, ce pourquoi il m'intéresse, pour un travail de mémoire, il aurait été préférable de se concentrer sur un aspect plus restreint. Cette limitation a été source de frustration pour moi, et j'ai pris conscience qu'un sujet plus restreint aurait permis une analyse plus approfondie et plus précise.

Le choix de la population : je souhaitais initialement interroger une population diversifiée, composée de personnes de milieux, de zones géographiques, de sexes et d'expériences différentes afin de confronter les profils aux résultats. Cependant, j'ai rapidement réalisé que cette approche était très ambitieuse et qu'elle aurait nécessité un temps et un espace considérables dans mon mémoire, ainsi que la nécessité d'adapter les questionnaires à chaque profil d'IADE interrogé. J'ai donc choisi de me concentrer particulièrement sur la comparaison entre les IADE formés et non formés, car cela me semblait le plus pertinent pour cette étude.

De plus, la taille limitée de l'échantillon, composé de seulement 10 IADE, limite la capacité de généralisation des résultats de l'étude. Pour une analyse plus précise et fiable, il aurait été préférable d'augmenter la taille de l'échantillon.

Aussi, afin de répondre pleinement à ma question de recherche, il aurait été intéressant d'interroger des professionnels pluridisciplinaires pour évaluer l'impact des formations aux facteurs humains par les IADE sur leur collaboration avec d'autres professionnels de santé. Ceci aurait permis de comparer le travail avec un IADE formé et non formé sur les autres disciplines. Malheureusement, cette option n'a pas été réalisable en raison des contraintes citées précédemment.

Pour finir concernant la population étudiée, il est important de noter que les IADE formés que j'ai interrogés étaient basés en Île-de-France, tandis que les IADE non formés travaillaient dans des hôpitaux différents en Bretagne. Cette

différence géographique peut avoir un impact sur les résultats de l'étude et constitue un biais potentiel à prendre en compte.

Les biais me concernant : Je dois souligner que mon manque d'expérience en tant que chercheuse peut avoir constitué un biais méthodologique dans cette étude. Malgré mes efforts pour suivre des méthodes rigoureuses, il est possible que certaines erreurs aient été commises en raison de mon inexpérience. Cela pourrait avoir une incidence sur la validité et la fiabilité des résultats obtenus. Aussi, l'analyse qualitative étant subjective, il peut y avoir des variations dans la manière dont j'ai interprété et classé les réponses des participants, ce qui peut affecter la validité de mes résultats. Par exemple, j'ai pu être sous le biais de confirmation en voulant valider mes hypothèses, ce qui peut avoir orienté mes questions de relances lors des entretiens ou mes interprétations à posteriori.

Une limite importante de cette étude est le contexte dans lequel elle a été menée. Les IADE ont été interrogés, ce qui pourrait avoir influencé leurs réponses et ne refléterait pas nécessairement leur comportement habituel dans leur travail quotidien. Pour mieux comprendre leur manière de travailler, il aurait été préférable de mener une enquête sur le terrain pour observer leurs pratiques réelles.

Enfin, il convient de noter que les conditions dans lesquelles les entretiens ont été menés peuvent avoir influencé la qualité et la nature des réponses des participants. Les entretiens réalisés en visioconférence peuvent présenter des différences par rapport aux entretiens en face à face en affectant la compréhension des réponses et la qualité de l'interaction. Les participants peuvent être plus ouverts en personne et plus réticents à partager des informations personnelles en visioconférence, ou bien se sentir plus à l'aise dans un environnement qui leur est familier. Ces différences doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats.

Conclusion

Cette étude de recherche a débuté par une prise de conscience de l'importance des facteurs humains dans les soins et des événements indésirables associés aux soins évitables.

Le but de cette recherche était donc d'évaluer l'impact de la connaissance des facteurs humains par l'IADE sur la performance de l'équipe et la culture de sécurité.

Les résultats obtenus ont confirmé les hypothèses selon lesquelles la connaissance des facteurs humains par les IADE améliore la performance de l'équipe, la culture de sécurité, et que la formation en facteur humain est une plus-value pour l'IADE lui-même, pour l'équipe et pour le patient.

Cette recherche m'a passionnée et motivée à intégrer les facteurs humains dans ma future pratique professionnelle en tant qu'IADE. Je considère que l'intégration de ces facteurs n'est plus à prouver pour améliorer la qualité et sécurité des soins ainsi que le bien-être de l'équipe soignante. Je suis convaincue que cette approche doit être encouragée et intégrée dans la formation initiale et continue des IADE, mais aussi de toutes les professions exerçant dans le domaine de la santé afin d'améliorer les pratiques et la sécurité des patients.

Si je devais poursuivre cette étude, afin de renforcer mes arguments en faveur de la formation obligatoire en facteurs humains, j'aurais souhaité interroger un plus grand nombre d'IADE ainsi que des professionnels travaillant avec des IADE formés et non formés. Par ailleurs, la simulation étant un outil incontestable pour acquérir et développer des compétences non techniques, j'accorderais une attention particulière à son utilisation dans le cadre de mes recherches.

En résumé, cette recherche m'a permis d'approfondir mes connaissances sur les facteurs humains en santé et de me doter d'une base solide et de raisons convaincantes pour promouvoir leur diffusion sur le terrain.

Liste des acronymes

AFGSU	Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence
ANTS	Anaesthésiste Non Technical Skills
CFAR	Collège Français des Anesthésistes Réanimateur
CIM	Classification Statistique Internationale
CNT	Compétences Non Techniques
CPS	Compétence PSychosociale
CREX	Comité de Retour d'EXpérience
CRM	Crew ressource management
DE	Diplôme d'État
DESC	Décrire, Exprimer, Suggérer, Conséquences
DU	Diplôme Universitaire
EI	Événement Indésirable
EIAS	Événements Indésirables Associés aux Soins
EIGS	Évènement Indésirable Graves associés aux Soins
EPR	Événements Porteurs de Risque
FEI	Fiche d'Événements Indésirables
FH	Facteurs Humains
FHS	Facteurs Humains en Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
IADE	Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'État
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État
IDE	Infirmier(e) Diplômé(é) d'État
IDF	Île de France
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IT	Interruption de Tache
MAR	Médecin Anesthésiste Réanimateur
NASA	National Aeronautics and Space Administration
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACTE	Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe
RETEX	RETour d'EXpérience

RMM	Revue Morbidité Mortalité
RPP	Recommandations de Pratiques Professionnelles
SAED	Situation, Antécédents, Évaluation, Demande
SBAR	Situation, Background, Assessment, Recommendation
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SSPI	Salle de Surveillance Post Interventionnelle

Table des matières

REMERCIEMENT	4
SOMMAIRE	1
INTRODUCTION	2
CADRE CONTEXTUEL	3
A SITUATION DE DEPART	3
1 DESCRIPTION DES FAITS	3
2 ÉMERGENCE DU QUESTIONNEMENT, QUESTION DE DEPART	4
B CONSTAT	5
CADRE CONCEPTUEL	13
A L'EQUIPE	13
1 L'EQUIPE SOIGNANTE	13
2 L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE	14
3 LE TRAVAIL D'EQUIPE	15
4 LES DYNAMIQUES DE GROUPE	15
5 PERFORMANCES D'UNE EQUIPE	16
6 LES PILIERS D'UNE EQUIPE PERFORMANTE	16
6.1 La cohésion d'équipe	17
6.2 Le partage d'un objectif commun	17
6.3 Le respect mutuel	17
6.1 Le Leadership	17
6.2 L'intelligence collective	18
B FACTEURS HUMAINS EN SANTE	19
1 DEFINITIONS	19
1.1 Facteurs humains	19
1.2 Compétences non techniques	19
1.3 Importance de la prise en compte des facteurs humains en santé	20
2 ERREUR ET CULTURE DE SECURITE	21
2.1 L'erreur	21
a Le cerveau humain : Système 1 et 2	22
b Types d'erreurs	22
2.2 La culture de sécurité	23
a Gestion des risques	24
b Analyse des erreurs	25
3 FACTEURS HUMAINS DEFAVORISANTS	26
3.1 Biais	26
a Le biais de confirmation	27
b Biais du survivant	27
c Le piège de l'intuition	27

d	L'excès de confiance.....	27
e	Le biais d'autorité.....	28
f	Les biais implicites.....	28
g	L'effet tunnel.....	28
3.2	Environnement de travail, le bloc opératoire.....	29
a	Absence de lumière naturelle.....	29
b	Le bruit.....	29
c	Le froid.....	30
d	Confinement dans la salle d'intervention.....	30
e	L'exposition professionnelle aux gaz anesthésiques.....	30
f	Risque de toxicomanie.....	30
3.3	Fatigue et inertie du sommeil.....	31
a	La fatigue.....	31
b	L'inertie du sommeil.....	31
c	Stratégies de prévention et de gestion de la fatigue.....	32
3.4	Interruption de tâches.....	33
3.5	Risque d'oubli.....	34
3.6	Tâche routinière.....	35
3.7	Stress.....	35
4	FACTEURS ET OUTILS DE PERFORMANCES.....	37
4.1	La communication.....	37
a	La communication verbale.....	37
b	La communication non verbale.....	38
c	La communication paraverbale.....	38
4.2	Outils de communication sécurisée.....	39
a	SAED : Situation, Antécédents, Évaluation, Demande.....	39
b	Feedback : communication bouclée sécurisée.....	39
c	Speaking up.....	40
d	Phraséologie.....	40
4.3	Les points de situation.....	41
a	Briefing.....	41
b	Debriefing.....	41
4.4	Le calot nominatif.....	42
4.5	La culture positive de l'erreur.....	42
4.6	Les aides cognitives.....	42
4.7	Les checklists.....	43
4.8	Conscience situationnelle.....	43
4.9	La simulation.....	44
4.10	Les exercices de respiration.....	45
5	DISPOSITIFS.....	46
5.1	Recommandations de pratiques professionnelles.....	46
5.2	Guide national de l'OMS.....	46
5.3	Programme d'amélioration continue du travail en équipe.....	47
5.4	Crew Resource Management (CRM) en Santé.....	47
a	L'origine.....	47
b	CRM en santé.....	48
5.5	Groupe Facteurs Humains en Santé.....	48
QUESTION ET HYPOTHESES.....		49
A QUESTION DE RECHERCHE.....		49
B HYPOTHESES.....		49

RECHERCHE	50
A METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	50
1 CHOIX DE LA METHODE.....	50
2 CHOIX DE LA POPULATION ETUDIEE.....	50
3 CONDITION D'ENTRETIEN.....	52
4 MODE DE TRAITEMENT DES DONNEES	52
B ANALYSE DES DONNEES	53
1 LA CONNAISSANCE DES FACTEURS HUMAINS EN SANTE	53
2 FACTEURS BENEFIQUES	57
2.1 L'équipe	57
2.2 Communication	59
2.3 L'environnement.....	61
2.4 L'organisation	62
2.5 La conscience de la situation	62
2.6 Expérience	63
2.7 Notions supplémentaires abordées par les IADE non formés.....	63
a L'encadrement	63
b Les connaissances.....	63
c Le leader	64
d Le débriefing	64
e La formation	64
f La bonne pression.....	64
2.8 Notions supplémentaires abordées par les IADE formés.....	65
a Aides cognitives, fiches reflexes	65
b Energie.....	65
3 CONSEQUENCES DES FACTEURS BENEFIQUES	65
3.1 Sur la qualité de vie au travail	66
3.2 Pour le patient	67
4 FACTEURS NUISIBLES.....	68
4.1 L'équipe	68
4.1 Communication	69
4.1 Environnement et organisation.....	69
4.2 Besoins personnels.....	70
4.3 Gradient d'autorité.....	71
4.4 Interruption de taches.....	72
5 CONSEQUENCES DES FACTEURS NUISIBLES	72
5.1 Sur le bien-être individuel, confort de vie au travail.....	72
5.2 Pour l'équipe	73
5.3 Pour le patient	74
5.4 Conséquences juridiques	74
6 L'ERREUR	74
7 DISPOSITIFS	77
7.1 Communication	77
7.2 Pharmacovigilance	77
7.3 Prise en compte des facteurs personnels	78

7.4	L'environnement.....	79
7.5	Les outils	80
8	APRES L'ERREUR	81
8.1	Conduite à tenir	81
8.2	Objectifs de la déclaration	82
8.3	Réticence à la déclaration	83
a	Par facilité et simplicité.....	83
b	Par peur	83
c	Par manque de confiance dans le système	83
9	LA CULTURE DE SECURITE	84
10	FORMATION AUX FACTEURS HUMAINS	86
C	DISCUSSION	90
1	REPONSE A L'HYPOTHESE 1	90
2	REPONSE A L'HYPOTHESE 2	93
3	REPONSE A L'HYPOTHESE 3	96
4	LES BIAIS ET LES LIMITES.....	98
	<u>CONCLUSION.....</u>	<u>100</u>
	<u>LISTE DES ACRONYMES.....</u>	<u>101</u>
	<u>TABLE DES MATIERES</u>	<u>103</u>
	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>107</u>
	<u>ANNEXES.....</u>	<u>118</u>
	<u>RESUME.....</u>	<u>121</u>

Bibliographie

1. Stelfox HT. The « To Err is Human » report and the patient safety literature. Qual Saf Health Care. 1 juin 2006;15(3):174-8.
2. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. BMJ [Internet]. 2016;353. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139>
3. « L'erreur médicale est une maladie du système de soins ». Le Monde.fr [Internet]. 23 sept 2020 [cité 18 mai 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sciences/article/2020/09/23/l-erreur-medicale-est-une-maladie-du-systeme-de-soins_6053235_1650684.html
4. Déclarer les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 7 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/declarer-les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs
5. Évènements indésirables graves associés à des soins (EIGS) : bilan annuel 2021 [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 7 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3388885/fr/evenements-indesirables-graves-associes-a-des-soins-eigs-bilan-annuel-2021
6. L'affaire Farçat jugée au tribunal de Paris La mort par défaut de surveillance d'un opéré [Internet]. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/archives/article/1982/02/19/l-affaire-farcat-jugee-au-tribunal-de-paris-la-mort-par-defaut-de-surveillance-d-un-opere_3146935_1819218.html
7. Premiers résultats de l'enquête SFAR-INSERM sur la mortalité imputable à l'anesthésie en France : réduction par 10 du taux de ces décès en 20 ans | Lecteur amélioré Elsevier [Internet]. [cité 22 déc 2022]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0001407919336660?token=53EDB8B7B99D28A1BF2CDBCA1675BF4764D092519E36E7B255B298A7AADCF97600487FD09FE56A382A87DC75729705C1&originRegion=eu-west->

1&originCreation=20221222095026

8.Schneider A. Rapport du haut comité de la santé publique sur la sécurité anesthésique - La SFAR [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 1993 [cité 7 déc 2022]. Disponible sur: <https://sfar.org/rapport-du-haut-comite-de-la-sante-publique-sur-la-securite-anesthesique/>

9.Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets) - Légifrance [Internet]. [cité 22 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000549818/>

10.SPF. La mortalité anesthésique en France : résultats de l'enquête Sfar-CépiDc-Inserm [Internet]. [cité 22 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-mortalite-anesthesique-en-france-resultats-de-l-enquete-sfar-cepidc-inserm>

11.Favereau E. Dormez tranquilles, l'anesthésie est sûre [Internet]. Libération. [cité 22 déc 2022]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/societe/2003/09/19/dormez-tranquilles-l-anesthesie-est-sure_445386/

12.AnnedeContenson. Les facteurs humains contribueront-ils à l'aéronautique ? [Internet]. La Jaune et la Rouge. 2011 [cité 22 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.lajauneetlarouge.com/les-facteurs-humains-contribueront-ils-a-laeronautique/>

13.le cas Elaine Bromiley [Internet]. 2017 [cité 22 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=GhKYaGdzav8>

14.Mucchielli R. Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective. ESF science humaines (éditions) 2019. 2019. 208 p. (Collection formation permanente).

15.Couchaere MJ. Travailler en équipe. Ellipses. 2006. 143 p. (Optimum pratique).

- 16.resume_module_4.pdf [Internet]. [cité 28 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/resume_module_4.pdf
- 17.pluridisciplinaire - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 29 déc 2022]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/pluridisciplinaire>
- 18.Quilliou-Rioual M. Communication professionnelle et travail en équipe pluridisciplinaire en ESSMS. Dunod. Vol. 3^e édition. Paris; 2020. 447 p.
- 19.Citations Union fait la force [Internet]. Citation Célèbre. [cité 22 janv 2023]. Disponible sur: <https://citation-celebre.leparisien.fr/citation/union-fait-la-force>
- 20.GILLES DESSERPRIT, Directeur de l'IFCS de l'AP-HP. Le travail en équipe, La définition du travail en équipe et de sa dynamique. févr 2015;(no 93).
- 21.Bréard R, Pastor P. De l'individu à l'équipe. Rueil-Malmaison: Éd. Liaisons; 1999. (Entreprise & carrières).
- 22.Larousse É. Définitions : performance, performances - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/performance/59512>
- 23.05_2018_pacte_les_essentiels_vd.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/05_2018_pacte_les_essentiels_vd.pdf
- 24.Salgado M. La performance des entreprises et des établissements publics. Wwwem-Premiumcomdatarevues01832980v23i92S0183298014001763 [Internet]. 1 nov 2014 [cité 14 mars 2023]; Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/935396/resultatrecherche/5>
- 25.guide_pedagogique_pour_la_securite_des_patients_-_guide_complet.pdf [Internet]. [cité 21 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/guide_pedagogique_pour_la_securite_des_patients_-_guide_complet.pdf

- 26.MATA L. Développer l'intelligence collective dans le travail d'équipe. Métier Petite Enfance. juill 2016;(n°235).
- 27.cours_module_4.pdf [Internet]. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours_module_4.pdf
- 28.Bazin JÉ. Prise de décision et leadership en santé. Oxythag. août 2019;(n°167).
- 29.Read « Health Care Comes Home: The Human Factors » at NAP.edu [Internet]. [cité 23 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.nap.edu/read/13149/chapter/5>
- 30.how-to-guide-to-human-factors-volume-1.pdf [Internet]. Google Docs. [cité 23 févr 2023]. Disponible sur: https://drive.google.com/file/u/1/d/0B4dbLgB56hptZDFROU14dHdJRjg/view?usp=drive_open&usp=embed_facebook
- 31.Les compétences non techniques, par Véronique Normier [Internet]. 2019 [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=9nJnD62yTLA>
- 32.ActuSoins R. Le développement des « compétences non techniques » [Internet]. Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. 2021 [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.actusoins.com/356188/le-developpement-des-competences-non-techniques.html>
- 33.Flin R, Patey R, Glavin R, Maran N. Anaesthetists' non-technical skills. BJA Br J Anaesth. 1 juill 2010;105(1):38-44.
- 34.Simonetto I. Neurosciences et sécurité: Eviter les erreurs humaines au travail. Mardaga; Illustrated édition. 2020. 224 pages.
- 35.Erreur / Faute [Internet]. PARLER FRANÇAIS. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <http://parler-francais.eklablog.com/erreur-faute-a5553353>
- 36.Kahneman D, Clarinard R. Système 1, système 2: les deux vitesses de la

pensée. Nouvelle éd. révisée. Paris: Flammarion; 2016. (Clés des Champs).

37.fiche1.pdf [Internet]. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche1.pdf>

38.25_04_2018_fiche_gdr_6pages_vd.pdf [Internet]. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/25_04_2018_fiche_gdr_6pages_vd.pdf

39.Évènements indésirables graves associés aux soins: un bilan riche d'enseignements [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3388763/fr/evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-un-bilan-riche-d-enseignements

40.Flash Sécurité Patient [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3240311/fr/flash-securite-patient

41.L'analyse des évènements indésirables associés aux soins (EIAS). 2021;

42.Simulation en santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807140/fr/simulation-en-sante

43.Patient Safety Database [Internet]. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.anesthesiasafetynetwork.com/>

44.Sibony O. Vous allez commettre une terrible erreur! combattre les biais cognitifs pour prendre de meilleures décisions. Paris: Flammarion; 2019. (Clés des Champs).

45.Klein GA. The power of intuition: how to use your gut feelings to make better decisions at work. New York London Toronto [etc.]: Currency Doubleday; 2003.

46.Biais d'autorité [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: https://www.toupie.org/Biais/Biais_autorite.htm

47.Les biais implicites ou quand le genre, la religion, le poids, l'intelligence ou la couleur de la peau influencent la qualité de la prise en charge. [Internet]. [cité 8

mars 2023]. Disponible sur: <https://www.safeteam.academy/article/les-biais-implicites-ou-quand-le-genre-la-religion-le-poids-lintelligence-ou-la-couleur-de-la-peau-influencent-la-qualite-de-la-prise-en-charge>

48.Cahiers-du-facteur.-Effet-Tunnel.pdf [Internet]. [cité 12 mars 2023]. Disponible sur: <https://facteurshumainsensante.org/wp-content/uploads/2021/01/Cahiers-du-facteur.-Effet-Tunnel.pdf>

49.Roux S. Impact d'une vue donnant sur l'extérieur et de la lumière naturelle au bloc opératoire. Inter Bloc. oct 2021;40(4):183-7.

50.Peyrat P, Breyse JP, Chambard C. Fatigue visuelle et éclairage opératoire. Interbloc. janv 2021;40(1):35-8.

51.Falà N. Effets du bruit sur la sécurité des patients en salle d'opération.

52.Hydratation, humeur et fonctions cognitives [Internet]. [cité 9 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.hydratationforhealth.com/fr/sciences-de-lhydratation/laboratoire-dhydratation/hydratation-humeur-et-fonctions-cognitives/>

53.Lewis MS, Snyder PJ, Pietrzak RH, Darby D, Feldman RA, Maruff P. The effect of acute increase in urge to void on cognitive function in healthy adults. Neurourol Urodyn. janv 2011;30(1):183-7.

54.EnviePressante.pdf [Internet]. [cité 9 mars 2023]. Disponible sur: https://www.securitedesvols.aero/images/articles/2019/initiatives/FFVP/planeur_info/EnviePressante.pdf

55.Exposition professionnelle aux gaz anesthésiques pour inhalation - Partie 1 | Toxicologie clinique [Internet]. INSPQ. [cité 10 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/toxicologie-clinique/exposition-professionnelle-aux-gaz-anesthésiques-pour-inhalation-partie-1>

56.

Guide_pour_prevenir_les_expositions_professionnelles_aux_gaz_et_vapeurs_anesthésiques.pdf [Internet]. [cité 10 mars 2023]. Disponible sur:

https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Guide_pour_prevenir_les_expositions_professionnelles_aux_gaz_et_vapeurs_anesthésiques.pdf

57. Dupanloup-Meistelman D. Les risques professionnels liés à la pratique de l'anesthésie en 2018. Wwwem-Premiumcomdatarevues09901310v31i161S099013101830080X [Internet]. 9 août 2018 [cité 10 mars 2023]; Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/1237193>

58. Lopes - 2021 - FACTEURS HUMAINS EN SANTE.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: <https://facteurshumainsensante.org/wp-content/uploads/2021/11/Cahiers-du-Facteur.-Fatigue.pdf>

59. Lopes - 2021 - FACTEURS HUMAINS EN SANTE.pdf [Internet]. [cité 11 mars 2023]. Disponible sur: <https://facteurshumainsensante.org/wp-content/uploads/2021/11/Cahiers-du-Facteur.-Fatigue.pdf>

60. Normier-Calhoun V. Prenez-vous suffisamment en compte votre fatigue ? [Internet]. Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. 2022 [cité 11 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.actusoins.com/367517/prenez-vous-suffisamment-en-compte-votre-fatigue.html>

61. La caféine [Internet]. [cité 10 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/la-cafeine>

62. guide_it_anesthesie_vd.pdf [Internet]. [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/guide_it_anesthesie_vd.pdf

63. CogniFit [Internet]. Mémoire à court-terme (MCT) - Habileté Cognitive. [cité 16 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.cognifit.com/fr/science/capacites-cognitives/memoire-a-court-terme>

64. Fuzier R. RISQUE D'OUBLI D'UNE TACHE. 2020;

65. Fuzier R. LE RISQUE DES TACHES ROUTINIÈRES. 2020;

66. Mickael. Selon une étude de l'université de Cambridge... [Internet]. Enigme Facile. 2013 [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.enigme-facile.fr/selon-une-etude-de-luniversite-de-cambridge-6497>
67. Article 1er - Accord du 21 mai 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dont le stress au travail - Légifrance [Internet]. [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/article/KALIARTI000027931751
68. Duquesne A. Le stress au bloc opératoire. Wwwem-Premiumcomdatarevues0242396000280003204 [Internet]. 30 sept 2009 [cité 14 mars 2023]; Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/227094/resultatrecherche/6>
69. Boyer S. Gérer le stress au travail. Wwwem-Premiumcomdatarevues018329800018072S25 [Internet]. 21 déc 2009 [cité 14 mars 2023]; Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/237540/resultatrecherche/8>
70. Alison. Comment repérer les signaux d'alerte du stress? [Internet]. LOptimisme.pro. 2021 [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <https://loptimisme.pro/comment-reperer-les-signaux-dalerte-du-stress/>
71. Watterlot N. Enjeux de la communication interprofessionnelle dans l'équipe soignante. Aide Soignante. févr 2019;33(204):P. 28-30.
72. DEGASNE-LORCY C. UE 1.1 psychologie, anthropologie, sociologie - PROMO IADE 21-23 - Google Drive [Internet]. 2022 [cité 21 févr 2023]. Disponible sur: https://drive.google.com/drive/folders/1Llr8t7zhqRq6QcAwsFFJia46_n1Pvggq?hl=fr
73. Citation Bernard Werber Pensée Difficulté: Entre Ce que... [Internet]. citations.ouest-france.fr. [cité 20 févr 2023]. Disponible sur: <https://citations.ouest-france.fr/citation-bernard-werber/entre-pense-veux-dire-crois-45491.html>

74.saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf

75.pocketguide__outil_de_travail__fhv__2021.pdf [Internet]. [cité 21 févr 2023]. Disponible sur: https://www.curaviva.ch/files/KA7GQ28/pocketguide__outil_de_travail__fhv__2021.pdf

76.Alter C. Facteurs humains en situations critiques - La SFAR [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2022 [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <https://sfar.org/facteurs-humains-en-situations-critiques/>

77.Cros J. Facteurs humains et organisationnels en anesthésie-réanimation. Anesth Réanimation. 1 mai 2021;7(3):218-29.

78.4_pages_fiche_briefing_vd_2016-07-26_17-23-25_586.pdf [Internet]. [cité 21 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-07/4_pages_fiche_briefing_vd_2016-07-26_17-23-25_586.pdf

79.Covid 19 : le calot nominatif, par François Jaulin - #TonNomTaFonction [Internet]. 2020 [cité 21 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=UMR4FVBogOY>

80.Renouard F. Podcast #2 – Le partage des erreurs par Franck Renouard – Facteurs Humains en Santé [Internet]. 2023 [cité 21 févr 2023]. Disponible sur: <https://facteurshumainsensante.org/podcast-2-le-partage-des-erreurs-par-franck-renouard/>

81.Aides cognitives en anesthésie réanimation - La SFAR [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. [cité 15 mars 2023]. Disponible sur: <https://sfar.org/espace-professionnel-anesthesiste-reanimateur/outils-professionnels/boite-a-outils/aides-cognitives-en-anesthesie-reanimation/>

82.lzard P. POUR EVITER DE DEVOIR SE SOUVENIR DE TOUT : PENSEZ

AUX AIDES COGNITIVES !

83.Verdaasdonk EGG, Stassen LPS, Widhiasmara PP, Dankelman J. Requirements for the design and implementation of checklists for surgical processes. Surg Endosc. 1 avr 2009;23(4):715-26.

84.Lingard L, Regehr G, Orser B, Reznick R, Baker GR, Doran D, et al. Evaluation of a Preoperative Checklist and Team Briefing Among Surgeons, Nurses, and Anesthesiologists to Reduce Failures in Communication. Arch Surg. 1 janv 2008;143(1):12-7.

85.Les check-lists pour la sécurité du patient [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 mars 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1518984/fr/les-check-lists-pour-la-securite-du-patient

86.Médecin-équipe | Conscience situationnelle | Les bonnes pratiques de l'ACPM [Internet]. ACPM. [cité 15 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/education-events/good-practices/physician-team/situational-awareness?panel=accordion-header-4>

87.Hoang-Tho C, Hoang-Tho SE. pratique infirmière - La simulation dans l'apprentissage des soins infirmiers. Wwwem-Premiumcomdatarevues003808140056075224 [Internet]. 17 févr 2011 [cité 15 mars 2023]; Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/281407/resultatrecherche/5>

88.Brunel É, Desbordes N, Boone A. Apport de la respiration physiologique profonde dans la relation et la pratique de soins. Wwwem-Premiumcomdatarevues00079820v55i315S0007982018300034 [Internet]. 22 mars 2018 [cité 15 mars 2023]; Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/1204806/resultatrecherche/3>

89.guide_pedagogique_pour_la_securite_des_patients_-_synthese.pdf [Internet]. [cité 21 févr 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_pedagogique_pour_la_securite_des_patients_-_synthese.pdf

- 90.CRM – Mieux Réussir Ensemble [Internet]. 2021 [cité 22 févr 2023]. Disponible sur: <https://tirtiaux.com/tag/crm/>
- 91.crm_sante.pdf [Internet]. [cité 22 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/crm_sante.pdf
- 92.Podcast #6 – Crew Ressource Management (CRM) par Éric Monlouis – Facteurs Humains en Santé [Internet]. 2023 [cité 22 févr 2023]. Disponible sur: <https://facteurshumainsensante.org/podcast-6-crew-ressource-management-crm-eric-monlouis/>
- 93.Facteurs Humains en Santé [Internet]. 2023 [cité 9 mai 2023]. Disponible sur: <https://facteurshumainsensante.org/>
- 94.SPF. Les compétences psychosociales : définition et classification [Internet]. [cité 28 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/les-competences-psychosociales-definition-et-classification>
- 95.Loric G. Repérer les biais de communication - Première partie [Internet]. Changer Aujourd'hui. 2018 [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://changeraujourd'hui.com/les-biais-de-communication-les-generalisations/>
96.
guide_outils_securisation_autoevaluation_administration_medicaments_partie2_mettre_en_oeuvre.pdf [Internet]. [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/guide_outils_securisation_autoevaluation_administration_medicaments_partie2_mettre_en_oeuvre.pdf
- 97.HALT: Pay Attention to These Four Stressors [Internet]. Cleveland Clinic. 2022 [cité 29 avr 2023]. Disponible sur: <https://health.clevelandclinic.org/halt-hungry-angry-lonely-tired/>
- 98.1._ssp_no_go.pdf [Internet]. [cité 30 avr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/1._ssp_no_go.pdf

Annexes

- Annexe 1 : Compétences non techniques NOTECHS et ANTS
- Annexe 2 : Mesures préventives de gestion des interruptions de tâche
- Annexe 3 : Tableau d'indices aidant le décodage corporel
- Annexe 4 : Affiches « SAED »
- Annexe 5 : Phraséologie
- Annexe 6 : Memo briefing
- Annexe 7 : Memo debriefing
- Annexe 8 : Exemple d'une fiche d'aide cognitive de la SFAR
- Annexe 9 : Check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »
- Annexe 10 : RPP SFAR et FHS (1)
 - 1.Champ : Communication
 - 2.Champ : Organisation
 - 3.Champ : Environnement de travail
 - 4.Champ : Formation
- Annexe 11 : Tableau de la population enquêtée
- Annexe 12 : Grille d'entretien
- Annexe 13 : Entretien IADE 1
- Annexe 14 : Entretien IADE 2
- Annexe 15 : Entretien IADE 3
- Annexe 16 : Entretien IADE 4

- Annexe 17 : Entretien IADE 5
- Annexe 18 : Entretien IADE 6
- Annexe 19 : Entretien IADE 7
- Annexe 20 : Entretien IADE 8
- Annexe 21 : Entretien IADE 9
- Annexe 22 : Entretien IADE 10
- Annexe 23 : Grille d'analyse des entretiens

Résumé

Titre : Facteurs humains en santé : Le rôle de l'IADE dans leur prise en considération et la plus-value pour l'équipe soignante.

Les facteurs humains seraient responsables d'événements indésirables graves associés aux soins évitables. L'erreur humaine étant inévitable, la connaissance des compétences non techniques est un enjeu majeur pour l'OMS et la HAS.

L'objectif de cette recherche était d'évaluer l'impact de la connaissance des facteurs humains par l'IADE sur la performance d'équipe et la culture de sécurité.

Une étude qualitative hypothético-déductive a été menée en utilisant les concepts d'équipe et de facteurs humains entre le 22 mars et le 18 avril 2023. Pour vérifier les hypothèses, 10 entretiens ont été réalisés avec des IADE formés et non formés aux facteurs humains.

Les résultats de l'analyse ont confirmé que la connaissance des facteurs humains par l'IADE améliorerait la performance de l'équipe et la culture de sécurité, et que la formation en la matière apporterait une valeur ajoutée pour l'équipe, l'IADE et le patient.

Il est donc essentiel que les soignants intègrent ces facteurs dans leur pratique quotidienne pour améliorer la sécurité des patients et la qualité de vie des professionnels.

Mots clés : Facteur humain, équipe, sécurité, compétences non techniques, qualité des soins.