

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA COMMUNICATION

À TRAVERS LE PROCESSUS EN U

ACCOMPAGNEMENT DES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES

DU BLOC OPÉRATOIRE D'UN PETIT CENTRE HOSPITALIER

TOME I

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN COMMUNICATION

PAR

FRANCINE PICOTIN

JANVIER 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## AVANT-PROPOS

*Avis aux lecteurs. Ce mémoire est divisé en deux tomes soit : le mémoire et le journal de bord. Pour aider à la compréhension, nous vous suggérons de débiter la lecture par l'Annexe D, Tranches de vie.*

Qu'on le veuille ou non, toutes ces heures passées ensemble, tous ces stress vécus et surmontés ensemble, tissent des liens particuliers entre les membres des équipes de salles d'opération. De par ses fonctions et ses particularités, le bloc opératoire est un département unique dans un centre hospitalier. Nulle part ailleurs dans le centre hospitalier on ne retrouve les conditions de travail inhérentes au bloc opératoire. Cependant, d'un bloc opératoire à l'autre, on retrouve des contraintes semblables entre autres : obligation pour les différents professionnels de travailler en interdisciplinarité, périodes de stress intenses fréquentes, proximité interpersonnelle non souhaitée, c'est-à-dire que parfois les situations et les techniques utilisées font en sorte qu'on se retrouve collés l'un contre l'autre, corps à corps, ce qui est rarement désiré. Les conditions de travail y sont parfois très difficiles. Par exemple, l'équipe de garde peut travailler vingt heures de suite, mangeant rapidement entre les cas pour ne pas allonger encore plus la journée de travail. Les personnes qui habitent à plus de trente minutes de l'hôpital doivent coucher à l'hôpital lorsqu'elles sont de garde ce qui mine sérieusement la vie familiale.

J'ai travaillé au bloc opératoire pendant plusieurs années en tant qu'inhalothérapeute. Je possède donc une connaissance du milieu de première main. L'un de mes étonnements au bloc opératoire est : comment des gens de formations et de milieux différents arrivent-ils à travailler ensemble?

En effet, chaque discipline forme ses intervenants. Il n'y a pas de formation commune. Chacun n'a donc que le point de vue de sa discipline, sans connaître celui des autres disciplines avec lesquelles il travaille. Ce qui fait que lorsqu'arrive une situation, un retard dans les procédures par exemple, il devient facile de faire porter le blâme sur l'autre. Ce qui contribue à la détérioration de l'ambiance de travail. Pourtant, «ça roule» dans un bloc opératoire. Il est même parfois étonnant qu'il n'y ait pas plus d'erreurs.

J'ai pu y observer qu'interdisciplinarité ne rime pas nécessairement avec coopération. Ainsi, dans le projet d'orthopédie, on n'a pas tenu compte de l'avis d'un préposé. Ce qui a conduit à des retards et à beaucoup de temps perdu. Un acteur-clé n'a pas été consulté. Aussi, il existe comme une aura de divinité qui entoure les médecins. Cela porte certains d'entre eux à la condescendance et à l'abus verbal envers ceux qui les côtoient, ce qui rend le travail d'équipe très difficile et augmente les risques d'erreurs. J'ai déjà été témoin de violence faite au travail par l'équipe médicale sur le personnel de

soins ainsi que des répercussions négatives sur l'issue du passage du patient au bloc opératoire. Les communications s'y faisaient mal ou pas du tout.

De là vient mon intérêt pour la communication dans les équipes interdisciplinaires du bloc opératoire. Pourquoi ce clivage relationnel entre médecins et employés? Pourquoi les relations médecins-employés sont-elles difficiles au bloc opératoire? Et peut-on les améliorer? Je n'ai pas l'intention, ici, de tenter de trouver les causes de cette situation car ce serait m'aventurer sur des pistes multiples. On n'en finirait plus. Plutôt, mon intuition est qu'une meilleure connaissance de l'autre facilite les relations interpersonnelles. J'espère donc pouvoir amener tous les membres des équipes interdisciplinaires à s'asseoir ensemble, afin d'apprendre à mieux se connaître, à mieux connaître le rôle et les fonctions de l'autre, les préoccupations de l'autre et ainsi faciliter une plus grande cohésion dans les équipes interdisciplinaires du bloc opératoire.

J'aimerais remercier en tout premier lieu la coordonnatrice qui s'est intéressée à mon projet d'étude et m'a invitée à mener mon projet d'intervention dans son milieu. Elle m'a apporté un grand soutien, particulièrement pendant les rencontres où elle a participé au même titre que les employés. Son dynamisme et ses encouragements ont facilité la participation de son personnel. Comme quoi l'attitude du gestionnaire a une grande influence sur l'attitude des employés.

J'aimerais remercier aussi le centre hospitalier qui m'a reçue et permise de mener mon projet d'intervention dans son milieu. J'ai choisi de ne pas nommer le centre hospitalier et la coordonnatrice afin de préserver l'anonymat des participants.

J'aimerais remercier mon conjoint, Normand, qui m'a encouragée et supportée tout au long de ce processus. Il est le grand sacrifié de ce projet. Il a patiemment supporté mes longues absences.

J'aimerais remercier mes fils, Mathieu, Simon, Philippe et Sébastien, pour leurs encouragements, et plus particulièrement Philippe pour m'avoir aidé avec la partie graphique, et Sébastien pour la correction du texte.

J'aimerais remercier madame Nathalie Trudel pour m'avoir aidé dans la mise en page de ce mémoire.

J'aimerais remercier madame Michèle-Isis Brouillet, qui a été co-directrice en début de projet. Ses commentaires m'ont été très utiles. Enfin, j'aimerais remercier monsieur Paul Carle, mon directeur de maîtrise, qui m'a guidée tout au long de ce projet. Étant le pionnier de la théorie du processus en U au Québec, les commentaires de monsieur Carle ont été très constructifs.

TOME I

---

MÉMOIRE

## TABLES DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	xi
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE .....	5
La problématique .....	5
CHAPITRE I.....	6
LE BLOC OPÉRATOIRE .....	6
1.1 Un système complexe .....	6
1.2 La ritualisation et le symbolisme .....	9
1.3 Conditions de travail au bloc opératoire .....	10
1.4 Les particularités du travail de l'infirmière en salle d'opération.....	12
1.5 Une équipe pas comme les autres .....	15
CHAPITRE II .....	17
LA QUESTION DE RECHERCHE.....	17
2.1 La question de recherche.....	17
2.2 Pertinence de la recherche.....	19
2.3 La contribution des participants .....	20
CHAPITRE III .....	22
L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE.....	22
3.1 Définitions.....	22
3.1.1. Équipe de travail/travail d'équipe .....	22
3.1.2. Collaboration.....	23
3.1.3. Équipe multidisciplinaire .....	24
3.1.4. Profession .....	24
3.1.5. Interprofessionnel .....	24

3.1.6.	Caractéristiques de l'équipe interdisciplinaire en santé.....	25
3.2	Les enjeux de l'équipe interdisciplinaire.....	26
3.2.1	Le rapport de places .....	27
3.2.2	Les enjeux symboliques .....	28
3.2.3	L'efficacité de soins .....	29
3.2.4	Le sentiment d'appartenance.....	29
3.3	La communication dans l'équipe interdisciplinaire de la salle d'opération .....	30
3.3.1	Le non-verbal .....	30
3.3.2	Le cadre participatif.....	31
3.3.3	Le verbal.....	32
3.3.4	Les échecs communicationnels .....	35
	DEUXIÈME PARTIE.....	37
	Le cadre de référence .....	37
	CHAPITRE IV .....	38
	LE CHANGEMENT ET LE PROCESSUS EN U.....	38
4.1	De la linéarité à la non linéarité .....	38
4.2	La systémique .....	39
4.2.1.	La systémique et les interrelations .....	39
4.2.2	La pensée systémique comme modèle de pensée .....	40
4.3	Le changement.....	40
4.3.1	Les types de changement.....	40
4.3.2	Les niveaux d'apprentissage.....	41
4.4	Le processus en U comme processus de changement .....	42
4.5	Carle.....	45
4.6	Scharmer .....	47
	TROISIÈME PARTIE .....	52
	L'intervention.....	52

CHAPITRE V .....	53
MÉTHODOLOGIE.....	53
5.1 Étape préliminaire .....	53
5.2 Étape liminaire .....	54
5.2.1 Le World Café.....	55
5.3 Le post-liminaire .....	57
CHAPITRE VI.....	59
LE TERRAIN D'EXPÉRIMENTATION.....	59
6.1 Description du lieu d'intervention.....	59
6.2 État des lieux.....	60
6.3 Possibilités d'immersion .....	61
6.4 Constatations et commentaires.....	61
6.5 La coordonnatrice .....	62
6.6 Les ateliers .....	64
6.6.1 Les rencontres .....	64
6.6.2 L'espace .....	64
6.6.3 Le temps .....	65
6.6.4 Un auditoire captif.....	66
6.6.5 La question .....	67
6.7 Des biais.....	67
6.8 Intervenir malgré les contraintes .....	69
QUATRIÈME PARTIE .....	71
Les résultats.....	71
CHAPITRE VII.....	72
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS .....	72
7.1 Compte-rendu du 1er atelier- Imaginer ensemble .....	72
7.2 Compte-rendu du 2e atelier- S'écouter, se raconter .....	75

7.3	Compte-rendu du 3e atelier- Produire ensemble .....	81
7.4	Compte-rendu du 4e atelier- Décider ensemble .....	84
	CHAPITRE VIII .....	88
	ÉVOLUTION DU GROUPE À TRAVERS LA COURBE EN U.....	88
8.1	Observer les résultats .....	88
8.1.1	1er atelier– Imaginer ensemble .....	88
8.1.2	2e atelier – S’écouter, se raconter.....	89
8.1.3	3e atelier – Produire ensemble .....	91
8.1.4	4e atelier- Décider ensemble .....	92
8.1.5	L’évolution du groupe à travers les 4 ateliers,.....	93
8.2	Correspondance de l’évolution du groupe avec Carle et Scharmer.....	95
8.3	Autres constatations .....	97
8.3.1	Les écarts de perception .....	97
8.3.2	Convergences et divergences de perception.....	100
	CONCLUSION .....	101
	ANNEXE A - Formulaire de consentement.....	108
	ANNEXE B – Le U sur le mur .....	110
	ANNEXE C – Calendrier des rencontres .....	111
	ANNEXE D .....	112
	TRANCHES DE VIE.....	112
	BIBLIOGRAPHIE .....	119
	TOME II.....	125
	JOURNAL DE BORD .....	125

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1-1 Les éléments de la communication qui favorisent la collaboration médecin-infirmière (Richard et Lussier, 2005. p.565).....	16
Tableau 7-1 Contenus des post-it .....	76
Tableau 7-2 La relation patient-médecin.....	77

## LISTE DES FIGURES

Figure 4.1 Le processus de deuil selon Kübler-Ross.....	43
Figure 4.2 Schéma général des passages, des changements humains, seul ou en groupe, de la non-linéarité	44
Figure 4.3 The U process selon O. Scharmer.....	49
Figure 7.1 Disposition de la salle.....	84
Figure 8.1 Le U du 1er atelier.....	88
Figure 8.2 Le U du 2e atelier.....	89
Figure 8.3 Le U du 3e atelier.....	91
Figure 8.4 Les U du 4e atelier.....	92
Figure 8.5 L'évolution du groupe à travers le processus en U.....	94
Figure 8.6 Représentation de l'équipe de salle d'opération selon la perception des médecins.....	99
Figure 8.7 Représentation de l'équipe de salle d'opération selon la perception du personnel.....	99

## RÉSUMÉ

Le monde du travail change. De plus en plus, nous sommes appelés à travailler en interdisciplinarité. Depuis longtemps, au bloc opératoire, le travail interdisciplinaire est de mise. Chacun possède une expertise qui contribue au travail d'équipe. Cependant, chacun a reçu une formation différente, a une fonction, un rôle différent, des buts et des objectifs différents. Bref, chacun vit une réalité différente. Pourtant, tout le monde doit travailler ensemble dans l'harmonie et avec efficacité. Notre expérience de travail au bloc opératoire nous a permis de vivre l'expérience d'équipes harmonieuses mais aussi d'équipes conflictuelles. Nous avons constaté que le fait de ne pas connaître l'autre, celui avec qui on travaille, amène des différences de perceptions et devient source de confrontations, d'irritations. Au bloc opératoire, les gens sont toujours pressés. Ils n'ont pas de temps pour apprendre à se connaître. Nous croyons donc que si on donne l'opportunité aux gens d'apprendre à se connaître cela améliorera la communication et la coordination dans les équipes de salles d'opération.

Nous nous sommes appuyés plus particulièrement sur les écrits de Paul Carle et d'Otto Scharmer pour élaborer notre projet d'intervention. Carle s'est intéressé aux processus de changements non-linéaires. Il a constaté que la vie de l'être humain est une suite de processus de changements, l'amenant de l'enfance à l'adolescence, à l'adulte pour ne nommer que ceux-là. Chaque passage amène une transformation. En colligeant les différents processus, il a noté que tous semblent suivre la même courbe, une courbe en forme de U. Si Carle décrit les processus subis, amenés par la vie, Scharmer, quant à lui, cherche à provoquer ces passages en U pour trouver des solutions aux nouvelles conditions de vie en société. Pour lui, le changement passe par l'écoute, l'écoute de soi et l'écoute de l'autre. Ce n'est que dans l'ouverture à l'autre et à l'expérience que surgissent des idées nouvelles.

Nous avons donc voulu donner l'opportunité aux différents acteurs du bloc opératoire d'échanger sur ce qu'ils vivent dans leur travail. La méthode du World Café s'est révélée être une méthode toute désignée pour pratiquer le processus en U. Le World Café prend pour acquis que les gens possèdent en eux ce dont ils ont besoin pour relever les défis qu'ils rencontrent. Il invite les gens à travailler dans une ambiance détendue, de manière ludique. Il cherche à recréer l'ambiance d'un café afin de favoriser les échanges. Il a l'avantage de pouvoir se vivre en grands groupes.

Lors de notre projet d'étude, nous avons animé quatre ateliers d'une heure pour le personnel d'un petit bloc opératoire. Ces gens avaient l'habitude de travailler en silo. Tout au long des ateliers, nous les avons fait travailler en équipes interdisciplinaires, selon les consignes du World Café. Nous avons pu suivre l'évolution du groupe qui est passé de la passivité à l'ouverture à l'interdisciplinarité. En effet, nous avons été témoin, à deux reprises, de la transposition de cette ouverture à l'interdisciplinarité dans leur travail quotidien. Le World Café s'est donc révélé une méthode efficace, dans ce milieu, pour développer l'interdisciplinarité au travail.

Mots-clés : équipes interdisciplinaires, bloc opératoire, World Café, processus en U, communications interpersonnelles.

## INTRODUCTION

En raison de ses hautes exigences de stérilité, le bloc opératoire est un endroit mystérieux pour qui n'y a jamais eu accès. C'est en endroit fermé. Seuls ceux qui y travaillent, ceux qui ont besoin d'y être, peuvent entrer dans un bloc opératoire. Notre expérience de travail dans des blocs opératoires nous a permis de voir le développement des nouvelles technologies dans le bloc opératoire et tout le bienfait qui en ressort pour le patient. Cela nous a aussi permis d'observer le milieu. L'un de nos étonnements, c'est de voir ces personnes provenant de milieux différents, ayant des formations différentes, des objectifs différents, travailler ensemble en harmonie et avec efficacité. On dit alors que ça roule bien dans la salle. À la fin de la journée, les membres de l'équipe sont contents, fiers. Mais tout ne baigne pas toujours dans l'huile. Parfois, les différences se font plus marquées. Il y a confrontation de valeurs. Nous avons déjà été témoin de l'impact négatif qui peut se répercuter sur le patient. Nous croyons qu'une meilleure connaissance de l'autre amènerait les acteurs à développer une vision commune de leur travail en équipe ainsi qu'une meilleure cohésion en équipe.

Quelque soit leur niveau de formation, nous avons observé que les personnes qui travaillent au bloc opératoire ont, à la base, un même désir de sauver les gens. Nous avons aussi constaté une même peur de faire une erreur coûteuse pour le patient. Aussi, à cause de toutes les normes, les exigences, les technologies présentes au bloc opératoire, le travail au bloc opératoire exige des personnes compétentes. Tout ceci nous amène à croire que si les acteurs travaillent en synergie, les résultats seront efficaces et auront des retombées positives pour les patients. Cette réflexion nous a amené à nous intéresser à la communication dans les équipes de salles d'opération. Différents auteurs et chercheurs se sont aussi intéressés à la question (Cepisul (2008); Firth-Cozens (2004); Genest (1990); Grollau (2008); Le Verge (2008); Pouchelle (2008); Catchpole et al. (2008); Lingard et al. (2002-2004-2005-2006); Gillespie et al. (2009); Zwarenstein (2007)). Entre autres, Lingard (2005) recommande une meilleure connaissance de l'autre pour améliorer l'efficacité dans les équipes de salles d'opération.

Nous avons donc choisi, pour notre intervention, d'inviter les différents acteurs du bloc opératoire à s'asseoir ensemble. Nous avons voulu les amener à faire l'expérience de nouvelles façons d'être en relation, à travailler ensemble différemment. L'intervention invite les gens à partager leurs expériences interpersonnelles au bloc opératoire afin d'apprendre à s'écouter, à se connaître. Une

meilleure connaissance des besoins de l'autre, de ses fonctions et de son vécu au travail apportera une meilleure cohésion entre les membres de l'équipe interdisciplinaire de la salle d'opération.

Nous nous sommes appuyés sur la théorie du processus en U pour l'élaboration de notre intervention. Plus particulièrement, nous nous référons à Paul Carle et C. Otto Scharmer. Carle décrit différents processus de changement imposés par la vie. En les représentant sous forme de courbes, il note qu'elles ont toutes une forme en U. Toutes semblent traverser les mêmes étapes malgré les différentes applications. L'une des plus connues est sans doute celle liée aux étapes du deuil de Kübler-Ross. D'abord, il y a le choc qui déstabilise et la colère, la révolte, suivi du déni qui ne peut admettre l'évidence, puis le marchandage, la négociation avec la vie, et finalement, l'acceptation d'une nouvelle réalité. Scharmer, quant à lui, s'intéresse à l'application du processus en U dans la recherche de solutions. Il applique ce processus aux groupes de travail. Scharmer décrit les étapes du processus en U comme une démarche d'écoute et de présence, cherchant à s'approcher le plus possible de la Source qui nous anime. Cette démarche amène un déplacement de sens, un déplacement dans la façon de percevoir et d'interpréter les situations. Cette vision nouvelle porte en elle des solutions nouvelles. Notre intervention a été conçue de façon à amener les participants à traverser les différentes étapes du processus en U.

La méthode choisie pour notre intervention est le World Café. Le World Café est une méthode d'animation de groupe qui favorise le dialogue entre les différents acteurs impliqués dans un contexte donné. L'élément-clé de cette méthode est l'ambiance dans laquelle l'intervention se déroule. Elle privilégie une approche détendue et faisant appel à l'imaginaire.

«Le concept de Café part de l'idée que les personnes disposent déjà de la sagesse et de la créativité nécessaires pour relever les défis les plus durs.»  
([www.theworldcafe.com/translations/cafe\\_a\\_emporter.pdf](http://www.theworldcafe.com/translations/cafe_a_emporter.pdf))

Juanita Brown, l'une des fondatrices, définit le World Café comme étant

« an easy to use method for facilitating collaborative dialogue among large groups of people who want to explore questions relevant to real-life situations.»  
([www.theworldcafe.com/translations/cafe\\_a\\_emporter.pdf](http://www.theworldcafe.com/translations/cafe_a_emporter.pdf))

Pour nous, cette méthode possède au moins deux grands avantages. Tout d'abord, elle peut se vivre avec un grand groupe. Le grand groupe est ensuite divisé en équipes de cinq ou six personnes. Le deuxième grand avantage est le côté ludique. Les participants que nous sollicitons exercent un travail

très exigeant, tant physiquement qu'émotionnellement. Ils ont rarement le temps de s'amuser. Nous ne voulions donc pas leur donner l'impression d'alourdir encore leur tâche. Nous avons voulu leur donner du temps pour se parler et apprendre à se connaître autrement que dans le feu de l'action. Au World Café, on converse, on échange sur des thèmes sérieux mais pour y arriver, on fait appel à la créativité, à l'imaginaire présents en toute personne. Des crayons de couleur, des papiers, des grands cartons servent aux équipes à noter, à illustrer, à dessiner les idées qui émergent. Le café et les muffins tentent d'apporter l'ambiance détendue d'un café.

Nous avons été surpris par l'invitation d'une coordonnatrice de bloc opératoire à faire notre étude dans son milieu. Cette coordonnatrice, nouvellement nommée à ce poste, arrivait d'un milieu où le travail se fait en cogestion. Mais dans son nouveau milieu, les relations y sont encore très hiérarchiques. Les gens travaillent en silo. Elle espérait donc que notre projet aide les participants à développer de nouvelles relations sur la base de l'interdisciplinarité. Elle souhaitait développer la cogestion dans son nouveau milieu. Connaissant la situation dans les blocs opératoires, nous avons craint, au début de notre maîtrise, avoir de la difficulté à trouver un milieu qui accepte notre intervention. Nous avons donc été agréablement surpris par cette invitation que nous nous sommes empressés d'accepter.

Ce mémoire se divise en quatre parties : la problématique, le cadre de référence, l'intervention et les résultats, le tout suivi de la conclusion.

La problématique. Nous constaterons d'abord, dans le premier chapitre, que le bloc opératoire est un système complexe. En plus d'avoir des exigences de stérilité très hautes, les fonctions de ces professionnels sont pleines de symbolisme.

Le deuxième chapitre présente l'objectif de notre recherche : faire expérimenter aux membres des différentes disciplines de nouvelles façons d'être en relation et observer comment la méthode du World Café aide ces équipes de salle d'opération à améliorer leur travail de collaboration en leur faisant vivre une expérience de processus en U.

Dans le troisième chapitre, nous définirons d'abord ce qu'est une équipe interdisciplinaire, puis nous aborderons les enjeux de cette équipe interdisciplinaire, unique en son genre dans le réseau de la santé. Nous constaterons que les communications s'y déroulent dans un cadre participatif où le non-verbal tient une grande place.

Le cadre de référence. Dans le quatrième chapitre, nous décrivons les spécificités du changement dans le contexte d'un processus en U. Plus spécifiquement, nous décrivons les indicateurs que Carle et Scharmer nous ont donnés et dont nous nous sommes servis pour élaborer notre intervention.

L'intervention. Dans le cinquième chapitre, nous présenterons la méthodologie que nous avons adoptée pour notre intervention, soit le World Café. La méthode du World Café s'est imposée à nous comme le meilleur moyen d'intervention étant donné que cette méthode s'applique dans un grand groupe, mais surtout, c'est que le plaisir est un élément important de réussite et nous tenions absolument à ce que les participants ne perçoivent pas notre projet comme une tâche supplémentaire.

Le sixième chapitre suit avec une présentation de l'état des lieux du milieu, des contraintes, des biais.

Les résultats. Le septième chapitre présente les résultats de notre intervention. Nous présenterons d'abord un compte-rendu des animations. Puis, nous comparerons ces observations avec nos objectifs.

Finalement, au huitième chapitre, nous regarderons l'évolution du groupe à travers les rencontres.

En conclusion, nous retraçons les éléments importants de la problématique et de la démarche. Nous constatons que, bien que le projet ait eu une petite envergure, le groupe a évolué vers plus d'interdisciplinarité.

Pour aider le lecteur à se faire une image du travail du personnel de bloc opératoire, nous avons placé deux récits en annexe, *Le projet d'orthopédie* et *Un vendredi de garde au bloc opératoire*. Nous avons été personnellement témoin du récit du projet d'orthopédie, quant au récit du vendredi de garde, nous avons colligé différents souvenirs représentant le quotidien d'un inhalothérapeute. Ce récit de garde n'a rien d'exceptionnel, quiconque fait de la garde au bloc opératoire a vécu des situations semblables.

Après la lecture des récits, les lecteurs pourront mieux se représenter les conditions de travail décrites dans la première partie, la problématique.

## PREMIÈRE PARTIE

La problématique

## CHAPITRE I

### LE BLOC OPÉRATOIRE

Qu'est-ce qu'un bloc opératoire? Le bloc opératoire est un lieu mythique pour la plupart des gens. N'y entre pas qui veut. Il faut avoir été spécialement formé pour y travailler. «Le bloc opératoire constitue un monde à part et les personnes qui y travaillent se mêlent peu aux autres employés de l'hôpital.» (Genest, 1990, p.12) C'est un milieu à multiples variables. Le bloc opératoire est un système complexe. On ne peut prétendre l'appréhender en sa totalité. Nous tenterons ici de brosser un portrait du bloc opératoire qui permette de situer la problématique.

#### 1.1 Un système complexe

*Le bloc opératoire est un système.* Selon Grosjean et de la Broise, «un système est un ensemble d'éléments en interaction tels qu'une modification quelconque de l'un d'eux entraîne une modification de toutes les autres.» (2011, p.59) Pour nos besoins, nous prendrons comme point de départ, le centre hospitalier. (Grosjean et de la Broise, 2011, p.60) L'hôpital fait partie d'un ensemble, celui du réseau de la santé. Il est un des centres qui font partie du réseau. Étant inclus dans ce grand système, l'hôpital doit se soumettre aux demandes et aux normes émanant de ce grand système. Son budget en dépend, c'est ce grand système qui lui fournit ses ressources financières. Mais l'hôpital est aussi divisé en plusieurs sous-systèmes : les différentes catégories de personnes (les médecins, les gestionnaires, les infirmières, les techniciens et thérapeutes de toutes sortes, les préposés, les patients, ...), les différents secteurs d'activités (les départements de chirurgie, de médecine, l'urgence, les soins intensifs, le bloc opératoire, la comptabilité, les ressources humaines, ...). On pourrait aussi parler des sous-systèmes des quarts de travail, car chaque quart de travail vit des réalités différentes des autres quarts. Cette énumération n'est pas exhaustive. Elle veut simplement démontrer la grande diversité que l'on retrouve dans un hôpital.

Le bloc opératoire est un sous-système dans l'hôpital et est donc largement dépendant des systèmes qui l'englobent. Il opère en partenariat, en interrelations étroites avec les autres départements de l'hôpital, les fournisseurs médicaux, les médecins. Ces interrelations portent en elles l'interdépendance, l'interdépendance désignant «un état de dépendance réciproque entre des acteurs, des fonctions ou des entités». (Grosjean et de la Broise, 2011, p.77) C'est l'arrimage de tous ces sous-systèmes qui rend le travail fluide. Quand l'un fait défaut, le travail est arrêté. C'est la raison pourquoi nous choisissons l'approche systémique.

La systémique est née de la théorie des systèmes de Bertalanffy (Grosjean et de la Broise, 2011, p.58). «Pour appréhender la complexité du monde social et physique, il faut adopter un regard non parcellaire qui tient compte de l'ensemble, du tout, c'est-à-dire une vision systémique.» (Grosjean et de la Broise, 2011, p.58)

Cette approche nous offre donc une lunette pour regarder et constater les interrelations et les interdépendances vécues par les intervenants de la salle d'opération. Ainsi, elle nous permet de considérer comment le travail de l'équipe de salle d'opération est dépendant du département de pathologie, de la disponibilité des lits dans l'hôpital ou du département de stérilisation, entre autres. Par exemple, un patient peut ne pas être opéré si on ne lui trouve pas de lit disponible dans l'hôpital, ou encore, on l'opérera mais il retiendra le personnel du bloc opératoire en otage tant qu'on ne lui en aura pas trouvé un lit. Ce qui est plutôt désagréable pour le personnel parce que ça peut allonger indûment sa journée de travail et devient facilement source de conflits quand cela se produit à répétition.

*Le bloc opératoire est complexe.* La complexité se manifeste dans l'imprévisibilité potentielle des comportements d'un système suscitant des phénomènes d'émergence non toujours prévisibles. (In Notes de cours : Isabelle Mahy, Communication organisationnelle et santé, COM 7815, 2008)

La complexité existant au bloc opératoire sollicite le développement d'une approche capable de «penser» le milieu, c'est-à-dire capable d'aborder une situation en prenant en compte plusieurs variables à la fois. Mais plus encore,

la pensée complexe est, essentiellement, la pensée qui intègre l'incertitude et qui est capable de concevoir l'organisation. Qui est capable de relier, de mettre en contexte, de globaliser, mais en même temps de reconnaître le singulier et le concret. (Morin, 2009)

La gestion d'un bloc opératoire exige une pensée complexe car il faut être capable de gérer les imprévus qui se jouent quotidiennement des listes opératoires. Le quotidien au bloc opératoire est truffé d'imprévus. Il doit souvent faire face à des urgences médicales qui viennent interrompre le déroulement de la journée. Par exemple, dans les hôpitaux où il y a de l'obstétrique, il y a souvent des césariennes d'urgence. Les césariennes en urgence sont codées selon le degré d'urgence, par exemple : doit être faite immédiatement (grade 1), doit être faite dans les trente minutes qui suivent (grade 2). Cet exemple n'est donné qu'à titre indicatif, chaque centre ayant ses propres formulations. Donc, si une césarienne de grade 1 est annoncée, on doit immédiatement trouver une salle d'opération qui est libre et du personnel pour y travailler. Ainsi, on ira chercher du personnel en pause, ou on dégarnira une autre équipe, c'est-à-dire qu'on retire l'infirmière externe d'une équipe pour la mettre dans l'équipe d'urgence, et c'est l'infirmière externe d'une troisième équipe qui couvrira et sa salle et celle de l'équipe dégarnie. Cette dernière devra se partager entre les 2 salles, ce qui peut amener un ralentissement dans ces autres salles. Ce qui peut avoir aussi comme conséquence l'annulation de l'opération d'un patient électif en fin de journée par manque de temps opératoire, avec tout ce que cela peut comporter comme impact pour le patient. Rien n'est anodin au bloc opératoire.

Outre les cas d'urgence, les imprévus peuvent se manifester sous plusieurs autres formes, comme par exemple, des instruments manquants, une chirurgie qui dure beaucoup plus longtemps que prévu, un manque de personnel.

Andrée Mathieu, dans *Le réseau socio-sanitaire québécois* (1997), souligne que «les problèmes des organisations ne sont qu'exceptionnellement la conséquence d'une seule cause. Elles doivent faire face à un réseau d'innombrables interrelations et interactions, subir plusieurs influences différentes, des effets secondaires, [...]». Il devient essentiel de penser réseau, [...] c'est-à-dire de comprendre le pattern et la dynamique interne du système. [...]. La complexité d'un réseau implique non seulement le fait que nous ne pourrions jamais tout connaître et tout prédire, mais aussi le fait qu'il est impossible de maîtriser un réseau.»

Ayant défini le bloc opératoire comme un système complexe, nous regarderons maintenant comment il se présente au quotidien pour les acteurs de ce qu'on nomme en anglais «the operating room theater», ceci dans le but de mieux situer le cadre de travail des acteurs. Par exemple, une infirmière qui est «brossée», c'est-à-dire qui est en zone très stérile, ne peut aller chercher elle-même les outils dont elle a besoin. Elle doit attendre qu'on la serve. Tout comme elle ne peut aller à la salle de toilettes pendant qu'elle est brossée. Le respect de la stérilité amène des limitations de mouvements, des contraintes et des frustrations. Ces exigences participent à la construction de l'ambiance de travail au quotidien.

## 1.2 La ritualisation et le symbolisme

Dans la salle d'opération, il s'établit une zone très stérile autour de la table d'opération pendant la chirurgie, et que Genest (1990), anthropologue, nomme le cercle aseptique. Le patient est couvert d'un grand drap stérile qu'on appelle un champ opératoire. N'est découvert du corps du patient que ce qui est nécessaire pour effectuer la chirurgie. Ceci en vue de la stérilité mais aussi pour conserver le plus possible la chaleur corporelle du patient étant donné que celui-ci ne bougera pas pendant un certain temps. Toute personne qui approche de la table d'opération pendant la chirurgie doit se brosser, c'est-à-dire qu'elle doit se laver les mains et les avant-bras pendant un temps déterminé avec un savon aseptisant. Puis, elle doit revêtir une blouse chirurgicale qui sera attachée dans son dos par l'infirmière en externe. L'infirmière en interne présentera les gants et l'aidera à les enfiler de façon stérile. Tout ce qui entre dans cette zone doit être stérile. Aussi, tout ce qui a touché au patient, l'infirmière en interne le redéposera dans un coin dégarni de sa table d'instruments. Ça ne doit pas toucher autre chose pour ne pas contaminer. En cas de doute sur la stérilité d'un objet, on l'écarte et on en prend un autre. Genest déclare que «c'est donc dans une atmosphère du sacré et de la haute technologie que ces femmes et ces hommes vêtus de vert, portant couvre-chaussures, bonnets, masques et gants, se retrouvent à la salle d'opération. [...] Toute une série de gestes précis et exécutés dans un certain ordre permettront d'entrer petit à petit dans le "temps opératoire". (1990, p.15) Genest souligne la ritualisation des gestes, entremêlée de techniques et de symbolique. Il étudie les comportements des acteurs, les rapports sociaux. Il décrit précisément le déroulement du processus opératoire, l'ambiance de travail à chaque étape de la chirurgie. Il constate que le statut professionnel et le sexe sont liés à la hiérarchisation des rapports sociaux. À l'époque où Genest a publié ce texte, en 1990, les médecins, chirurgiens et anesthésistes, étaient des métiers presque exclusivement masculin, et le personnel infirmier, féminin. Aujourd'hui, au Québec, en 2011, la médecine s'est beaucoup féminisée, particulièrement en anesthésie. L'anesthésie offre des conditions de vie plus prévisibles pour celles qui songent à la maternité. Bien qu'ils soient encore minoritaires, on retrouve de plus en plus d'hommes infirmiers. Au centre où nous sommes intervenus, il y avait trois infirmiers au moment où nous y étions. Pouchelle, anthropologue française, fait aussi référence à la symbolique présente au bloc opératoire. Elle note qu'«il suffit de passer une heure dans un bloc pour mesurer la quantité d'affects et d'aspects symboliques de toutes sortes qui influent, peu ou prou, sur l'activité des équipes.» (2008, p.192) Entre autres, elle se questionne à savoir si la technique de badigeonnage en début de chirurgie relève de protocoles ou si elle relève plutôt d'un rituel. En effet, le badigeonnage pourrait être un rituel d'apprivoisement du corps que le chirurgien s'apprête à ouvrir. Ainsi, en tentant de changer la technique de badigeonnage, on s'attaque à bien plus qu'un protocole. Il est plus difficile

de modifier un rituel qu'un protocole, parce que le rituel est relié aux aspects identitaires profonds des acteurs.

Si les effets secondaires symboliques d'une procédure technique prennent le pas sur sa justification objective, il est alors fondé de parler de rituel plutôt que de protocole. Mais un rituel est plus difficile à modifier qu'un protocole, car ses fonctions existentielles sont complexes. Stéréotypé et répétitif, il est destiné à conjurer le malheur, à assurer le succès des procédures, à canaliser les affects, à cimenter la communauté des initiés. Toucher au rituel, c'est donc toucher à des aspects identitaires profonds qui peuvent suffire à créer une résistance durable à tout changement. (Pouchelle, 2008, p.192)

### 1.3 Conditions de travail au bloc opératoire

Les conditions de travail au bloc opératoire sont difficiles. Les déclencheurs de stress au bloc opératoire sont nombreux et sont reliés tant à l'organisation du travail qu'à la pénibilité du travail, par exemple : lumière artificielle; confusion de rôles; risques de contamination (sida, hépatite C...); situations d'urgence nombreuses.

Voici quelques conditions physiques régulières du travail au bloc opératoire que nous tirons de notre expérience personnelle de travail au bloc opératoire, conditions qui ont aussi été nommées par Grollau (2008); Pouchelle (2008); Newland (2007).

La station debout. Les personnes qui performant l'opération doivent parfois passées plusieurs heures debout, sur place, dans des positions inconfortables, la tête penchée au-dessus d'effluves nauséabondes.

Les écarts de température dans la salle. Les personnes brossées travaillent sous de grosses lampes puissantes qui dégagent de la chaleur. La température de la pièce est gardée plus froide pour une question d'asepsie (les bactéries prolifèrent à la chaleur) et pour ne pas trop augmenter la chaleur sous les lampes pour ceux qui s'y trouvent. Les personnes qui ne sont pas directement sous les lampes doivent travailler à la température de la pièce, ce que les personnes plus frileuses trouvent difficiles. On les reconnaît vite avec leurs couvertures de flanelle repliées sur les épaules.

Les gardes amènent souvent de longues heures de travail. Nous avons déjà travaillé 22 heures de suite à faire des urgences, nous arrétant de temps à autre pour prendre une pause, manger un peu, nous retrouvant tous ensemble au restaurant pour déjeuner à la fin de la nuit. Ces conditions de travail développent entre les acteurs une certaine familiarité. La semaine, le personnel doit quand même faire

sa journée de travail après sa garde. Évidemment, si le personnel a travaillé toute la nuit, il va quitter pour aller dormir. Souvent, quand il est encore sur place, le personnel aidera à démarrer les premiers cas de la journée et quittera par la suite.

Le temps supplémentaire obligatoire. Ne pas pouvoir quitter en fin de journée, être pris en otage pour finir le cas.

La proximité imposée. Nicolas Le Vergue (2008, p.196), un infirmier de bloc opératoire, reprend le concept de proxémie de l'anthropologue américain Edward Hall, celle-ci étant la distance physique qui s'établit entre des personnes en interactions, situant la distance intime à moins de 40 cm, et la distance personnelle entre 40 cm et 1,20 m. (Richard et Lussier, 2005. p.47) Au bloc opératoire, on travaille constamment à ces distances qui permettent de communiquer en chuchotant.

Les bruits. L'usage simultané de plusieurs instruments électriques ou fonctionnant à l'air comprimé soumet les acteurs de la salle d'opération à de hauts décibels.

Les odeurs. Certaines chirurgies, une occlusion intestinale par exemple, peuvent émettre des odeurs nauséabondes avec lesquelles les acteurs doivent composer sur une longue période. Dans un centre, le personnel portait deux masques superposés, entre lesquels il mettait un peu de crème à barbe. Celle-ci avait meilleure odeur.

Certaines chirurgies faites en scopie exigent que l'on ferme toutes les lumières dans la salle. Il ne reste que les lampes chirurgicales au-dessus des tables d'instruments et la lueur des écrans. L'anesthésiste, quant à lui, a une petite lampe accrochée à sa table d'anesthésie. Les gens travaillent dans la pénombre.

La technologie envahit l'espace dans la salle d'opération. Il ne reste que peu de place pour les déplacements personnels dans la salle. De plus, la technologie évolue rapidement. Les acteurs se retrouvent devant l'apprentissage constant de la manipulation de nouveaux équipements de plus en plus sophistiqués, et ce, pour chacune des spécialités médicales présentes dans le bloc opératoire.

Nous affirmons donc, comme Grollau (2008),

Au bloc opératoire, l'infirmier est constamment confronté physiquement et psychologiquement à des situations difficiles. ... Les relations au sein de l'équipe de soin représentent la base de l'ambiance générale et la structure fondamentale dans la gestion du stress. (Grollau, 2008, p.186)

Sainsaulieu a aussi relevé l'importance des relations interpersonnelles : «Le ciment qui nous a le plus surpris est l'importance des relations affectives dans cet univers de soins.» (2003, p.57) Il nomme le va-et-vient continu d'ententes et de mésententes «les intermittences du cœur». (2003, p.53)

#### 1.4 Les particularités du travail de l'infirmière en salle d'opération.

Grosjean et Lacoste (1999) ont noté que les infirmières hospitalières doivent cumuler plusieurs savoirs qu'elles ont regroupés ainsi :

- savoir-faire
  - techniques
  - organisationnels (propre aux fonctionnements du service)
  - communicationnels
  - situationnels (par exemple : trouver la personne ressource, le bon document, etc.)

Grosjean et Lacoste notent que ces deux derniers savoirs sont largement sous-estimés par le management. (p.188)

- savoir-comprendre
 

Il ne s'agit pas de seulement posséder des connaissances mais de comprendre la chirurgie, son déroulement. Ce qui signifie connaître les habitudes du chirurgien et saisir ses intentions. Bercot souligne que «Les infirmières entourent le chirurgien selon des modalités de soin qui s'apparentent au care.» (Bercot, 2009, p.59) Le savoir-comprendre «permet un fonctionnement à l'implicite qui économise le temps et l'énergie et fournit un cadre». (Grosjean et Lacoste, p.190)
- savoir-combiner
 

Le savoir-combiner suppose la maîtrise des savoirs. Grosjean et Lacoste en parle comme

compétences d'anticipation dans l'arrangement temporel des diverses actions. Ce savoir-combiner est une compétence organisationnelle très distribuée mais peu reconnue et sans laquelle l'articulation opérationnelle ne pourrait se faire. (p.190)

Le bloc opératoire est aussi exigeant au niveau des compétences personnelles des individus. Nous vous présentons ci-dessous une énumération des particularités du travail de l'infirmière de salle d'opération selon Pouchelle (2008. p.182) et Newland (2007).

- Un très fort sentiment de responsabilité, correspondant à des responsabilités effectives mais dans un contexte de dépendance forte à l'égard du pouvoir chirurgical, où collègues et/ou supérieurs sont, parfois, prompts à l'accusation;
- des compétences variées (techniques, psychologiques et relationnelles) et un haut niveau d'exigence professionnelle;
- un désir de «bien travailler», d'être dans la perfection, afin d'être capable non seulement de subvenir à la demande, mais également de l'anticiper;
- une volonté de garantir une sécurité maximum pour le patient;
- faire face à l'imprévu et relever des défis;
- une vigilance tous azimuts : mesurer, compter, contrôler, prévoir, faire face à la pénurie, emprunter et pister le matériel, se débrouiller et imaginer. Mais aussi rester attentif à l'humeur des chirurgiens;
- un certain sentiment esthétique et du plaisir au travail : une belle table, le beau geste, la belle opération. ... Plaisir, mais aussi stress d'instrumenter. Cela peut se traduire par l'attention portée aux différences entre chirurgiens, l'évaluation des gestes médicaux et compétences, avec un sentiment partagé entre admiration et lucidité inquiète;
- de très fortes solidarités qui impliquent de savoir sur qui on peut compter afin de créer une équipe qui «tourne» et qui «avance».

Cette description démontre bien ce à quoi s'engage la personne qui travaille au bloc opératoire. Il faut aimer être au cœur de l'action, être prêt à tout. Ce n'est pas tout le monde qui est attiré par ce type de travail. En effet, il y a beaucoup de gens qui viennent se faire former au bloc opératoire, mais un faible pourcentage termine la formation et reste au bloc.

Nous ajoutons à cette liste le rapport au temps. Pour le personnel, le respect du temps est devenu signe de reconnaissance. Pouchelle dira que «Cette question du temps est majeure. Comment véritablement faire travailler ensemble des professionnels qui n'ont pas le même rapport au temps et dont les heures ne sont pas rémunérées de la même façon?» (2008, p.183)

Tout d'abord, les membres du personnel sont salariés. Ils sont payés à l'heure. Ce sont des employés de l'État. Tandis que les médecins sont des travailleurs autonomes, aussi payés par l'État, mais ils sont payés à l'acte.

Aussi, le chirurgien compte le temps opératoire à partir de la première incision à la dernière suture. Tandis que le personnel compte dans le temps opératoire tout le temps passer à préparer le cas et tout le temps à terminer le cas. Ce qui est source de conflits en fin de journée quand le chirurgien considère qu'il a le temps d'opérer son patient avant la fin du quart de jour et que le personnel considère, lui, qu'il n'a pas le temps de tout faire avant la fin du quart de jour. Dépasser son temps de travail de quelques minutes, une fois à l'occasion, n'est pas terrible. Mais la réalité, c'est que le dépassement horaire est devenu quotidien en certains endroits.

Malgré tout, les gens restent au bloc opératoire parce qu'ils trouvent le milieu stimulant. Newland (2007), dans une étude sur ce qui retient les infirmières au bloc opératoire, a énuméré les aspects que les gens aimaient dans leur travail au bloc opératoire, soit :

- les défis quotidiens rencontrés, il n'y a pas de routine;
- participer aux soins directs;
- sauver des vies, c'est valorisant;
- travailler avec des gens hautement qualifiés;
- le travail d'équipe;
- le soutien social;
- la technique;
- la poussée d'adrénaline;
- la convivialité.

### 1.5 Une équipe pas comme les autres

La salle d'opération est aussi le théâtre de personnalités qui s'entrechoquent. Tout cela contribue à l'ambiance de travail dans la salle d'opération. Les éléments que nous avons souligné ici sont corroborés par d'autres auteurs, tel D'Adessi (2009, p.253) :

« The fact that people have to work in a team dealing with difficult cases, and that the team consists of people with a strong personality working in a limited space, creates a special atmosphere in the OR.»

Au bloc opératoire, l'inhalothérapeute et l'anesthésiste forment un couple. En effet, les inhalothérapeutes ne travaillent pas ensemble tout comme les anesthésistes ne travaillent pas ensemble. Les inhalothérapeutes et les anesthésistes travaillent en tandem inhalothérapeute-anesthésiste. Certains inhalothérapeutes qualifient cette relation de «fusionnelle» tellement l'inhalothérapeute et l'anesthésiste doivent collaborer de près. «C'est comme travailler avec ton boss dans ta poche.» (une inhalothérapeute)

Newland (2007) dit que les conditions de travail particulières du bloc opératoire font que s'établissent des relations interpersonnelles quasi familiales entre les individus du bloc opératoire, ce que nous avons aussi constaté. Des médecins nous disent de cette équipe : «C'est ma famille.» Bercot souligne aussi que les chirurgiens se sentent «chez eux» dans le bloc opératoire. (2009, p.60) Newland ajoute que les membres de l'équipe deviennent si à l'aise les uns avec les autres qu'ils peuvent aborder ensemble des sujets intimes, personnels. Des sujets qu'on n'aborde généralement pas avec des collègues de travail.

Ce type de côtoiement quotidien demande de posséder des compétences communicationnelles. Richard et Lussier ont représenté sous forme de tableau les habiletés communicationnelles à développer pour favoriser la collaboration médecin-infirmière.

Tableau 1-1 Les éléments de la communication qui favorisent la collaboration médecin-infirmière (Richard et Lussier, 2005. p.565)

Domaines	Habilités
- Savoir	- . la compréhension des rôles de chacun
- Savoir-être	- . l'écoute de l'autre - . la réceptivité - . le respect de l'expertise
- Savoir-faire	- . l'échange et le partage d'informations - . la rigueur du discours - . la gestion des conflits

## CHAPITRE II

### LA QUESTION DE RECHERCHE

#### 2.1 La question de recherche

Rien n'est simple au bloc opératoire. Comment donc, devant toute la complexité que l'on retrouve au bloc opératoire, peut-on aider des personnes, provenant d'horizons différents et poursuivant des objectifs différents, soit les médecins et les membres du personnel, à travailler ensemble dans l'harmonie? Nous croyons qu'une meilleure connaissance de l'autre aiderait à établir des communications plus claires et une coordination plus efficace dans l'équipe.

D'autres auteurs ont eu le même questionnement. À sa question: «Comment créer la complémentarité, et si possible l'harmonie, au milieu de telles tensions?» (Cepisul, 2008. p.201), Cepisul répond: «Chaque catégorie de personnel doit comprendre la logique professionnelle de l'autre pour engager une coopération fructueuse.» (Cepisul, 2008. p.202). Lingard et Gillespie parviennent à la même conclusion.

«Clearly, interprofessional educational efforts should be focused on addressing the disparity of perspectives and their implications for team function and patient safety.» (Lingard, 2005. p.S78)

«Consequently, it is essential to target teamwork vis-à-vis communication practice as means of improving patient safety.» (Gillespie et al, 2010. p.733)

Les habiletés communicationnelles présentées par Richard et Lussier (savoir, savoir-être, savoir-faire (2005. p.565)) et les habiletés requises dans le processus en U sont les mêmes. La réussite du processus en U réside dans l'ouverture: ouverture d'esprit, ouverture du cœur, ouverture de la volonté. Tous les discours invitent les acteurs à vivre ensemble ce que Scharmer appelle le sensing, c'est-à-dire se mettre à l'écoute de soi et de l'autre.

Pour répondre à la question : «Comment peut-on aider des personnes, provenant d'horizons différents et poursuivant des objectifs différents à travailler ensemble dans l'harmonie?», nous avons retenu le processus en U comme principe théorique de notre démarche de recherche. Le processus en U s'inscrit dans les courants scientifiques actuels. Il propose une orientation, des pistes, pour les interventions visant à faciliter la communication interdisciplinaire. Notre recherche vise donc une mise en pratique de la théorie du processus en U. Elle veut démontrer comment, dans une société en changement, qui se développe en réseaux, on peut trouver les réponses aux questions qui surgissent. Notre question de recherche devient donc : Observer comment la méthode du World Café aide des équipes de salle d'opération à améliorer leur travail de collaboration en leur faisant vivre une expérience de processus en U.

## 2.2 Objectifs de la recherche-intervention

La visée d'une recherche-intervention en communication combine celle de l'étude d'une situation donnée (...), et d'une recherche-action tournée vers le changement et sa vérification. (...) il s'agit bien davantage de contribuer à la progression d'une dynamique de sensibilisation, de connaissance, d'évolution créative d'une situation, entre divers acteurs, dans un temps et un espace donnés. Adossé à la connaissance documentée de la ou des problématiques en présence, le but d'une recherche-intervention en communication est de baliser avec les acteurs concernés une innovation appropriée au milieu et de la co-construire. (Comité de la maîtrise en communication, 2008, p.5)

L'objectif de cette recherche est de faire expérimenter aux membres des différentes disciplines de nouvelles façons d'être en relation. Notre leur avons proposé de vivre un processus en U, en utilisant la méthode du World Café, afin d'améliorer la collaboration interdisciplinaire. Les membres de l'équipe interdisciplinaire ne sont ensemble bien souvent que pour le temps que dure le travail d'équipe. Ils n'ont pas le temps d'échanger sur leurs perceptions, leurs objectifs. Ils n'ont pas le temps d'établir, de bâtir une vision commune, des valeurs communes, pour le travail qu'ils ont à accomplir ensemble. Des médecins, mais aussi des inhalothérapeutes, nous ont dit ne pas avoir l'impression de travailler en équipe quand ils travaillent au bloc opératoire. En effet, chaque personne a une tâche qui diffère de celles des autres personnes de l'équipe. Les tâches sont complémentaires, se coordonnent entre elles en vue d'un objectif final, le bien-être du patient. Les échanges entre les membres de l'équipe sont, le plus souvent, de niveau informationnel.

Pour atteindre notre objectif, nous avons divisé notre intervention en quatre étapes, chaque étape correspondant à une rencontre de groupe. Ces quatre étapes correspondent à quatre façons, pour les acteurs, d'être en relation et que nous associons aux étapes du processus en U.

Les quatre étapes sont:

- 1- Imaginer ensemble
- 2- S'écouter, se raconter
- 3- Produire ensemble
- 4- Décider ensemble.

## 2.2 Pertinence de la recherche

Nos recherches personnelles, avec le moteur de recherche PubMed, nous ont permis de constater que plusieurs études sur la communication en salle d'opération ont été publiées après le début de notre projet, soit après 2007 (Parush et al., 2010; Smith, 2010; Nurok et al., 2010; Moore et al., 2010; D'Adessi et al., 2009; Wauben et al., 2011; Papaspyros et al., 2010). Cela nous confirme que l'objet de notre étude, la communication en salle d'opération, est pertinent puisqu'il s'inscrit dans la tendance actuelle des recherches en sciences médicales. Les sciences de la gestion, les sciences infirmières, l'anthropologie et la rhétorique se sont aussi penchées sur la dynamique du travail en équipe interdisciplinaire au bloc opératoire. Il a été démontré que l'ambiance de travail dans une équipe de bloc opératoire a un impact sur la sécurité des patients qui sont sous ses soins. (Lingard et al., 2006. p.422; D'Adessi et al., 2009. p.254).

En France, une approche relationnelle des soins se veut une rencontre de deux humanités, celle du patient et celle du soignant. (Poulin, 2004, p.36) L'humanité, c'est «l'ensemble des particularités qui permettent à un homme de se reconnaître dans son espèce». (Humanitude, essai, 1980. Genève, Ed. Labor et Fides, <http://cec-formation.net.pagesperso-orange.fr/philohumanitude.html>) Le bloc opératoire est un lieu hautement technologique, symbolique, qui touche à l'humanité de l'homme puisque, malgré les cultures différentes des acteurs, on retrouve les mêmes problématiques communicationnelles au bloc opératoire, qu'on se trouve en Australie, en Chine, en France ou aux États-Unis.

Genest, anthropologue québécois, est d'avis qu'

une lecture fine des comportements manifestés dans ce milieu spécifique d'enquête offre peut-être un angle inusité mais tout à fait pertinent à la compréhension de phénomènes plus généraux, tels le rapport à la technologie ou encore les relations hommes-femmes dans la société québécoise. (1990. p.22)

Les études actuelles s'intéressent principalement au côté pragmatique de la communication dans l'équipe du bloc opératoire : comment communiquer les informations afin d'augmenter la performance de l'équipe? Notre recherche s'intéresse plutôt à l'expérience des personnes impliquées. Comment vivent-elles, perçoivent-elles leur travail en équipe?

Notre démarche s'inscrit dans la trajectoire des découvertes scientifiques actuelles en considérant ce travail d'équipe sous l'aspect des relations interpersonnelles et en invitant les acteurs à participer ensemble à une expérience nouvelle, à une nouvelle façon de travailler ensemble : le processus en U.

Mentionnons aussi que, par la promotion de la méthode Lean dans les hôpitaux du Québec (Lean signifiant maigre, mince), le ministre de la santé souhaite développer la cogestion dans le réseau de la santé. La méthode Lean repose, entre autres, sur l'amélioration continue en faisant participer les employés impliqués. (Granger, 2011) Nous croyons que le processus en U permet d'aller plus en profondeur dans la recherche de solutions, d'initiatives, en invitant les participants à suspendre leurs jugements et à garder un esprit ouvert. Aussi, la méthode du World Café, que nous avons utilisée pour notre projet d'intervention, peut se vivre en très grands groupes, ce qui permet la participation du plus grand nombre de personnes. L'approche que nous avons adoptée ne se limite pas aux employés directement impliqués mais invite aussi toute personne liée, de près ou de loin, au thème discuté.

### 2.3 La contribution des participants

Les auteurs qui se sont intéressés aux démarches de processus en U avec les groupes ont affirmé que les participants retirent du processus une meilleure cohésion entre leur réflexion et leur pratique. Ce qui, habituellement, leur apporte une plus grande satisfaction au travail. Tout dépend du niveau de réflexion à laquelle le groupe parvient. Plus les participants approchent leurs réflexions de leur Source intérieure, plus les interventions sont pertinentes et efficaces. Il ne s'agit pas ici d'exercices spirituels, mais plutôt de s'approcher de son intuition, sa créativité. Étant plus connectés à leur Source intérieure, les participants sont plus conscients de ce qui est essentiel ou accessoire. Qu'est-ce qui se passe à ce niveau? Qu'est-ce qui change? Personne ne le sait mais «on ne peut pas ne pas agir». C'est une

intuition qui pousse de plus en plus à agir. Les personnes ayant déjà vécue cette expérience affirment en retirer de la satisfaction.

Pour ce mémoire, nous nous sommes appuyés sur le postulat suivant : l'être humain est un être de relations. En effet, lorsque les êtres humains sont en relation entre eux et qu'ils décident de mettre en commun leurs richesses d'esprit, de cœur et de volonté, les résultats sont pertinents et efficaces. Nous avons vu, précédemment, que plusieurs auteurs ont conclu que l'écoute se devait d'être développée dans les équipes interdisciplinaires du bloc opératoire. Nous avons souvent pu constater que les gens n'ont pas le temps de s'écouter au bloc opératoire. Par nos interventions, nous avons voulu amener les participants à s'exprimer sur leur travail, à découvrir leurs partenaires de travail afin de développer une meilleure cohésion dans les équipes de salles d'opération. Étant donné que les participants travaillent souvent à un niveau rationnel et sous pression, nous avons choisi la méthode du World Café pour les amener à travailler aussi au niveau de leur imaginaire. Nous avons voulu les faire travailler dans une ambiance détendue, ludique pour ne pas que les participants aient l'impression qu'on leur demande de nouvelles tâches, et aussi parce que l'ambiance détendue et ludique est un pré-requis pour travailler avec l'imaginaire.

Le travail d'intervention dans les processus en U en est un d'aide, d'accompagnement, de facilitation [...] En cela, il doit se fonder sur le principe éthique du mieux-être; en ce sens on s'attend, dans la mesure du prévisible, à ce que toute les propositions, individuelles ou en groupe, de dialogue, de travail commun, d'échanges, de témoignages, de relation, visant le mieux-être de chacune des personnes présentes et ne risquant de nuire à aucune. (Carle, 2009)

## CHAPITRE III

### L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

Mais qui sont donc ces gens qui forment ces équipes toujours prêtes à se mobiliser pour opérer à toute heure du jour ou de la nuit? Dans ce chapitre, nous définirons d'abord ce qu'est l'interdisciplinarité afin d'en connaître les critères permettant de faire partie d'une équipe interdisciplinaire. Puis, nous ferons un survol des enjeux de l'équipe interdisciplinaire pour nous attarder enfin sur la communication dans l'équipe interdisciplinaire.

#### 3.1 Définitions

La plupart des auteurs consultés (Lingard et al., 2006, p.422; Firth-Cozens, 2004, p.327; Gillespie et al., p.732) définissent l'interdisciplinarité comme le fait de médecins et d'infirmières qui travaillent ensemble. Nous nous sommes posés la question : devons-nous dire équipe interdisciplinaire ou équipe interprofessionnelle? Est-ce qu'on peut considérer le préposé comme exerçant une discipline ou une profession? Nous avons constaté que les médecins définissent l'équipe interdisciplinaire comme étant le fait pour deux médecins de travailler ensemble. Tandis que, pour le personnel, l'équipe interdisciplinaire, c'est tout le monde, tous les acteurs impliqués autour d'un même patient : les médecins, les infirmières, l'inhalothérapeute et le préposé. Voyons d'abord quelques définitions afin de mieux définir ce qu'est une équipe interdisciplinaire au bloc opératoire.

##### 3.1.1. Équipe de travail/travail d'équipe

Nous reprenons d'abord les distinctions relevées par Coyle et al. entre «team» et «teamwork» et que nous traduisons par «équipe de travail » et «travail d'équipe».

Équipe de travail/team : «a specific structural unit in the organization» » (2011, p.40)  
 Travail d'équipe/teamwork: «the way people work together cooperatively and effectively» (2011, p.40)

Donc, une «équipe de travail» est une structure de l'organisation tandis que le «travail d'équipe» réfère à la manière coopérative de travailler ensemble des membres de l'équipe. Le travail au bloc opératoire demande aux équipes de travailler en collaboration.

### 3.1.2. Collaboration

Richard et Lussier définissent la collaboration

«comme un processus relationnel, basé sur deux aspects : une importance égale doit être accordée à la participation de chacun des partenaires concernés; il faut une structure qui facilite les échanges verbaux destinés au partage de l'information et à la prise de décision conjointe.» (2005, p.564)

Les caractéristiques de la collaboration interprofessionnelle sont :

- la concertation
- la participation volontaire
- la planification et les prises de décisions partagées
- le travail d'équipe
- le partage de l'expertise
- la responsabilité et le pouvoir partagés
- les relations non-hiérarchiques (2005, p.561)

Tandis que Sharpe et Curran citent «Liedtka et Whitten (1998) define collaboration as a joint decision making among interdependent parties involving joint ownership of decisions and collective responsibility for outcome.» (2011, p.70)

### 3.1.3. Équipe multidisciplinaire

Coyle et al. font aussi la distinction avec les équipes multidisciplinaires. Dans les équipes multidisciplinaires, les professionnels travaillent en parallèle et partagent les informations: «involve the inclusion in the team of different professionals who work separately and who either report information or share information». (Coyle et al., 2010, p.45)

### 3.1.4. Profession

Pour Dubar, le mot «profession» peut avoir deux sens :

- 1) l'ensemble des emplois (en anglais : occupations)
- 2) les professions libérales (en anglais : professions) (2010, p.123)

Pour Coyle, plus spécifiquement :

«High levels of expertise and autonomy are integral to professional identity (Raelin, 1986)» »They alone can perform specific tasks. (Freidson, 1993) The degree of uncertainty and complexity that is associated with such tasks perpetuates the need for the professional. (Southon et Braithwaith, 1998) High levels of uncertainty and complexity require individual assessment by the professional in order to achieve the outcome desired. As a task become less uncertain, it may be handled by standardized procedures even though it may still be complex, and it could therefore be handled by a technician rather than a professional. (Southon et Braithwaith, 1998) (2011, p.45)

### 3.1.5. Interprofessionnel

Radomski et Beckett déclarent que

«what distinguishes «interprofessionality» from a team of solo practionners is their *relationality* and a commitment to re-considering and possibly reshaping initial understandings through encounters with different perspectives and ways of knowing.» (2011, p.100)

### 3.1.6. Caractéristiques de l'équipe interdisciplinaire en santé

Giroux, lors d'un colloque (2011, [www.rqam.ca/pros/colloque-pro.php](http://www.rqam.ca/pros/colloque-pro.php) ), nous donne les caractéristiques de l'équipe interdisciplinaire en santé :

- Intervenants de différentes professions qui travaillent ensemble à titre de groupe identifié;
- Collaboration afin d'aider le patient dont les problèmes sont trop complexes pour les interventions d'une seule discipline;
- Définition d'une mission et d'objectifs partagés;
- Interdépendance des professionnels.

Enfin, nous retenons que l'équipe interdisciplinaire est formée de différents professionnels qui collaborent, c'est-à-dire que les prises de décisions et les responsabilités sont prises de façon collective, ceci dans le but d'aider les patients dont les problèmes sont trop complexes pour une seule discipline. De ce point de vue, nous ne pouvons considérer le préposé comme un professionnel puisqu'il ne répond pas à la définition du professionnel faite par Coyle. Malgré tout, dans cette étude, nous considérons le préposé au bloc opératoire comme un spécialiste dans sa profession car, en effet, il

est indéniable que chacun des professionnels gravitant autour du patient détient une compétence spécifique bien particulière nécessaire à la prise en charge du patient. Or, les personnels paramédicaux, devenus de vrais techniciens, développent un savoir-faire et une éthique qui se heurtent régulièrement à leurs partenaires professionnels que sont les personnels médicaux. C'est dans ce contexte que se créent les dysfonctionnements. (Cepisul, 2008, p.201)

Cette professionnalisation est aussi soulignée par Sainsaulieu ...

Les professions ont subi de durs chocs au travail. (...) Les premiers résultats ont été indiscutablement la professionnalisation de bien des agents. (2006, p.110)

... ainsi que par Grosjean et Lacoste ...

les aspirations d'un personnel non médical mieux formé, plus exigeant et plus puissant aujourd'hui à l'hôpital et qui veut prendre sa place, faire reconnaître et développer sa part d'intelligence (collective) et d'innovation. (1999, p.202)

Dans son énumération des personnes impliquées dans une intervention chirurgicale, Bercot nomme les aides-soignantes. Les auteurs français (Cepisul, Sainsaulieu, Grosjean, Lacoste, Bercot) reconnaissent l'aide-soignant dans leurs écrits comme faisant partie de l'intervention.

Pour les besoins de cette étude, nous choisissons de garder l'expression «équipe interdisciplinaire» car c'est le terme employé sur le terrain, bien que tous ne donnent pas la même définition à l'interdisciplinarité. Nous considérons faire partie de l'équipe interdisciplinaire toutes les personnes qui sont appelées à travailler ensemble dans la salle d'opération et que nous appelons ici l'équipe de garde, soit : le préposé, les 2 infirmières, l'inhalothérapeute, l'anesthésiste et le chirurgien.

### 3.2 Les enjeux de l'équipe interdisciplinaire

Les auteurs consultés s'accordent pour dire que les communications interrelationnelles sont la pierre angulaire d'un travail d'équipe efficace et satisfaisant. (Lingard, 2002; Nurok, 2010; Sharpe et Curran, 2011; Richard et Lussier, 2005, p.2)

Il n'y a pas de communication sans enjeu. La communication est une rencontre sociale au cours de laquelle les protagonistes jouent leur «face» (image), la «négocient» comme ils négocient également leur rôle, leur rapport de places etc. (Pavelin, 2002. p.74)

Il y a plusieurs enjeux liés à la communication dans l'équipe interdisciplinaire. Bien sûr, il y a un enjeu identitaire. Tout au long de sa vie, l'être humain tente de se définir en construisant une identité. Dans la mesure où son travail lui permet de s'accomplir, l'individu construit son identité. (Dejours, 1993, p.62; Dubar, 2010, p.13, 114, 138)

Selon Hugues, le monde vécu du travail met en jeu l'identité personnelle et l'identité sociale du sujet : il cristallise ses espoirs et son image de soi, engage sa définition de lui-même et sa reconnaissance sociale. (Dubar, 2010, p.138)

Il y aurait beaucoup à dire sur l'identité au travail au bloc opératoire, cependant, nous n'aborderons pas l'aspect identitaire de la communication dans ce mémoire parce que nous voulons faire place à l'intervention et à l'équipe.

### 3.2.1 Le rapport de places

«Notre «place» détermine notre communication.» (Marc, 2005, p.87). Selon Marc, le rapport de place peut être défini par rapport à trois grands axes : 1) symétrique/asymétrique; 2) distance/proximité; 3) convergence/divergence. (Marc, p.88) La relation symétrique s'établit entre pairs. Tandis que l'axe hiérarchie/complémentarité exprime bien la relation asymétrique. «Dans le rapport hiérarchique, il y a une «position haute» et une« position basse». (...) «Dans le rapport complémentaire, les positions s'ajustent mutuellement sans impliquer de hiérarchie et de relation de pouvoir.» (Marc, 0.88)

Bercot (2009, p.58) note que si l'histoire médicale a débuté avec des interactions asymétriques et complémentaires entre médecins et infirmières, l'organisation hospitalière d'aujourd'hui nous amène vers des relations plus symétriques, ce qui ne va pas de soi pour certains médecins. Ainsi, nous avons pu constater, lors d'observations personnelles, que le personnel soignant et le personnel médical n'avaient pas la même perception du travail d'équipe en salle d'opération. Pour le médecin, le personnel soignant est là pour l'assister. Le médecin est là pour soigner le patient, et le personnel est là pour l'aider dans l'exécution de ses manœuvres.

De nombreux éléments convergent vers l'idée dominante selon laquelle tout doit servir l'intervention du chirurgien : l'organisation, la technique, mais aussi le personnel du bloc. Le chirurgien occupe une place centrale au sein des blocs, une place reconnue par tous les membres des équipes. (Bercot, 2009, p.58)

Les tensions qui surviennent sont souvent en lien avec les responsabilités. (Lingard, 2004. p.694) Malgré tout, le personnel soignant aimerait être reconnu comme un professionnel par le médecin, ce qui n'est pas toujours le cas. Chaque membre de l'équipe est conscient de prendre part à quelque chose qui est exceptionnel pour la majorité des gens et aimerait être reconnu comme membre d'une équipe spécialisée. Il faut être spécialement formé pour travailler en salle d'opération. Le personnel a donc développé une expertise qu'il veut voir reconnue.

Des médecins et des infirmières affirment s'attendre à la collaboration interprofessionnelle; toutefois, leurs attentes diffèrent (Coeling et Wilcox, 1994). Les médecins souhaitent que les infirmières leur fournissent des informations précises, nécessaires à leur démarche clinique, alors que les infirmières désirent une relation égalitaire dans laquelle elles sont reconnues et respectées en tant que professionnelles. (Richard et Lussier, 2005. p.563)

Or, la relation médecin-infirmière comporte certaines particularités dont l'origine remonte au XIX<sup>e</sup> siècle, alors que Florence Nightingale soignait les soldats avec les médecins de l'armée britannique pendant la guerre de Crimée : d'une part, l'objectif commun du mieux-être des patients et des moyens complémentaires pour atteindre cet objectif; d'autre part, un niveau d'éducation et un statut professionnel inégaux. (Richard et Lussier, 2005. p.575)

On constate avec Richard et Lussier, que la reconnaissance du personnel soignant par le personnel médical date des origines de la profession. Étant donné que cette situation perdure depuis très longtemps, cette attitude médicale fait partie de la culture médicale. Elle est transmise. Ce qui rend un changement d'attitude plus ardu.

### 3.2.2 Les enjeux symboliques

En dépit de l'image ordinaire selon laquelle «le bloc n'est que technique», le geste chirurgical intervient dans un contexte où les aspects techniques et les dimensions sociales et symboliques sont étroitement imbriqués. (Pouchelle, 2008. p.191)

Dans un article sur les infections nosocomiales, Pouchelle (2008, p.191-194) se questionne sur le rôle du protocole d'asepsie lors d'une chirurgie. Elle note que le protocole d'asepsie joue aussi un rôle symbolique important. C'est le rituel qui amène l'équipe dans une activité peu commune, l'incision d'un corps humain. Genest (1990) observe que le discours change, l'ambiance de travail change selon l'étape de la chirurgie. Si au moment de l'incision, tout le monde est attentif, alerte, quand arrive le moment de refermer la plaie, la tension tombe dans la salle. Les moments stressants de la chirurgie sont terminés. La suture est un geste "ordinaire". On se permet alors de faire des blagues.

Pouchelle conclut qu'il peut être difficile de changer des habitudes au bloc opératoire parce que plusieurs gestes ont aussi une portée symbolique. Par exemple, le protocole d'asepsie peut être associé à un rituel de prise en charge du corps du patient. Bercot souligne, elle aussi, que «la gestion des blocs opératoires interpelle bien d'autres dimensions que celles relatives à la technique, et notamment des dimensions d'ordre symbolique. (2009, p.65) Il n'est pas dans notre propos de traiter des aspects

symboliques au bloc opératoire. Pour cela, le lecteur peut se référer à Marie-Christine Pouchelle qui en a fait une description dans son livre *L'hôpital, Corps et âme* (2003).

### 3.2.3 L'efficacité de soins

Il y a aussi un enjeu d'efficacité des soins. Richard et Lussier (2005. p.560) affirme que la collaboration est liée à la satisfaction des professionnels concernés, au maintien des infirmières dans le milieu de travail, à la qualité des soins et à une diminution des coûts. À cela, on peut ajouter la diminution des erreurs (Lingard (2006. p.422), D'Adessi et al.(2009. p.254)). Lingard affirme que la communication est un facteur central dans la prestation des soins de santé de qualité et sécuritaires. (2005. p.S75) Une équipe où la communication est déficiente peut avoir comme conséquence que des informations importantes ne soient pas transmises mettant ainsi en danger la survie du patient.

### 3.2.4 Le sentiment d'appartenance

Les membres de l'équipe de salle d'opération ont des appartenances multiples. Coyle et al. se sont penchés sur «the challenge of juggling multiple team memberships.» (2011, p.47) Pour illustrer ces différentes appartenances, nous observerons le parcours d'un inhalothérapeute. La première appartenance va à la profession. L'inhalothérapeute s'identifiera d'abord à son groupe d'appartenance qui est l'ensemble des inhalothérapeutes du milieu. Puis, la deuxième appartenance sera envers l'employeur, le centre hospitalier. Enfin, la troisième appartenance est envers le bloc opératoire, suivie de l'équipe de salle d'opération.

Chaque profession a une approche, une perception du travail en salle d'opération qui est différente. (Lingard, 2002, p.733; Bercot, 2009, p.61; Coyle et al., 2011, p.44) Chaque profession arrive aussi avec ses préjugés, ses modèles mentaux. Chacun arrive avec ses objectifs. Mais on ne se parle pas de ces choses-là dans la salle d'opération.

Aucun lieu, aucun moment ne sont prévus institutionnellement pour des relations interprofessionnelles, ainsi laissées au hasard des rencontres, dans le couloir, entre deux portes . (Grosjean et Lacoste, 1999, p.145)

Pourtant, si on pouvait se parler et s'aligner sur un objectif commun, la coopération dans l'équipe serait grandement améliorée. Mais on n'a pas de temps pour cela, pour se parler de ces choses-là. Grosjean et Lacoste notent aussi qu'il n'y a pas de lieu pour s'exprimer.

### 3.3 La communication dans l'équipe interdisciplinaire de la salle d'opération

La communication est un élément important du travail d'équipe en salle d'opération. Mais tout comme le cadre dans lequel elle s'effectue, la communication est complexe. Elle n'est pas linéaire comme dans un dialogue où les deux acteurs prennent la parole à tour de rôle. Plutôt, la communication participe à l'action commune. L'action devient un acte de communication, d'échange entre les acteurs. La communication est composée tant du verbal que du non-verbal, mais aussi du contexte de la communication.

#### 3.3.1 Le non-verbal

Pavelin emploie le terme de «communication globale» pour souligner le caractère plurimodal et pluridimensionnel de toute communication en face-à-face.» (Pavelin, 2002, p.9) Pour lui, «le geste est susceptible de réaliser un acte de langage au même titre que la parole.» (Pavelin, 2002, p.9) Il inclut dans le non-verbal toute posture, mimique et geste. Pavelin précise que la production langagière non-verbale véhicule surtout l'aspect relationnel de la communication et qu'en cas de divergence entre le message verbal et le message non-verbal, c'est le non-verbal qui détermine la façon dont doit être interpréter l'énoncé global. (Pavelin, 2002, p.56)

Le Vergue note l'importance du non-verbal au bloc opératoire, en particulier le regard. «Le regard au bloc opératoire est la seule chose de l'autre qu'il nous est donné de saisir. Il accorde une valeur ou la retire, il a force d'expérience émotionnelle. ... Il peut donner le sentiment d'être apprécié ou peut renvoyer à la déception de ne pas être regardé. Ne pas regarder l'autre, «c'est le rayer symboliquement de la carte, en considérant son visage comme insignifiant.» (2008, p.196) «Le regard a aussi une efficacité symbolique dans le sens où il procure le sentiment d'identité tout en donnant valeur au lien social.» (2008, p.196)

Goffman souligne que «la contextualisation des échanges est étroitement dépendante de l'action coordonnée qui vient au premier plan et c'est l'activité dans laquelle sont engagées les participants qui donne son sens et sa valeur aux échanges.» (Grosjean, 2001. p.147) La communication ne se limite donc pas aux échanges verbaux, à ce qui est dit. Ceci est particulièrement vrai dans les milieux de travail complexes comme les hôpitaux et les tours de contrôle aérien. Grosjean s'est intéressée aux interactions communicationnelles dans ces milieux de travail. Elle souligne la difficulté méthodologique pour la transcription de ces interactions à cause des multiples éléments du contexte dans lequel elles se déroulent. Il est très difficile de noter toutes les variables qui entrent en jeu. Grosjean cite Goffman qui a défini le cadre participationnel comme «l'ensemble des individus qui ont accès à un événement de communication donnée» (2001. p.157). Le cadre participationnel diffère du cadre participatif qui a plutôt à voir avec la focalisation des individus en présence.

C'est en effet la focalisation qui permet de distinguer les individus qui participent à la rencontre - ... La focalisation dépend étroitement du déroulement temporel de l'interaction, des actions en cours et des participants engagés dans l'interaction. (Grosjean, 2001. p.157)

### 3.3.2 Le cadre participatif

Grosjean souligne que la notion de cadre participatif est essentielle à la compréhension de la communication dans ces équipes de travail; la communication passe par le verbal et le non-verbal mais aussi par les actions que les acteurs posent. Par exemple, au moment de l'induction de l'anesthésie, l'anesthésiste décrit au patient les gestes qu'il pose. Cette description faite à haute voix vise aussi à informer les membres du personnel présents dans la salle de diminuer les bruits pour ne pas incommoder le patient. Cela les informe aussi du moment où ils pourront s'immiscer dans la procédure. Les soliloques à haute voix, les paroles à la cantonade, les intonations permettent aux autres membres de l'équipe d'interpréter la situation. Chacun vit sous le regard de l'autre ce qui leur permet de se coordonner, de s'ajuster à la situation. «Pour rendre compte de la structure d'action, il ne suffit pas de s'arrêter aux micro-échanges, il faut les regrouper selon des séquences plus larges, qui font apparaître l'enchaînement des comportements.» (Lacoste, 2001, p.331)

Aussi qu'en est-il de ces acteurs du cadre participatif dont on tient peu compte, les nouvelles technologies? Ces écrans qui nous «parlent», qui nous tiennent informés. Lacoste est d'avis que

Les médiations techniques élargissent et complexifient les schémas de communication. (...) Regarder ensemble et entendre ensemble correspondent à des statuts de communication peu décrits et pourtant essentiels dans le travail. (Lacoste, 1999, p.35, in Langage et travail)

Pour illustrer la place de la technologie dans la communication de l'équipe, prenons pour exemple une chirurgie abdominale complexe faite par laparoscopie. D'abord, on remarquera les écrans qui retransmettent les images de l'abdomen interne prises par les caméras. Aussi, l'anesthésiste aura installé au patient une canule artérielle, une tension veineuse centrale (TVC). Évidemment, il y aura aussi un électrocardiogramme, un soluté dans chaque bras, un brassard à pression automatique, un saturomètre. Toutes ces données s'affichent sur l'un des écrans de l'anesthésie. Le second écran de l'anesthésie affiche les gaz inspirés par le patient. Advient le cas où un vaisseau sanguin se met à saigner à l'intérieur de l'abdomen. Toutes les personnes présentes dans la salle peuvent le voir sur l'écran de laparoscopie au moment où cela se produit. De même, on verra la pression artérielle descendre sur l'écran de l'anesthésie. Avant même que les médecins n'aient dit un mot, les infirmières et l'inhalothérapeute commenceront à préparer le nécessaire pour traiter ce saignement. L'inhalothérapeute prélève un médicament avec une seringue, le montre à l'anesthésiste qui hoche la tête en retour. L'inhalothérapeute injecte le médicament dans la tubulure du soluté. Tout ceci se déroule en trente secondes. Pas un mot ne s'est dit. Les écrans ont transmis des informations qui ont amené les gens à poser des gestes. Tout comme la longue pince de laparoscopie prolonge la main du chirurgien, les écrans sont comme un sixième sens pour l'anesthésie.

Pour ce qui est du langage écrit en salle d'opération, celui-ci consiste à prendre des notes au dossier du patient sur des formulaires pré-établis. Il y a aussi un tableau pour noter les éléments importants pour cette salle, par exemple : Dr Laframboise prend toujours deux paires de gants, 6½ et 7, pour faire ...

### 3.3.3 Le verbal

Goffman distingue la parole en milieu de travail de la conversation. La parole en milieu de travail possède deux caractéristiques :

- le caractère subordonné de l'échange par rapport à l'activité;
- le caractère «ouvert» de l'état de parole. Dans l'état de parole ouvert,

les participants ont le droit, mais non l'obligation, de se lancer soudain dans un bref échange puis de retomber dans le silence sans le moindre marquage rituel visible, comme s'ils ne faisaient qu'ajouter un nouvel échange à une conversation chroniquement en cours. (Goffman, 1987, p.144; cité dans Lacoste et Grosjean, 1999, p.134)

Pouchelle a été étonnée de ce caractère ouvert de la parole dont elle a qualifié le style de

«chirurgical» des relations interpersonnelles, diffus chez les soignants, quelles que soient la sympathie et la chaleur qui réunissent deux interlocuteurs, l'un d'entre eux est capable de rompre brusquement le contact et de se détourner sans employer aucune des formes de dégageant usuelles dans la vie ordinaire. (...) Comme si les «parties molles» (...) des relations interindividuelles étaient sacrifiées au profit du noyau dur d'une communication réduite à l'essentiel. (2003, p.16)

Ces caractéristiques sont aussi l'apanage des salles d'opération. En effet, tout y est subordonné à l'intervention, celle-ci se déroulant dans un état de parole ouvert.

Grosjean et Lacoste (1999) ont observé des infirmières et analysé les événements de communication survenant pendant leur travail et lors de la relève dans un hôpital français. Elles ont noté cinq types d'échanges verbaux, soit :

- les échanges opérationnels. «C'est la parole elle-même qui constitue l'action.» (Lacoste et Grosjean, 1999, p.58). Les échanges sont directement liés à la dispense des soins.
- les échanges opérationnels de co-action. «Les paroles servent à la coordination de l'action». (Lacoste et Grosjean, 1999, p.58) «Les paroles (...) constituent une partie intégrante d'une entreprise mutuellement coordonnée, non d'une conversation. (Goffman, 1987, p. 151)» (Lacoste et Grosjean, 1999, p.58)
- les entretiens. Ce sont les échanges avec le malade. Ils surviennent surtout pendant la dispense des soins.
- les échanges méta-opérationnels. Ces derniers sont plus distants de l'activité de soins. Ils ont divers objectifs, par exemple : planifier, organiser, élucider des questions problématiques.
- les échanges interstitiels. Ceux-ci «se glissent dans les interstices de l'activité et des communications opérationnelles : on plaisante, on parle du temps qu'il fait, des enfants, du week-end.» (Lacoste et Grosjean, 1999, p.59)

Mis à part les entretiens avec le malade, on retrouve tous ces types d'échanges dans un bloc opératoire. Nous y ajoutons le silence. Souvent, quand les infirmières commencent à préparer la salle pour la prochaine intervention, elles le font en silence.

Chacune sachant exactement ce qu'il y a à faire, comment le faire et dans quel ordre, la coopération s'établit sur la base d'échanges minimaux ou même en silence : l'une commence une tâche, l'autre sans rien dire se charge de la tâche complémentaire. (Lacoste et Grosjean, 1999, p.137)

Lors de ses observations en salle d'opération, Lingard a noté que les thèmes de discussion les plus récurrents étaient :

- le temps (l'annulation d'une intervention, envoyer chercher le patient suivant, le «room turnover»);
- les ressources (la répartition de l'équipement et du personnel);
- les rôles (les responsabilités, les contraintes) et les relations
- la sécurité et la stérilité (les techniques aseptiques)
- le contrôle de la situation (l'ajustement de la température, la prise de notes des activités).

Elle remarque aussi que «the acquisition of discourse is a vehicle for the acquisition of sociocultural values and attitudes.» (Lingard, 2002, p.237) C'est ainsi que les plus expérimentés transmettent bien plus qu'un vocabulaire aux novices qu'ils initient. Ils les introduisent plutôt dans leur monde de travail. Ce qui fait que : «Those who «talk the talk» are assumed to be competent.» (Lingard, 2002, p.233) Une personne qui connaît le langage du milieu aura moins de difficultés à se faire accepter par l'équipe, à s'intégrer. «Les vocabulaires de métier fonctionnent comme un des éléments de la construction des rapports sociaux, des collectifs de travail, de la conscience de groupe ou de classe.» (Boutet, 2005, p.201, in Langage et travail) Grosjean et Lacoste insistent : «La forme du langage n'est pas un habit superficiel, une pure décoration; elle est solidaire des manières de penser et d'agir.» (1999, p.208) Lingard abonde dans le même sens: «Words act on us: ways of speaking shape ways of knowing and being in the world. » (2002, p.237) Marc aussi dit que «La parole est action.» et non seulement un moyen de communication. (1993, p.161)

### 3.3.4 Les échecs communicationnels

Les conditions de travail au bloc opératoire forment un cocktail qui peut facilement devenir explosif quand la tension augmente. Plusieurs variables jouent en même temps au bloc opératoire. On s'attend à ce que tous les membres de l'équipe travaillent ensemble dans l'harmonie. Il semble plutôt que les échecs communicationnels au bloc opératoire soient une problématique assez courante dans ce milieu. Nous retrouvons la même problématique de communication dans les blocs opératoires un peu partout dans le monde, que ce soit en Australie (Gillespie et al., 2007) ou en Chine (Zhiong Ye et JuXiang Wang, 2007). Les auteurs s'entendent pour dire que l'équipe de la salle d'opération est constituée de professionnels de différentes disciplines, de formations différentes et ayant des buts différents, et à qui on demande de travailler en coordination et coopération. (D'Adessi, 2009, p.253; Lingard, 2002, p.232; Cepisul, 2008, p.201; Gillespie et al. 2010, p.738) Différentes études se sont intéressées aux effets de la communication dans l'équipe du bloc opératoire sur le pronostic des patients qu'ils soignent. (Lingard, 2006. p.422; Lingard 2005. p.S75; Gillespie et al.2009. p.733)

Au Canada, Lingard, rhétoricienne, a effectué plusieurs études sur les communications dans la salle d'opération. Elle a défini un événement de communication comme un échange, verbal ou non-verbal, entre deux, ou plus, membres de l'équipe. (2004, p.331) Un événement de communication comporte quatre aspects : le contenu, l'auditoire, l'objet et l'occasion. Le contenu réfère à la transmission d'informations; l'auditoire, aux personnes présentes; l'objet, aux buts, implicites ou explicites, de la communication; l'occasion, au contexte spatio-temporel. Un échec communicationnel se produit lorsque l'un de ces quatre aspects fait défaut. Ainsi, l'échec communicationnel le plus fréquent (47.5% des échecs communicationnels) est attribué à l'occasion, l'information requise est transmise ou demandée trop tard pour être vraiment utile. Dans l'échec communicationnel lié au contenu, soit qu'il manque des informations pertinentes ou que les informations soient inexactes. L'échec communicationnel lié à l'objet réfère à l'incapacité des acteurs à résoudre une problématique-objet de la communication. L'échec communicationnel lié à l'auditoire est dû au fait qu'il manque au moins un acteur important. Nous en avons un exemple dans le projet d'orthopédie décrit à l'annexe D. Lingard affirme que les échecs communicationnels en salle d'opération sont fréquents. 30% des événements de communication entourant une chirurgie sont des échecs communicationnels (2004, p.331-332). Elle affirme qu'étant donné sa nature interdisciplinaire, l'équipe de salle d'opération est constituée de caractéristiques qui divisent, tels que le genre, la culture, le niveau socio-économique, les politiques, les modèles de soins professionnels. Elle remarque que la flexibilité et l'étendue des stratégies discursives des acteurs opèrent une «danse» compliquée, qui maintient les relations et diminue les

tensions, afin d'atteindre leurs buts. (2002, p.235) Lingard souligne «Clearly, interprofessional educational efforts should be focused on addressing the disparity of perspectives and their implications for team function and patient safety.» (2005, p.578) Cepisul, cadre de santé de bloc opératoire, reconnaît aussi que «chaque catégorie de personnel doit comprendre la logique de l'autre pour engager une coopération fructueuse.» (2008, p.202)

La perception des rôles nous renvoie aux rapports de places discutés au début de ce chapitre. Lingard a relevé que le principal facteur influençant l'interaction entre les acteurs est la perception des rôles. En effet, la perception des rôles influe sur les motivations attribuées aux discours des collègues, et de là, teinte les interprétations et les réactions. Par conséquent, les niveaux de tensions découlent des interprétations que chacun se fait des événements de la journée. (Lingard, 2004, p.607) Lingard constate donc un manque de compréhension mutuelle et de communication efficace. (2004, p.697)

Le bloc opératoire est un système complexe. Rien n'est simple au bloc opératoire. Une intervention dans ce milieu exige donc une approche capable de prendre en compte toutes les variables en situation. C'est pourquoi, pour notre projet d'intervention, nous nous appuyerons sur les découvertes récentes des sciences. En effet, depuis la fin du XXe, toutes les sciences, de la théorie du chaos de la physique (Gleick, 1987, p.120) aux sciences de la gestion (Senge, 2004, p.188 ; Weathley, 2006, p.10) semblent converger vers un même postulat : tout n'est qu'interrelations.

«Connectedness is the defining feature of the new worldview – connectedness as an organizing principle of the universe, connectedness between «outer world» of manifest phenomena and the «inner world» of lived experience, and, ultimately, connectedness among people and between humans and the larger world. (...) The new integrative science has roots in the relativity and quantum theory revolutions in physics of the early twentieth century, but it also draws on much more recent developments in physics, biology, cognitive psychology, and medicine, to name a few.» (Senge, 2004, p.188)

Il faut donc miser sur les interrelations. C'est ce que nous explorerons dans la partie suivante.

## DEUXIÈME PARTIE

Le cadre de référence

## CHAPITRE IV

### LE CHANGEMENT ET LE PROCESSUS EN U

#### 4.1 De la linéarité à la non linéarité

Depuis Descartes, on a cru que tout effet a une cause directe. Ainsi, on explique les phénomènes du monde par une chaîne de causalité dont on peut analyser chacun des éléments. Mais aujourd'hui, la systémique appréhende le monde de manière globale, en tenant compte des interrelations entre les divers éléments. Plusieurs variables entrent en jeu au même moment. Avec le développement des sciences actuelles, on découvre peu à peu que le monde linéaire sur lequel nous bâtissons notre réalité n'existe pas. «Un processus est linéaire dans la mesure où les événements survenant à chacune de ses étapes sont déterminés par les contraintes de l'étape qui la précède immédiatement.» (Carle, 1998. p.28)

«Dans sa théorie sur les structures dissipatives, Prigogine montrait que les systèmes ouverts (ce qui inclut tous les systèmes vivants) sont perturbés par des variations d'énergie dues à leur interaction avec l'environnement. Ces perturbations amènent éventuellement une déconstruction des systèmes. Le chaos qui en résulte permet l'établissement de nouvelles interactions et de nouvelles combinaisons, de telle sorte que le système retombe dans un nouvel ordre de niveau supérieur.» (Carle, 2009 ; Carle, 1998. p.116) Carle (2009) note que les changements vécus évoquent une courbe en U : structuration – déstructuration – restructuration. La vie étant un système ouvert, en interaction continue avec son environnement, elle devient donc une suite ininterrompue de courbes en U. (Carle, 2009)

## 4.2 La systémique

En prenant en compte tous les éléments d'un ensemble ainsi que les interactions entre eux, la systémique permet de mieux comprendre les répercussions que peuvent avoir certaines décisions qui, à priori, peuvent sembler banales, comme nous avons pu le constater au premier chapitre (p.7).

### 4.2.1. La systémique et les interrelations

Bateson applique la démarche systémique aux relations humaines. Il n'examine plus seulement le patient mais aussi sa famille, le système familial dans lequel il vit au quotidien, car une perturbation du système familial aura des conséquences sur chacun de ses membres, le système familial tentant de rétablir l'équilibre du système (l'homéostasie). Ainsi, Bateson considère que le schizophrène n'est pas la pomme pourrie du panier, le seul élément défaillant à traiter. Il est plutôt le symptôme d'un dysfonctionnement systémique familial. «Bateson propose de comprendre la conduite humaine non pas en portant uniquement notre attention sur l'individu et son comportement, mais sur le système relationnel dans lequel évolue l'individu.» (Grosjean et de la Broise, 2011, p.59)

Bateson pose donc une base pour la communication organisationnelle en déplaçant l'attention sur les interrelations entre les individus dans l'organisation. La communication devient un élément vital puisque c'est elle «qui lie les sous-systèmes organisationnels les uns aux autres et qui facilite l'adaptation de l'organisation à son environnement.» (Grosjean et de la Broise, 2011, p.69)

Mais

la communication ne se résume pas au simple fait de faire circuler l'information. Elle sert à définir et à nouer une relation entre des acteurs, ceux-ci cherchant à la fois une satisfaction de leurs besoins, motivations, désirs et intérêts ainsi que la reconnaissance de l'identité et de la force qu'ils revendiquent (Marc et Picard, 1989). (Grosjean et de la Broise, 2011, p.71)

Ainsi, comme a dit Watzlawick : ««Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation tels que le second englobe le premier.» (1972, p.52)» (Grosjean et de la Broise, 2011, p.73). Bateson ajouta que toute communication utilise «deux grandes catégories de signaux : a) les signaux digitaux (les mots) et b) les signaux analogiques (les gestes, les postures de même que le paralangage verbal et gestuel).» (Grosjean et de la Broise, 2011, p.72) En cas de divergences entre les signaux

digitaux et analogiques, ce sont ces derniers qui donnent le sens à l'interaction puisqu'ils nous renseignent sur la relation et que la relation englobe le contenu, donc les signaux digitaux.

#### 4.2.2 La pensée systémique comme modèle de pensée

Senge (2006), s'appuyant sur les théories de la cybernétique, préconise, lui aussi, la pensée systémique comme la meilleure approche pour aborder le monde dans lequel nous vivons. «The practice of system thinking starts with understanding a simple concept called «feedback» that shows how actions can reinforce or counteract (balance) each other. » (Senge, 2006, p.73)

L'essence de la pensée systémique repose sur un revirement de pensée, c'est-à-dire voir les interrelations plutôt que la chaîne linéaire de cause-effet, et voir les processus de changement plutôt que des portraits figés de la situation. Quand on commence à maîtriser le langage du raisonnement systémique, nous apercevons partout des processus de rétroaction et de systèmes de base. Nous acquérons un nouveau cadre de pensée. Le raisonnement systémique devient un mode de pensée, voire une manière d'être, plus qu'une méthodologie pour résoudre des problèmes. La pensée systémique permet de percevoir de plus en plus la globalité des phénomènes vivants et tous les liens qui unissent les éléments de la vie. Nous prenons alors conscience de notre rôle créateur dans notre propre vie.

#### 4.3 Le changement

De son côté, l'École de Palo Alto développe aussi un discours autour du changement. Nous retenons de ses fondateurs, Bateson et Watzlawick, ces deux éléments.

##### 4.3.1 Les types de changement

Watzlawick donne la description des deux types de changement dans les systèmes humains. «Alors que le changement 1 semble toujours reposer sur le bon sens (par exemple sur une recette du genre «plus de la même chose»), le changement 2 paraît bizarre, inattendu, contraire au bon sens : il existe un élément énigmatique et paradoxal dans le processus de changement.» (1975, p.103)

Cependant, c'est à Bateson que l'on doit la distinction entre les deux types de changement. Carle (2012. p.19) relève que «Le changement 1 est celui qui permet au système de maintenir son homéostasie, son équilibre (...). L'homéostasie d'un système réside dans son aptitude à exercer des phénomènes auto-correcteurs sur les éléments internes ou externes qui menaceraient son équilibre.», tandis que «Le changement 2 se caractérise par le fait que c'est le système lui-même qui se modifie ou qui est modifié.» Il note aussi que «tout changement résulte soit de l'acquisition de connaissances nouvelles soit d'une reconstruction de la réalité.» (2012. p.20)

#### 4.3.2 Les niveaux d'apprentissage

Bateson définit quatre niveaux d'apprentissage. Pour Bateson, un nouveau processus d'apprentissage se met en place à chaque augmentation de niveau de complexité. (Marc et Picard, 2006, p.78-81) Ainsi, le niveau d'apprentissage 0 correspond au réflexe : «un même stimulus provoque systématiquement une même réponse.»

Le niveau 1 consiste à «apprendre». Ce niveau d'apprentissage correspond à un changement dans l'apprentissage 0 : à un même stimulus, un même contexte, correspond une réponse différente. On peut penser ici à l'expérience de conditionnement du chien de Pavlov.

Le niveau 2 consiste à «apprendre à apprendre». À ce niveau, il y a transfert d'apprentissages à d'autres contextes. Ainsi, les règles de mathématiques apprises à l'école servent aussi à la cuisine lorsqu'il faut augmenter ou diminuer une recette. Mais cela demeure un changement de type 1.

Le niveau 3 consiste à «apprendre comment on a appris à apprendre». L'apprentissage de niveau 3

consiste à modifier les prémisses qui ont gouverné les apprentissages de type 2 pour générer ensuite des comportements nouveaux plus adéquats. (...) Il est le fruit d'un recadrage qui, en libérant la dimension créative de l'individu, générera d'autres réponses, plus appropriées. (Carle, 2012. p.21)

Ces niveaux d'apprentissage sont utiles pour évaluer le degré d'apprentissage et le niveau de changement atteint ou désiré.

Les concepts élaborés par les chercheurs de l'école de Palo Alto se révèlent utiles pour analyser et comprendre les dynamiques organisationnelles (conflits, jeux de pouvoir, etc.) (Grosjean et de la Broise, 2011, p.76)

#### 4.4 Le processus en U comme processus de changement

Le processus en U tire son nom de la forme que prend la courbe pour illustrer le changement. Le précurseur de la courbe en U est Lewin avec son modèle du changement : unfreeze-change-refreeze, soit dégel-changement-regel. Le changement passe d'abord par un dégel, une déstabilisation de l'état premier, une perte de repères. Puis, le dégel est suivi par une réorganisation, le changement. Enfin, cette réorganisation tend à se stabiliser, c'est le regel. (Carle, 2009, courbe no 9)

Le processus le plus connu est sans doute le processus de deuil de Kübler-Ross. Kübler-Ross a été la première à décrire le processus de deuil et le processus de mort annoncée. Elle s'est intéressée de près au cheminement des mourants depuis l'annonce du diagnostic. Elle a constaté que, d'abord, à l'annonce de la perte, l'individu est en choc. Il est sidéré. Suit une phase de déni, l'individu ne peut pas admettre la perte. Il est en colère. Il s'ensuit une période de protestation, de négociation, de recherche de sens. Puis, devant la réalité implacable, l'individu sombre dans une dépression plus ou moins longue, et au terme de laquelle il accepte sa situation. Plusieurs auteurs ont repris et développé ce processus de deuil. Selon les auteurs, on peut retrouver de 3 à 9 étapes. Nous avons représenté les cinq étapes du processus de deuil de Kübler-Ross sur la courbe en U ci-dessous.

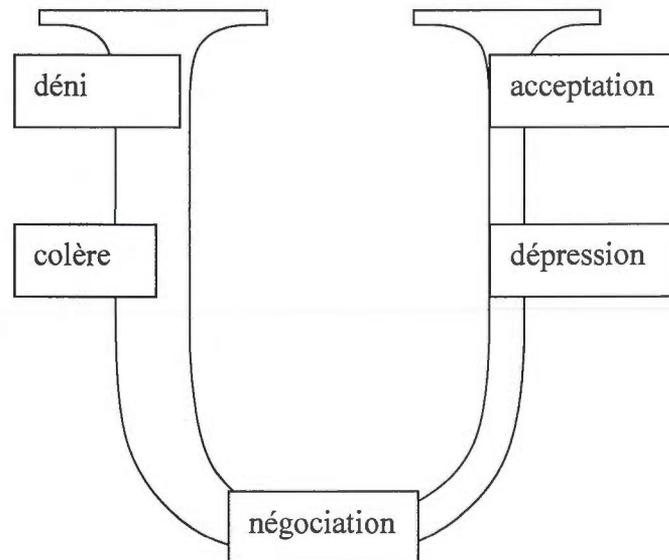


Figure 4.1 Le processus de deuil selon Kübler-Ross

La courbe suivante est un exemple de courbe en U, tirée du texte de Carle (2009). Cette courbe démontre que le processus peut s'appliquer à d'autres situations de vie et comment il peut être vécu. Nous pouvons constater que tout être humain vit plusieurs processus en U tout au long de sa vie. La courbe en U peut être associée à toute perte vécue, à toute transition importante. Pensons seulement aux transitions liées aux différents âges de la vie telles que la puberté, l'entrée sur le marché du travail, la rencontre d'un conjoint, l'arrivée des enfants, la retraite. Les transitions que la vie amène sont subies. On ne choisit pas de faire ou non ces passages. Ils sont imposés par la vie. Les processus en U sont donc majoritairement subis. Le processus en U est déclenché par l'annonce d'un changement non désiré. Il oblige l'individu à une redéfinition de la situation, à une redéfinition de son identité. L'individu s'en trouve changé. L'individu qui sort du processus en U n'est plus le même individu qu'il était au départ. Il est transformé. Il y a un avant et un après.

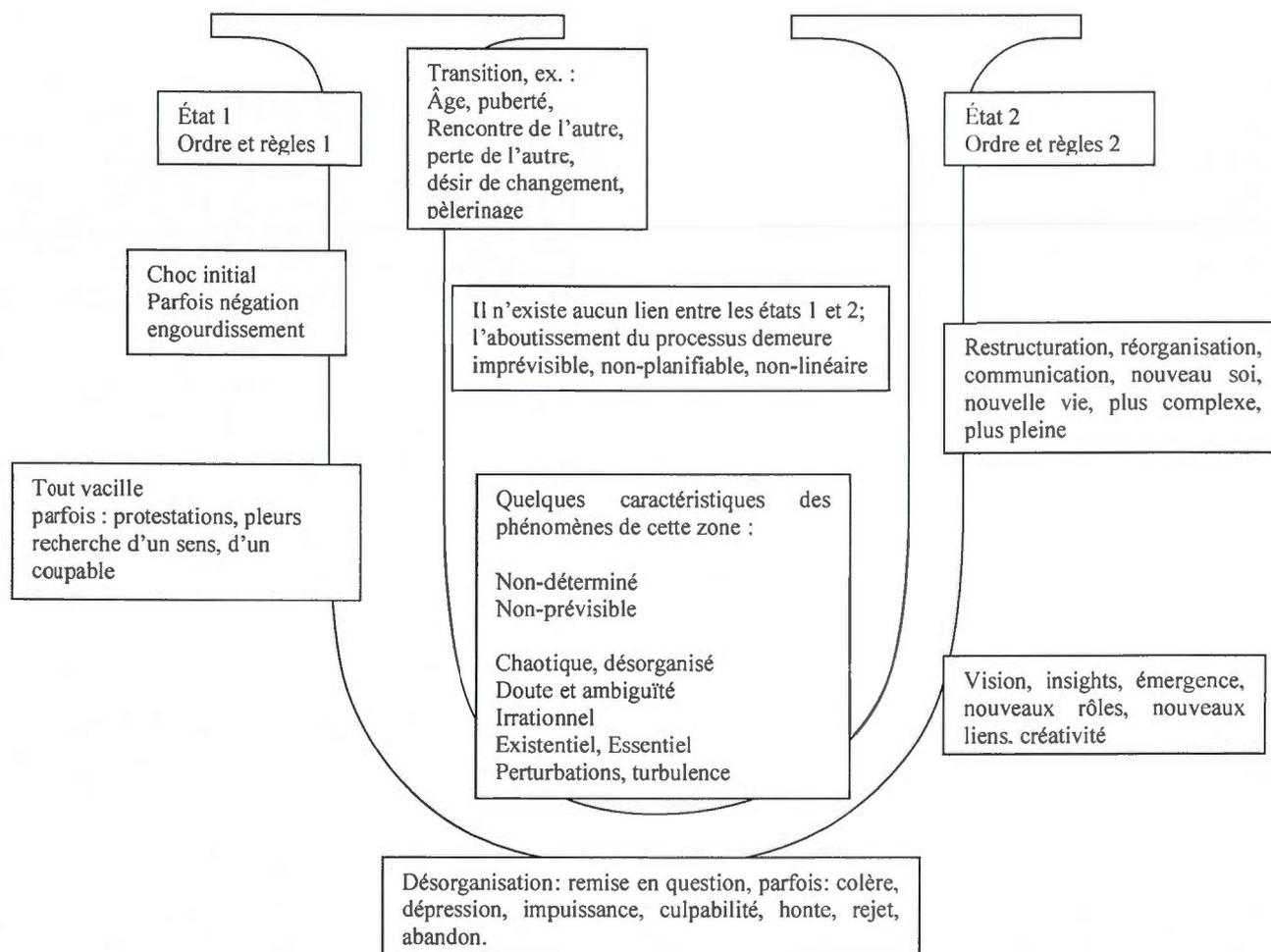


Figure 4.2 Schéma général des passages, des changements humains, seul ou en groupe, de la non-linéarité - Paul Carle, 2012. p.17

#### 4.5 Carle

Au Québec, en 1998, Carle et Tessier, de l'UQAM, se sont intéressés aux processus de changements dans «Processus non linéaires d'intervention». Ils décrivent les processus de changement non linéaires :

Les processus non linéaires obéissent à une logique non déterministe. L'analyse non linéaire est construite selon l'hypothèse que, dans les systèmes ouverts, le processus de changement s'enclenche à l'occasion d'un passage : passage d'un état X à un état Y, états qui sont incommensurables, qui n'ont pas de caractéristiques comparables, qui sont organisés selon des logiques différentes. Le passage de X à Y est imprévisible même en connaissant parfaitement X. (Carle, 1998. p.9)

Les auteurs décrivent la dynamique du processus en trois phases : la phase préliminaire, la phase liminaire, la phase post-liminaire, qu'on peut comparer à la descente de la patte gauche du U, la base du U et la remontée de la patte droite du U.

La phase préliminaire est l'entrée dans le processus en U. À cette phase, on fait le point. On tente de décrire la situation de départ. Puis, de la description, on passe à une intériorisation. On tente de «voir de l'intérieur».

##### La phase liminaire

se déroule dans l'irrationnel [...] Les outils de ce passage se trouvent dans divers domaines autres que la science classique (créativité, ... ). Généralement à cette phase, il apparaît important de promouvoir l'expression et l'émergence de quelque chose de profond en chaque être. Des vertus sont donc à cultiver dans le liminaire afin d'atteindre ce niveau ; l'authenticité, le respect, l'acceptation inconditionnelle doivent accompagner l'expression. L'objectif de cette phase : générer des images, des désirs, des impressions, des intuitions, des objets, produire des objets, des histoires, des personnages. (Carle, 1998. p.9)

Cette citation reprend les notions d'écoute de Rogers. En effet, Rogers a déjà déterminé que le respect, l'authenticité et l'acceptation inconditionnelle sont nécessaires à une bonne écoute. Cette période de laisser-aller s'accompagne souvent de l'impression de n'être plus rien, d'affronter le vide, l'irraisonnable.

Le post-liminaire, «c'est la phase de la réorganisation du système après le passage, le chaos.» (Carle, 1998. p.10) C'est à cette phase qu'on agit, qu'on met sur pied de nouvelles idées, de nouvelles initiatives. C'est ici que se concrétise le processus en U.

On reconnaît facilement le processus en U dans la description des processus non linéaires de Carle et Tessier. La description faite par Scharmer de la descente, de la base et de la remontée du U rejoint l'objectif des phases préliminaire, liminaire et post-liminaire décrites par Carle et Tessier quelques années auparavant.

En colligeant les notes et les modèles de processus humains qu'il a accumulés au fil des ans, Carle a remarqué que tous pouvaient être décrits sous forme de courbe en U. Il a dressé un «inventaire de processus de changement non linéaires exprimables sous la forme de courbe en U» (Carle, 2012. p.42). Il y a regroupé 60 processus humains de changement qu'il a illustrés sous forme de courbe en U. D'une façon ou d'une autre, chaque processus semble suivre le même cheminement : descente, passage, remontée. Il y a toujours un avant, un pendant et un après. Carle a noté 18 caractéristiques communes aux diverses courbes. (2012. p.13)

- 1) D'abord «le caractère universel du processus en U.» Tous les être humains vivent des processus en U dans les moments importants de leurs vies, tel que lors de rites de passage ou lors de deuils.
- 2) «Ces processus se mettent en place dans une situation de changement.»
- 3) «Les processus sont habituellement marqués par des émotions fortes, vécues par les participants.»
- 4) «L'expérience du passage entraîne la plupart du temps chez le ou les participants certaines formes de souffrance». La souffrance «semble être nécessaire à la possibilité de transformation.»
- 5) Les processus sont aussi marqués par une période de chaos «que certains appellent la période liminaire.»
- 6) La façon de sortir de ce chaos est la pratique de l'écoute et du laisser-aller dans l'imaginaire.
- 7) Le processus présente un caractère révolutionnaire : à la fin, les participants sont transformés.
- 8) Les changements sont imprévisibles.
- 9) «Les passages sont marqués par la complexification, [...] , des grilles de connaissance et d'interprétation plus complexes de la réalité sont mises en place après le passage.»
- 10) «Les processus en U semblent toujours impliquer la mise en place d'activités d'apprentissages nouveaux pour alimenter le changement.»
- 11) «Ces processus en U s'harmonisent avec (sinon découlent) des approches récentes en sciences humaines : le discours humaniste et éthique sur les valeurs, l'écoute (Rogers, Sartre, ...), le discours constructiviste sur la co-création de diverses choses dont les relations, l'identité, les rôles sociaux [...] , le discours épistémologique sur la complexité et la complexification

(Morin), la réflexion sur les systèmes ouverts, la théorie du chaos et l'évolution des systèmes vivants (Bateson, Maturana et Varela ...), le discours phénoménologique sur la construction et l'analyse de l'expérience humaine, l'analyse des systèmes ouverts [...] en fait tout ce que l'on a qualifié de nouvelle science.»

- 12) «Les processus en U sont marqués, lors du passage ou du changement, par la redéfinition des liens interpersonnels et des liens sociaux.»
- 13) Le temps et l'espace prennent une dimension nouvelle, on y pratique une certaine sacralisation, une certaine ritualisation. «Le passage s'effectue, en tout ou en partie, dans un terrain nouveau.»
- 14) Il y a trois types de résistance au processus en U : le déni, le désillusionnement, la dépression chronique.
- 15) «Des processus de réparation (des torts causés préalablement) viennent très souvent marqués les processus en U (avant de renaître librement et complètement, il faut nettoyer, refaire, réparer ...).»
- 16) «L'éthique (...) semble au cœur du processus en U ; dans ses valeurs [...] et ses pratiques [...]»
- 17) L'individu fait l'expérience d'une source intérieure d'où origine le passage, la transformation.
- 18) «Ces processus en U exhibent une drôle de relation au temps.» Certains processus s'effectuent en quelques jours, d'autres prennent des années.

#### 4.6 Scharmer

Carle nous a décrit comment le processus en U se déroule, quelles en sont les étapes déterminantes. Scharmer, lui, nous invite à susciter le processus. Il nous invite à en faire un outil de travail. Il fait le passage d'un processus subi à un processus désiré et recherché.

Scharmer affirme que la transformation vécue dans les sciences actuelles n'est pas moins révolutionnaire que la révolution apportée par Galilée. (Scharmer, 2009. p.15) L'élément fondamental de la théorie de Scharmer, c'est la capacité d'attention, de présence. C'est cette capacité qui déterminera la qualité et la richesse des solutions apportées. C'est cette même capacité que l'on retrouve chez Rogers lorsque celui-ci pose la congruence, la considération positive inconditionnelle et l'empathie comme étant les conditions nécessaires de l'apprentissage authentique. Ces conditions d'apprentissage, lorsqu'elles sont remplies, induisent inmanquablement un processus de changement. Un changement qui est aussi recherché par Scharmer à travers le processus en U.

Au début des années 2000, Scharmer élabore la théorie du processus en U comme une nouvelle manière de pratiquer le leadership en invitant tous les acteurs concernés à participer. Pour ce faire, il préconise l'adoption de trois attitudes fondamentales : l'ouverture d'esprit, l'ouverture du cœur et

l'ouverture de la volonté. Il associe ces trois attitudes à trois étapes : le sensing, le presencing et le realizing. Nous avons conservé ici les termes anglais sensing, presencing et realizing car le «ing» à la fin des mots donne un sens d'action continue. Quand on transpose ces étapes sur une courbe, cela donne une courbe en forme de U, le sensing étant la descente, la patte gauche du U; le presencing, la base du U, là où on a l'impression de faire du sur-place, qu'il ne se passe rien mais où le déplacement se produit; enfin, le realizing, la remontée, la patte droite du U. Scharmer nous propose un itinéraire pour cheminer dans ce processus en U. Il met en place les conditions pour le passage dans un processus en U. Dans la figure présentée ci-dessous, nous avons fait correspondre les phases préliminaire, liminaire et post-liminaire de Carle et Tessier avec le sensing, presencing, realizing de Scharmer dans le processus en U.

Le sensing, c'est être à l'écoute, garder l'esprit ouvert pour observer avec un regard neuf, peut-être même un peu naïf, pour voir autrement. C'est être à l'écoute de l'autre. C'est rediriger son attention sur la situation, sur l'autre, mais aussi sur soi, sur ce qui vibre en soi. Cela demande donc de faire silence pour être capable de reconnaître ce qui est.

Quand on débute dans ce processus, il faut d'abord laisser à la porte nos idées, nos préjugés. Il faut garder l'esprit ouvert et le cœur ouvert, c'est-à-dire qu'on doit suspendre nos jugements, nos modèles de pensée. On doit s'arrêter pour écouter l'autre. C'est une étape d'intériorisation qui nous amène plus près de nos valeurs, du cœur de notre être. On se connecte ensemble à un niveau qui nous rejoint dans nos valeurs. C'est aussi une étape d'observation. On observe la situation qu'on veut changer en la situant dans son contexte. On tente de voir le Tout dans lequel la situation est imbriquée et on tente de voir la situation dans le Tout.

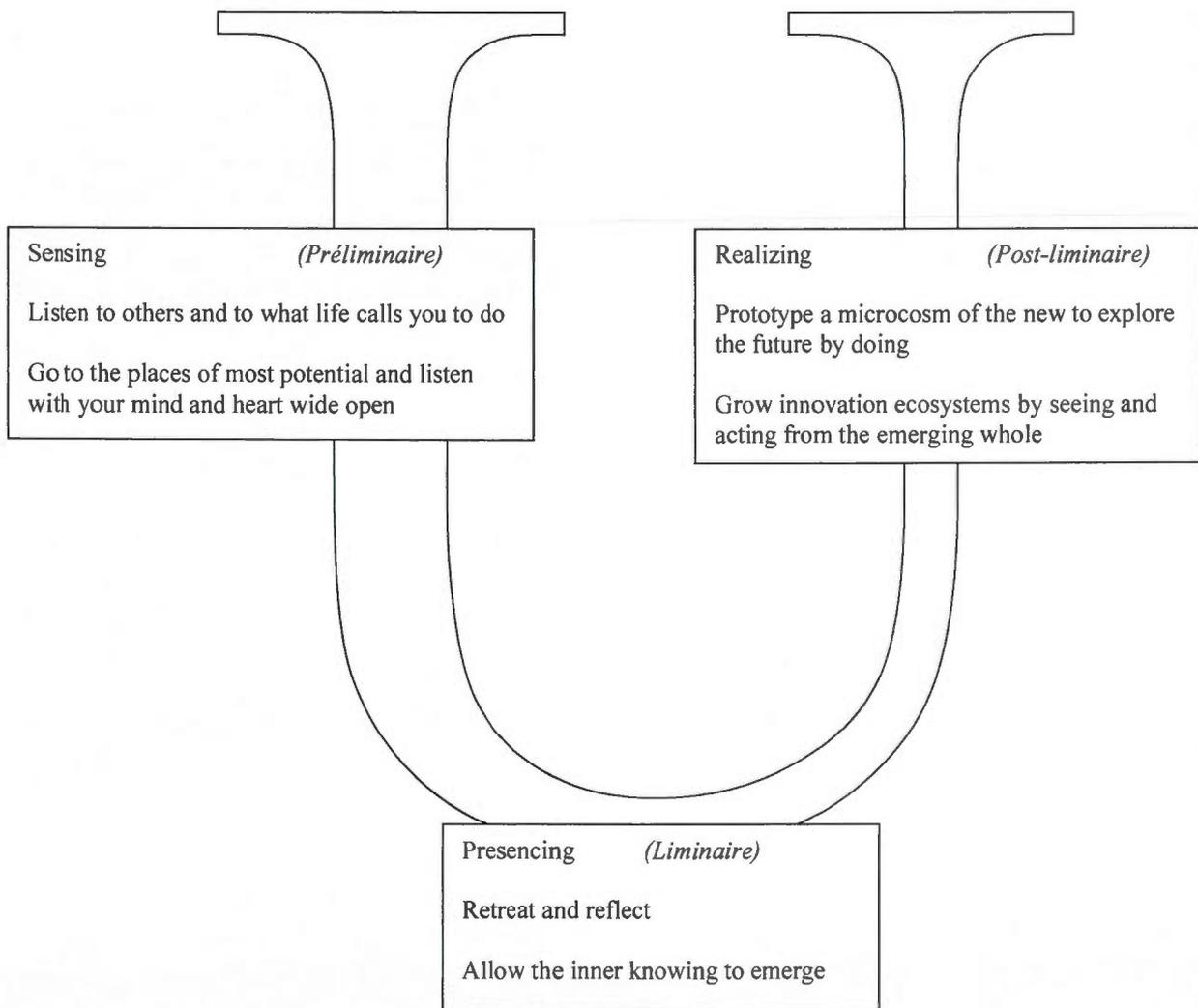


Figure 4.3 The U process selon O. Scharmer

Inspiré de Scharmer, 2009

(Inspiré de Carle et Tessier, 1999)

## Le presencing

est un état d'attention intensifiée qui permet aux individus et aux groupes de déplacer le centre intérieur à partir duquel ils fonctionnent. Lorsque ce changement se produit, ils peuvent alors opérer à partir d'un espace de possibles qu'ils sentent vouloir émerger. Ces possibles constituent donc le futur qu'une personne sera en mesure de percevoir et le changement qui se sera produit pourra être profond. (Mahy, 2009. La théorie Presencing de C.O.Scharmer, in Carle, 2009, «L'inventaire de quelques processus de changement non linéaires exprimables sous la forme de courbe en U et réflexions sur l'intervention dans de telles situations»).

Immanquablement, cette attention intensifiée nous amène à la Source de ce qui nous anime. Cette Source nous tient dans le silence. «Rogers utilisait quelquefois le mot chaos pour décrire cet état» (Carle, 1998. p.87). «L'expression qu'il utilisait, [...], était «avoir la patience» ; patience, faire confiance au processus, à la tendance à l'auto-actualisation, de vivre à travers la douleur et le désordre du chaos.» (Carle, 1998. p.87) Comme le dit Isabelle Mahy dans sa définition du presencing citée plus haut, cette approche invite l'humain à plonger en lui-même. Une plongée qui l'amènera plus près du cœur de son être et d'où il puisera de nouvelles ressources. À cette étape, l'individu se sent «connecté» à ce qu'il est; il se sent vrai. Il se sent connecté au monde. C'est ici que les êtres humains sont semblables.

À l'étape du presencing, il faut garder une volonté ouverte. C'est-à-dire qu'il faut lâcher prise sur tout ce qui n'est pas essentiel et se connecter à la Source qui nous anime. Le centre d'attention se déplace. Il s'intériorise de plus en plus pour ensuite faire poindre, en nous, des pistes de solutions originales, pertinentes. C'est l'étape mystère. On ne sait pas ce qui se passe exactement à la base du U. On ne sait pas comment se produit le revirement qui ouvre de nouvelles voies, de nouvelles avenues. Comment arrive-t-on à voir différemment ? Comment les idées surgissent-elles ? D'où vient l'inspiration ?

Le realizing est l'émergence, le passage à l'action, la remontée. L'individu, qui accède à son centre intérieur et est capable de s'y maintenir, voit poindre de nouvelles avenues, de nouvelles options devant lui. De nouvelles façons de percevoir et d'interpréter l'environnement amène de nouvelles façons de faire. L'individu ne peut s'empêcher d'agir. (Senge, 2004, p.135) C'est une poussée qui monte en lui et l'emporte. La personne qui a cheminé à travers le processus en U sait que ce processus porte des retombées positives tant pour elle-même que pour son environnement. Alors, quand elle sent poindre en elle cette sensation, elle se laisse plus facilement entraîner dans le processus. Par contre,

pour l'individu qui participe pour la première fois à cette étape, il peut être difficile d'adhérer car, à première vue, cela peut sembler superficiel, déconnecté.

À cette étape, l'ouverture de la volonté nous permet de commencer à agir à partir de ce qui émerge. On prototypé, on met sur pied les idées qui ont surgies pendant le presencing. Dans l'évaluation des prototypes, on s'assure de garder l'esprit ouvert, le cœur ouvert et la volonté ouverte pour ne pas retomber dans les vieilles habitudes.

Nous sommes d'avis que les gens qui travaillent au bloc opératoire, peu importe leur statut, sont des gens intelligents, curieux, qui aiment apprendre, qui aiment faire du bien aux autres et soulager les autres. Mais on ne se connaît pas. Chacun arrive d'un milieu différent, d'une formation différente, avec sa perception des choses, ses valeurs, ses objectifs. Pourtant, quelles ressources immenses nous avons sous la main, si on arrive à asseoir tout le monde ensemble. C'est ce qui nous motive à intervenir dans ce milieu. Nous voulons inviter toutes les personnes qui travaillent au bloc opératoire à s'asseoir ensemble, à s'ouvrir et partager leurs perceptions du milieu de travail avec les autres, à trouver ensemble de nouvelles façons de voir et de faire ensemble.

## TROISIÈME PARTIE

### L'intervention

## CHAPITRE V

### MÉTHODOLOGIE

La plus grande contrainte dans ce projet d'intervention est le temps. La durée d'un processus en U peut varier énormément, allant de quelques heures à des mois, voire des années. Pour une intervention ponctuelle comme la nôtre, idéalement, le processus en U doit se vivre sur une période de quelques heures, 3 heures seraient souhaitables. Cependant, les personnes que nous avons sollicitées pour participer n'ont pas de temps à donner. Nous devons les attraper au vol, sur leur temps de travail.

À cause des contraintes de temps imposées par le milieu, avant le début de notre intervention, nous avons choisi deux approches afin de sensibiliser les individus au projet en étant sollicité de diverses façons, soit quelques entretiens individuels, ainsi que des affiches, annonçant notre étude, posées dans le bloc opératoire.

Nos expériences personnelles du milieu nous portent à croire que la majorité des gens qui travaillent en salles d'opération, peu importe la profession, sont animés d'une même passion, soit d'aider le patient à retrouver le bien-être. Ces personnes sont fières de ce qu'elles accomplissent dans leur travail.

#### 5.1 Étape préliminaire

Nous avons invité les personnes qui en avaient le goût à s'exprimer librement sur leur relation à leur travail. L'entretien s'est fait sous forme d'entretien non directif. Il s'est fait sur place, pendant les heures de travail. La longueur des entretiens a varié selon la disponibilité des gens. Les personnes interviewées ont eu la possibilité d'approuver le verbatim.

Dans un deuxième temps, nous avons fait une synthèse des données, recueillies lors des entretiens, que nous avons présentée aux participants lors de la réunion mensuelle du 10 mars 11. Les personnes ont

été invitées à se placer en ateliers pour discuter et travailler à partir de ces données. La coordonnatrice a alloué quatre rencontres d'une heure, en mars et avril 2011, pour travailler en ateliers. Le contenu du premier atelier provenait des résultats de la première collecte de données. Nous ne pouvions donc pas présumer ce qui en résulterait.

Le processus en U s'est vécu par étapes étant donné que le temps alloué était morcelé. Ainsi, ce travail pré-liminaire avait pour objectif de sensibiliser les participants à l'objet de notre étude et de permettre à ceux-ci d'entrer plus rapidement dans le vif du sujet lors des animations ultérieures.

## 5.2 Étape liminaire

L'étape liminaire s'est vécue lors des rencontres de mars et avril. Les méthodes d'animation visaient à inviter les participants à entrer dans la démarche et à les y accompagner.

Si chacun peut constater les effets du processus en U, personne ne sait comment le passage, le changement se fait. L'intervenant ne peut donc prédire ce qui résultera des animations. Son rôle est d'abord de mettre en place les conditions contextuelles qui favoriseront la détente, l'ouverture et l'écoute entre les participants, puis, d'accompagner le groupe à travers le processus. Pour ce faire, Carle (2012, p.33) a défini onze préoccupations fondamentales de l'intervenant lors d'une démarche de processus en U et qu'il nomme les «must», par exemple, le must 1 : l'être humain est digne de confiance. Il faut faire confiance à l'humain car il peut trouver en lui les réponses à ses questionnements s'il sait être à l'écoute. Le must 3 : l'intervenant n'a pas de pouvoir sur le groupe et sur l'expérience. Son rôle est de faciliter, accompagner le groupe dans sa démarche. Le must 11 : rester à l'affût du nouveau. Le processus en U est orienté sur l'émergence. L'intervenant doit être à l'écoute de ce qui veut émerger dans le groupe pour aider celui-ci à le percevoir.

Nous pouvons constater un lien avec l'apprentissage de niveau 3 de Bateson. L'apprentissage de niveau 3 est ce vers quoi tend le processus en U. Le principal travail de l'intervenant est de mettre en place les conditions permettant les apprentissages de niveau 3. L'apprentissage de niveau 3 modifie les modèles mentaux, les prémisses. Rappelons que «l'apprentissage 3 résulte d'une nouvelle construction de la réalité. Il est le fruit d'un recadrage qui, en libérant la dimension créative de l'individu, générera d'autres réponses, plus appropriés.» (Kourilsky-Belliard, 1999. In Carle, 2012, p.22) Une façon d'y parvenir est le World Café.

### 5.2.1 Le World Café

Le choix du World Café s'est imposé comme méthode pour accompagner un groupe dans un processus en U. Le World Café a l'avantage de pouvoir s'appliquer à de très grands groupes. En effet, quelque soit le nombre de participants, ceux-ci sont divisés en équipes de 4 ou 5 personnes, autour de tables à café. Les gens du bloc opératoire sont des gens sérieux, constamment sous la contrainte du temps. Nous ne voulions pas alourdir leurs agendas. Le World Café invite à travailler de façon ludique, dans une ambiance détendue. Cela ajoute à l'intérêt de travailler en World Café.

«Le concept de Café part de l'idée que les personnes disposent déjà de la sagesse et de la créativité nécessaires pour relever les défis les plus durs.»  
([www.theworldcafe.com/translations/cafe\\_a\\_emporter.pdf](http://www.theworldcafe.com/translations/cafe_a_emporter.pdf))

Juanita Brown, l'une des fondatrices, définit le World Café comme étant « an easy to use method for facilitating collaborative dialogue among large groups of people who want to explore questions relevant to real-life situations.» ( [www.theworldcafe.com/translations/cafe\\_a\\_emporter.pdf](http://www.theworldcafe.com/translations/cafe_a_emporter.pdf))

La méthode du World Café propose des conversations dans une ambiance détendue favorisant l'écoute et la créativité. On tente d'y recréer l'ambiance d'un Café. L'animateur invite les gens à s'asseoir autour de petites tables de café (4-5 personnes) recouvertes de nappes. Du café et des bouchées sont à la disposition des participants. Un thème de discussion est proposé à tous. Les groupes disposent chacun de grandes feuilles blanches et de crayons couleurs pour écrire, dessiner, gribouiller ce qui se dit à la table. Chaque table désigne un «hôte» de la table. Par deux fois, après 20 ou 30 minutes, les gens sont invités à changer de table sauf l'hôte de la table. Les conversations reprennent avec les nouveaux partenaires pour une autre période de 20 à 30 minutes. En tout, les gens auront chacun discuté autour de 3 tables avec des personnes différentes. Enfin, les groupes partagent en plénière le fruit de leurs conversations.

Pour que les conversations portent fruit, les fondateurs de cette méthode ont établi sept principes à observer.

### Les 7 principes du World Café (notre traduction)

- 1) Clarifier l'objectif et l'orientation de la conversation du World Café.  
Quels thèmes voulons-nous explorer? Quel thème nous réunit? Quel objectif voulons-nous atteindre?
- 2) Créer un espace accueillant.  
Pour créer une ambiance de Café, on place des tables de façon aléatoire. On les couvre de nappes de couleur. On place deux grandes feuilles blanches et des crayons feutres sur chaque table. On peut ajouter une musique de fond, et, très important : assurez-vous de servir des collations et des boissons.
- 3) Explorer des questions importantes, pertinentes.  
La question et sa formulation sont importantes car elles orientent les réponses. La question se doit d'être efficace. Une question efficace :
  - est simple et claire,
  - provoque la réflexion,
  - génère de l'énergie,
  - fait surgir des hypothèses,
  - offre de nouvelles possibilités,
  - invite à la réflexion profonde,
  - recherche ce qui est utile.
- 4) Encourager la contribution de chacun.  
La plupart des gens ne veulent pas seulement participer, ils veulent activement contribuer à faire la différence.
- 5) Associer différentes perspectives.  
Les déplacements des gens entre les différentes tables provoquent une pollinisation croisée des idées très enrichissante.
- 6) S'écouter et percevoir les modèles, les émergences.  
Apprendre à s'écouter l'un l'autre; découvrir ensemble des modèles qui émergent.
- 7) Partager les découvertes issues des conversations.  
Revenir en plénière pour partager le fruit de nos réflexions. Y a-t-il un thème récurrent, un modèle qui semble émerger de l'ensemble?

On peut associer ces principes au sensing du processus en U. Ces principes tendent à instaurer un échange et une écoute authentiques entre les participants. L'écoute est à la base du succès du World Café. Sans écoute, il n'y a pas de vrai dialogue. (theworldcafe.com; Senge, 2006, p.226)

Pour mettre à profit la démarche du World Café, les participants doivent s'engager dans la conversation. Les fondateurs ont défini les critères d'engagement du participant au World Café :

- 1) Concentrez-vous sur ce qui importe.
- 2) Communiquez vos pensées.
- 3) Parlez avec votre cœur, partagez vos pensées.
- 4) Écoutez pour comprendre.
- 5) Créez des liens et associez des idées.
- 6) Apprenez à vous écouter l'un l'autre, à découvrir des modèles et des liens profonds dans les discours.
- 7) Ralentissez pour avoir le temps de penser, de réfléchir.
- 8) Facilitez la tâche pour vous et les autres.
- 9) Jouez ... dessinez ... gribouillez
- 10) Amusez-vous!!

En gardant un esprit d'ouverture, les participants sont mieux à même de découvrir les causes et les relations sous-jacentes au thème abordé et d'y apporter des réponses innovantes et efficaces. Plus les participants s'engagent dans cette voie, plus la définition de la situation et la recherche de solutions sont enrichies. Le plus difficile est de laisser-aller, de ne pas s'accrocher à nos idées préconçues.

Pour notre projet d'intervention, nous avons choisi la méthode du World Café car nous voulions créer une occasion pour les participants d'apprendre à mieux se connaître, dans un cadre plus détendu et ludique que ce à quoi ils sont habitués. Nous voulions les accompagner dans la construction d'une vision commune de leur travail en équipe. Par leur participation aux ateliers, nous voulions ainsi accompagner les participants à travers la descente et la base du U, la construction d'une vision commune menant ensuite au post-liminaire.

### 5.3 Le post-liminaire

Le post-liminaire, c'est la suite du passage qui mène à un nouvel équilibre. C'est aussi la concrétisation des idées qui émergent. Les personnes qui en ont fait l'expérience disent qu'on ne peut pas ne pas agir. La nouvelle façon de voir amène de nouvelles façons de faire. Elle devient une source de motivation.

Toutes les données seront conservées sur clé USB, sécurisée par un mot de passe, en deux copies. La première sera conservée au domicile de la chercheuse, madame Francine Picotin, et la seconde sera conservée au bureau du directeur, monsieur Paul Carle, à l'UQAM. Les participants ne seront pas nommés. Les cartons produits par les participants lors des animations seront photographiés puis, ils seront déchiquetés.

Ce projet de mémoire a reçu un certificat de *Conformité à l'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets humains* du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal.

## CHAPITRE VI

### LE TERRAIN D'EXPÉRIMENTATION

#### 6.1 Description du lieu d'intervention

Le centre où nous sommes intervenus est un petit centre hospitalier, reconnu depuis longtemps pour son unité des naissances. Ce centre a connu des difficultés de recrutement au niveau des médecins spécialistes il y a de cela quelques années. L'anesthésiste en chef a pris ce poste pour tenter de résoudre ce problème. Pour un bon fonctionnement au bloc opératoire, il faut des anesthésistes. S'il n'y a que 3 anesthésistes, cela signifie qu'ils sont chacun de garde aux trois jours. C'est épuisant. Pour que le département d'anesthésie soit viable, il doit compter six ou sept anesthésistes. Cela ne leur fait alors qu'une garde par semaine, ce qui est plus raisonnable. Donc, ce centre a augmenté le nombre d'anesthésistes à six, offrant ainsi des heures de chirurgie supplémentaires en passant de deux à quatre salles. Ces heures de chirurgie supplémentaires sont offertes à des chirurgiens de deux grands hôpitaux de la région de Montréal. Ces chirurgiens viennent performer leurs petites chirurgies dans ce centre. Ces médecins-visiteurs n'y font que des chirurgies d'un jour étant donné qu'ils ne sont pas attachés à cet hôpital et qu'ils n'y ont pas de lits attirés.

Ce centre a aussi comme caractéristique d'être bilingue tant du côté des soignants que du côté de la clientèle. Ainsi, nous avons obtenu des entretiens en français et des entretiens en anglais dans le cadre de cette étude. Certaines personnes anglophones ont voulu s'exprimer en français. Le vocabulaire francophone utilisé par ces participants pourrait être teinté de sens anglophone.

La coordonnatrice est la responsable du bloc opératoire et du département de chirurgie d'un jour. Cette coordonnatrice est en poste depuis un peu plus d'un an. Le bloc opératoire est constitué de cinq salles de chirurgie, une salle de réveil, une salle de stérilisation, le poste, la chirurgie d'un jour où sont

accueillis les patients du jour. Nous sommes intervenus auprès de tout le personnel, soit environ 40 personnes.

## 6.2 État des lieux

Nous avons été approchés par la coordonnatrice des soins péri-opératoires qui était intéressée par notre projet de mémoire. Nous avons discuté avec elle de notre projet d'étude ainsi que de ses attentes. Elle désirait donner des occasions aux employés de travailler en interdisciplinarité. Quand elle réunit les employés, elle a remarqué que ceux-ci se plaçaient par groupe d'emplois : les infirmières d'un côté, les inhalothérapeutes de l'autre, les préposés en arrière. Aussi, un préposé a déjà dit à la coordonnatrice que les préposés étaient les T.C. du bloc, soit les «trous de cul» du bloc. Il y a du travail à faire pour développer l'interdisciplinarité quand certains employés ont une si faible estime de leur apport dans l'équipe. Le résultat espéré de notre projet d'intervention est qu'une meilleure connaissance de l'autre et de son rôle favorise une meilleure collaboration entre tous les acteurs.

La coordonnatrice nous dit qu'à son arrivée, il y a environ 1 an, le département était en crise. Nous n'avons pas défini quel type de crise exactement. Elle a beaucoup de difficultés à communiquer avec les médecins. La plupart sont très âgés et ne veulent discuter qu'avec des directeurs. Ils ne veulent pas discuter avec elle. Ils ne lui reconnaissent aucune autorité. Provenant d'un milieu où le travail se fait en cogestion, elle trouve l'attitude des médecins très difficile à vivre. Elle nous dit qu'elle-même et sa directrice cherchent des moyens de régler ce problème. Elles commencent à penser à consulter à l'externe. Notre projet de recherche tombe à pic puisque l'un de ses objectifs est de réunir tous les acteurs de la salle d'opération. Il est très bienvenu.

Elle nous raconte un événement arrivé récemment. Après une situation critique survenue en salle d'opération, elle a réuni tout son personnel pour faire un retour sur l'événement. Un médecin est venu et a pris la rencontre en charge. Il a décrit tout ce que lui-même avait fait et a accusé un autre médecin spécialiste d'avoir commis une erreur. La coordonnatrice était atterrée. Le médecin a détruit ce qu'elle essayait de bâtir, soit l'interdisciplinarité dans un climat de collaboration.

Elle nous raconte aussi un autre événement, une expérience de travail interdisciplinaire. Elle avait réuni une équipe interdisciplinaire du bloc, avec un représentant de chaque catégorie d'employés, pour réfléchir à un problème. C'est la préposée qui a trouvé la solution. Le lendemain matin, la coordonnatrice va trouver la préposée pour lui proposer de mettre la solution en place. À sa grande

surprise, la préposée avait déjà réorganisée les choses. La coordonnatrice était très contente de cette réussite. C'est ce type de comportement qu'elle tente d'implanter dans ce milieu.

### 6.3 Possibilités d'immersion

La coordonnatrice nous donne la permission de «traîner» dans le bloc. Nous pouvons nous y promener et y faire des entretiens, avec l'accord des participants, pendant quelques jours. Travaillant en agence en tant qu'inhalothérapeute, la chercheuse a parfois eu l'occasion de travailler dans ce bloc opératoire. Les gens la connaissant déjà un peu, elle a déjà commencé à les sensibiliser à ce projet de mémoire.

### 6.4 Constatations et commentaires

Les temps où nous avons été présente dans le milieu pour y travailler nous a permis de constater au sein de l'équipe d'infirmières, préposés, commis, inhalothérapeutes, un souci de souligner les retraites, les anniversaires, les fêtes. Il n'y a pas de comité social. C'est une infirmière, toujours la même, qui organise les dîners de fête où chacun cotise. Nous y avons assisté à quelques reprises. Nous y avons toujours été bien accueillis malgré que nous soyons du personnel d'agence et que nous y avons travaillé seulement quelques jours. Il y a toujours une table très bien garnie et invitante. Dans un plus grand centre que nous connaissons, il existe un comité social, formé de deux ou trois personnes, qui s'occupe de ramasser des fonds et de souligner les événements parmi les employés du bloc.

Il existe une autre ressemblance entre ce grand centre et le petit centre où nous sommes intervenus : les câlins. Dans le livre de recettes, les infirmières y ont inclus «les boules d'amour», mais n'ont pas voulu définir ce que c'étaient. À notre remarque qu'un nouveau venu dans le bloc opératoire ne saurait pas de quoi il s'agit, on a répondu : «Nous lui montrerons». Les boules d'amour sont des câlins. Dans le grand centre, nous avons souvent été témoin de cette demande : «J'ai besoin d'un câlin». Quelqu'un venait et prenait dans ses bras la personne demanderesse. Évidemment, la demande n'est pas faite à n'importe qui. Tout de même, nous croyons que cela démontre l'importance des relations sociales dans ce milieu. En cela nous rejoignons Sainsaulieu : «Le ciment qui nous a le plus surpris est l'importance des relations affectives dans cet univers de soins.» (Sansaulieu et Galienne, 2003, p.57)

L'état de crise des deux dernières années décrit par l'anesthésiste et la coordonnatrice n'a pas transparu dans les entretiens.

Nous n'avons été témoin d'aucune plainte de la part des infirmières malgré que ça faisait trois jours qu'elles étaient en moins, c'est-à-dire, qu'elles fonctionnaient avec une ou deux infirmières de moins que le minimum requis pour que les salles roulent sans s'arrêter. Quand il manque trop d'infirmières, toute la salle arrête pour les pauses et le dîner, ce qui retarde les cas et oblige souvent à annuler des cas en fin de journée. Devant notre étonnement de n'avoir été témoin d'aucune plainte, une infirmière nous a répondu : «C'est peut-être parce qu'on commence à être habituées. Ça nous arrive souvent.» Quand même, nous en demeurons étonnés. Dans un autre milieu, les plaintes auraient fusé.

Nous avons demandé à l'assistante-chef infirmière s'il y avait beaucoup de personnes en congé pour maladie dans le département. Elle nous a répondu que non, il n'y a pas beaucoup de congés pour maladie. Au moment où nous lui avons posé la question, il n'y avait qu'une personne en congé de maladie, pour une bronchite. Elle n'a pas eu connaissance qu'il y ait eu de cas de «burn-out» ou de dépression parmi le personnel ces dernières années.

#### 6.5 La coordonnatrice

La coordonnatrice nous a confié qu'elle provenait d'un milieu où le travail se fait en cogestion. Elle trouve difficile de s'adapter à ce milieu qui est le sien maintenant. D'abord à cause de sa difficulté à être reconnue par les vieux médecins de ce centre. Ils ne lui reconnaissent aucune autorité, ne lui accordent aucune crédibilité. Ils ne s'adressent qu'à des directeurs. Ces derniers ne lui démontrent pas d'appui en acceptant de transiger directement avec ces médecins. Pourtant, «les théories du changement dans les organisations montrent que des changements fondamentaux doivent être appuyés au plus haut niveau pour être mis en œuvre par les autres niveaux.» (Bercot, 2003, p.63)

L'autre difficulté vient du personnel. Celui-ci n'est pas habitué de travailler en cogestion et n'est donc pas porté à s'impliquer. De plus, le personnel est divisé, c'est-à-dire que les gens se regroupent par profession. Par exemple, lors des rencontres départementales, la coordonnatrice a remarqué que toutes les infirmières s'assoient du même côté de la salle; les inhalothérapeutes sont regroupés de l'autre côté; les préposés et les commis se placent dans le fond de la salle. «Les personnes de même statut se rapprochent, alors que celles ayant des statuts différents s'éloignent les unes des autres.» (Mongeau et St-Charles, 2011, p.270)

La coordonnatrice connaît bien son personnel. Elle sait comment les employés vont réagir. Elle nous dit que le personnel n'est pas un public facile. Il préfère travailler que d'assister à des rencontres. Elle doit insister pour qu'il assiste aux rencontres mensuelles. Cependant, ce sont des gens sérieux. Ils veulent bien faire leur travail et s'y appliquent. Ce sont des professionnels.

La coordonnatrice a été d'un grand soutien pour notre projet. Aux deux premières rencontres, elle était en vacances et s'est déplacée chaque fois pour assister à la rencontre. Elle a participé activement aux ateliers en prenant place dans l'une des équipes. Elle a beaucoup encouragé les participants à s'exprimer, à ne pas se censurer.

La coordonnatrice semble avoir une influence positive sur les participants. En effet, à la première rencontre, une infirmière rétive ne cessait de répéter : «J'peux pas croire qu'on nous paye pour dessiner. J'ai des choses bien plus importantes à faire en haut (au bloc opératoire)». La coordonnatrice a su trouver les mots justes pour l'amener à laisser tomber ses résistances et à participer. À la fin de la rencontre, cette infirmière nous a dit : « Ben finalement, c'était l'fun.» Ce changement d'attitude nous démontre qu'il s'est passé quelque chose chez cette infirmière lors de cet atelier. Elle y a vécu un changement qui se révèle positif à la fin. Elle a aimé cette expérience.

La participation de la coordonnatrice nous a permis de constater qu'elle a déjà participé à des ateliers semblables. Elle nous a aidé à rendre les consignes plus claires. Elle nous a demandé des précisions lorsqu'elle sentait que les gens ne comprenaient pas.

Nous croyons que l'humilité de la coordonnatrice a exercé une influence sur les comportements des participants lors des ateliers. Elle ne s'est pas placée au-dessus des participants. Elle a participé aux ateliers à titre de participante, comme les employés. À la troisième rencontre, le café est arrivé en retard. Ne voulant pas casser la dynamique de travail dans les équipes, la chercheuse et la coordonnatrice ont servi le café aux participants. La coordonnatrice a aussi permis un léger dépassement d'horaire. Les gens sont repartis en retard afin de permettre à toutes les équipes de s'exprimer.

En se déplaçant malgré le fait qu'elle soit en vacances, la coordonnatrice a démontré aux employés l'importance qu'elle accordait aux ateliers. Sa motivation et son dynamisme ont stimulé les participants à se laisser aller et à participer.

Après le deuxième atelier, la coordonnatrice nous a partagé avoir constaté un début d'interdisciplinarité parmi le personnel. Elle nous a raconté que pendant une chirurgie, une infirmière

a constaté qu'un inhalothérapeute avait besoin d'aide et est intervenue. Avant les ateliers, l'infirmière ne s'apercevait pas que l'inhalothérapeute avait besoin d'aide parce qu'elle ne savait pas, elle ne connaissait pas les préoccupations des inhalothérapeutes. Elle est intervenue parce qu'elle y a été sensibilisée lors des échanges en ateliers.

## 6.6 Les ateliers

Pour les ateliers, nous n'avons pas pu suivre toutes les directives du World Café à cause des contraintes imposées par le milieu. Nous avons donc adapté le processus au contexte et à ses limites.

### 6.6.1 Les rencontres

La coordonnatrice a alloué à la chercheure quatre rencontres d'une heure avec le personnel du bloc opératoire. Ces rencontres sont des rencontres de département qui ont lieu deux fois par mois, les jeudis matins de 7h30 à 8h30 et sont déterminées, annuellement, en septembre. Ces rencontres sont obligatoires pour le personnel. Elles sont utilisées pour les besoins ponctuels de formation du personnel sur de nouvelles procédures ou de nouveaux produits. Sinon, elles sont utilisées pour les rencontres de département qui sont animées par la coordonnatrice et qui servent entre autres à informer le personnel.

Le World Café est supposé rassembler des gens qui ont le goût d'échanger sur un sujet qui les intéresse. Dans notre étude, les rencontres étaient obligatoires. Les personnes n'y étaient pas par choix. De plus, elles n'ont pas eu le choix du sujet. C'est en bonne partie pourquoi nous avons choisi de les faire travailler de façon ludique.

### 6.6.2 L'espace

La démarche préconise de rassembler les gens hors de leur lieu de travail pour leur faire vivre un dépaysement, les déstabiliser. Il était hors de question, lors de notre étude, de sortir du bâtiment. Les rencontres ont eu lieu dans une salle de réunion à l'étage inférieur au bloc opératoire, au sous-sol de l'hôpital. Cette salle a la grandeur d'une salle de classe. Il y a des néons au plafond et des tableaux

cloués aux murs. On ne peut les déplacer. Sur un mur, il y a des fenêtres et sur un autre, on retrouve un grand garde-robe. Ce qui ne laisse pas beaucoup de place pour poser des affiches. Au lieu de petites tables rondes à café, il y a de grandes tables rectangulaires pour plus de dix personnes. Nous avons dû nous accommoder du local qui nous a été assigné puisque nous ne pouvions inviter les participants à l'extérieur de leur milieu de travail.

### 6.6.3 Le temps

Les rencontres étaient étalées dans le temps. Il y a eu deux rencontres en mars (10, 17) et deux rencontres en avril (14, 21). Les deuxième et troisième rencontres étaient séparées de 3 semaines. Trois rencontres sur quatre ont eu lieu pendant les vacances de la coordonnatrice. Cependant, celle-ci s'est déplacée les deux premières fois pour participer aux rencontres. Elle a été d'un grand support pour la chercheuse en encourageant fortement les employés à participer. À la quatrième rencontre, elle était à l'extérieur du pays et n'a donc pu assister à la rencontre.

Bien que le temps alloué aux rencontres fût d'une heure, le temps réel passé en temps de rencontre était bien en deçà d'une heure. Le temps réel tournait plutôt autour de 40-45 minutes. Pendant ces 45 minutes, il fallait donner les consignes et laisser assez de temps aux équipes pour travailler.

Le processus propose un approfondissement de la réflexion en groupe. L'approfondissement demande du temps, c'est pourquoi ce processus est sensé se vivre sur une période prolongée. L'approfondissement est aussi la raison pour laquelle on insiste sur la qualité de la participation des acteurs. Meilleure est l'écoute entre les participants, meilleure devient la compréhension du thème abordé. Mieux adaptées, alors, seront les réponses à la question.

Nous avons tenté de contourner la dispersion dans le temps en gardant toujours un lien avec la rencontre précédente, l'animation reprenant les résultats de la dernière rencontre pour poursuivre le travail ensemble. Nous avons aussi misé sur l'ambiance ludique créée par les animations, de rencontre en rencontre, pour que les participants s'en imprègnent afin de faciliter la continuité du processus.

#### 6.6.4 Un auditoire captif

Les participants constituaient donc un auditoire captif. Ce qui a apporté un défi d'importance. Le principe du World Café est de réunir des participants qui sont intéressés à échanger sur un sujet donné. Dans notre étude, les participants étaient obligés de participer aux quatre rencontres puisque ce sont des temps de rencontres départementales obligatoires. Aux deux premières rencontres, il a fallu que la coordonnatrice les appelle au bloc opératoire pour qu'ils arrivent. Il fallait donc motiver le groupe à participer, à s'ouvrir à une nouvelle expérience.

Chaque rencontre a réuni près d'une trentaine de personnes. Ce n'étaient pas nécessairement toujours exactement les mêmes personnes puisque c'étaient les personnes qui étaient au travail ces jours-là qui participaient. Ainsi, certaines personnes ont été en congé ou en vacances pendant l'une ou l'autre rencontre. À chaque rencontre, la chercheuse a apporté 30 muffins. Il en restait, tout au plus, trois à la fin de la rencontre. Ce qui fait varier le nombre de participants autour de 27-28 participants en considérant que chaque participant a pris un muffin. Comme titre d'emploi, on retrouvait dans la salle les commis au poste, les deux assistantes (infirmière et inhalothérapeute), les infirmières de salle d'opération, les infirmières de la salle de réveil, les infirmières de la chirurgie d'un jour, les inhalothérapeutes, les préposés aux salles d'opération, les préposés à la stérilisation et surtout, la coordonnatrice.

Les médecins ont été invités pour la première rencontre mais ne se sont pas présentés. «l'un d'eux m'a répondu : « Si on a le temps.» quand je les ai invités à se joindre à nous.» (Extrait du journal de bord de la chercheuse, 10 mars 2011) Après la troisième rencontre, un médecin a voulu s'inviter à une rencontre mais les infirmières lui ont répondu qu'il ne pouvait pas venir. La coordonnatrice a cru que c'était préférable ainsi, sinon les infirmières se censureraient. Pourtant, l'un des objectifs de cette étude est que tous les acteurs concernés soient présents, mais le groupe ne semblait pas prêt à partager avec les médecins.

Tous les acteurs impliqués n'étaient pas présents. Les médecins étaient absents. Si nous avions reçu le mandat d'intervenir pour corriger la situation, nous aurions insisté pour que les médecins soient présents. Nous aurions insisté aussi pour que l'intervention se déroule sur une journée complète ou, du moins d'une demi-journée, afin d'avoir plus de temps pour réfléchir et approfondir le sujet de discussion et arriver ainsi avec plus de pistes de solutions.

### 6.6.5 La question

La méthode du World Café insiste sur l'importance de choisir la bonne question, celle qui va alimenter les échanges. Étant donné que nous n'avions pas encore obtenu l'approbation éthique, que les participants n'y étaient pas par choix, qu'ils n'avaient pas le choix de la question et que nous ne voulions pas ajouter à leurs tâches, nous avons donc choisi des activités de projection dans le futur faisant appel à l'imaginaire..

### 6.7 Des biais

Le statut de la chercheuse dans ce bloc opératoire pose des biais à l'étude. Certains sont favorables, d'autres moins. En effet, la chercheuse est inhalothérapeute et l'agence pour laquelle elle travaille l'envoie parfois travailler dans ce centre, entre autres au bloc opératoire.

#### Les biais favorables

- Ayant eu vent de ce projet d'étude, c'est la coordonnatrice du milieu qui a contacté la chercheuse pour lui offrir de mener son projet d'intervention dans ce milieu. Elle était intéressée par l'objectif de ce projet d'étude, soit de faire travailler les gens en interdisciplinarité.
- La chercheuse est à l'aise dans ce milieu, elle connaît la dynamique du milieu.
- Le fait que les participants connaissent déjà la chercheuse a eu comme avantage de faciliter la participation du milieu. Les participants s'ouvrent et partagent plus facilement leurs pensées.
- Le bloc opératoire est un milieu complexe. La chercheuse connaît les problématiques générales d'un bloc opératoire. Elle comprend les situations de l'intérieur.

#### Les biais défavorables

- Le fait pour la chercheuse d'être parfois amenée à travailler dans le milieu étudié crée une confusion de rôles, autant du côté de la chercheuse que du côté des participants. Les participants considèrent la chercheuse comme une collègue de travail, une inhalothérapeute qui fait de la formation continue. De fait, la chercheuse se considérait comme telle au début du projet, avant de mettre les souliers de l'intervenante.

- Aussi, les discours des participants sont différents selon qu'ils sont en pause, ou qu'ils sont en ateliers, lors des animations. À la salle à café, les participants ne se gênent pas pour dire ce qu'ils pensent, pour se vider le cœur; aux ateliers, les discours sont plutôt «politically correct». Les réponses sont plus enrobées. Il y a plus de sous-entendus. Pour l'interprétation des données, nous n'utiliserons que les données obtenues lors des ateliers et lors des entretiens que nous avons eus avec certains participants.
- Le fait que les gens connaissent la chercheuse a fait qu'ils ont accepté d'être interviewés et enregistrés sur micro-enregistreuse, mais ils ont tous refusé de lire et de signer le formulaire de consentement. Les raisons invoquées sont : on a bien compris l'objet de l'étude, c'est trop long à lire, on a confiance en toi. Cela pose un problème éthique à la chercheuse car cela contrevient aux règles de l'éthique en recherche. Mais sachant qu'insister auprès des gens risquait de fermer des portes, nous avons choisi de respecter leurs conditions. Nous avons donc opté pour la posture suivante : Les contraintes imposées par le milieu, nous permettront de refléter les conditions de travail quotidiennes de ces personnes.
- Les participants peuvent prendre pour acquis que la chercheuse comprend les sous-entendus et ne pas expliciter leurs pensées.
- Tout comme la chercheuse peut prendre pour acquis qu'elle interprète bien les situations, les sous-entendus et oublier de confirmer avec les participants ce qu'ils sont en train de partager. Les expériences vécues dans d'autres centres peuvent amener la chercheuse à mal interpréter les situations, à préjuger des intentions des participants.
- Le fait de connaître d'expérience ce milieu de travail peut amener la chercheuse à oublier, dans ce mémoire, d'expliquer certaines notions pour les non-initiés qui le liront.
- Un biais potentiel est que les participants cherchent seulement à faire plaisir, à aider une collègue de travail. Dans ces conditions, les participants cherchent plutôt à donner des réponses qui font plaisir à l'intervenant plutôt qu'à dire ce qu'ils pensent vraiment.
- Connaissant l'importance que revêtent les temps de repos pour le personnel du bloc opératoire, nous avons respecté les employés et ne sommes pas intervenus pendant ces moments.
- Cette meilleure compréhension du milieu a comme contrepartie que la chercheuse n'a pas un regard neuf, naïf sur le milieu. C'est ce qui nous a fait demander à deux jeunes internes en médecine, qui mettaient les pieds pour la première fois dans un bloc opératoire, ce qui les avait le plus impressionné ou marqué pendant leur première journée au bloc. Elles ont toutes deux répondu : «Tout le monde sait quoi faire.» Pour apporter un regard externe sur le

milieu, nous avons choisi de suivre le regard qu'ont porté des anthropologues sur le milieu, Genest et Pouchelle.

- Nous savons que le taux de participation à une étude dans le milieu hospitalier est, en général, très faible lors d'une première approche (Bourbonnais, 1997. p.11). Pour obtenir 70% de participation, il faut insister et faire des rappels auprès des participants. Bourbonnais, (1997. p.11), a dû faire trois rappels pour obtenir 70% de participation. Nous n'avons pas voulu insister parce qu'insister n'aurait fait que rendre les participants plus rébarbatifs à participer. Ils auraient dit non et seraient passés à autre chose. Nous ne voulions pas perdre notre accès au milieu.
- Le fait que ce soit la coordonnatrice qui soit venue nous offrir son milieu nous a obligé, pour ne pas perdre une telle occasion d'intervention, à débiter les interventions avant d'avoir obtenu l'approbation du comité éthique de l'université. Nous n'avons pas eu le choix des dates d'intervention. Nous sommes intervenus dans le milieu avec l'approbation de notre directeur de maîtrise, monsieur Paul Carle, et de madame Isis Brouillet, notre co-directrice de maîtrise à cette époque.

#### 6.8 Intervenir malgré les contraintes

Malgré le fait que la démarche de notre projet d'étude ait été faite de façon anachronique par rapport à la démarche de recherche universitaire, nous avons choisi de mener notre intervention quand même pour plusieurs raisons.

Nous avons accepté l'offre de la coordonnatrice d'intervenir dans son milieu, malgré que la démarche universitaire ne le permette pas encore, parce que nous anticipions la difficulté de recruter un milieu qui serait intéressé suffisamment à notre projet d'étude pour y investir temps et ressources humaines.

Le processus en U est un processus qui, à travers le chaos, fait place à ce qui veut émerger. Comme notre intérêt porte sur les émergences du processus en U, il nous a donc semblé opportun d'accepter cette offre inespérée qui s'est présentée comme une émergence dans notre démarche de recherche, dans un processus en U en train de se dérouler, de s'établir.

Aussi, nous croyons que les conditions, dans lesquelles nous sommes intervenus, représentent bien les conditions de travail au bloc opératoire. Par exemple, nous avons pu observer que les médecins étaient

ceux qui étaient les plus disponibles et que les préposés étaient ceux qui l'étaient le moins. Les médecins attendent, entre les cas, que la salle soit nettoyée et préparée pour le cas suivant. Tandis que les préposés ont à peine quelques minutes de répit entre deux tâches.

Lorsque nous avons voulu obtenir des entretiens, les gens ont accepté à la condition que ce soit sur leur temps de travail. Ils donnent déjà assez d'eux-mêmes au travail, ils gardent jalousement pour eux leur temps hors travail. Les gens sont pressés au bloc opératoire. C'est l'une des raisons pourquoi ils ont refusé de lire et de signer le formulaire de consentement après que nous leur ayons expliqué notre projet d'étude. On nous a répondu : «Je te réponds, ça veut dire que j'accepte. » ou encore «J'ai pas besoin de lire ça pour te répondre.» C'était à ces conditions ou rien. Nous avons accepté de jouer selon leurs règles pour garder notre accès au milieu. Nous avons tenté d'arrimer notre intervention aux conditions et aux besoins du milieu.

## QUATRIÈME PARTIE

Les résultats

## CHAPITRE VII

### PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

L'objectif de notre intervention était de faire expérimenter aux membres des différentes disciplines de nouvelles façons d'être en relation à travers une démarche de processus en U. Nous croyons avoir rencontré notre objectif. Au fil des rencontres, les différents personnels ont appris à mieux se connaître, ce qui a influé sur leur collaboration au travail à au moins deux reprises, le temps qu'auront duré les rencontres. Le comportement du groupe a changé, du premier au quatrième atelier. De la résistance, il est passé à la collaboration. Du travail en silo, il est passé au penser-ensemble.

#### Compte-rendu et analyse des ateliers

##### 7.1 Compte-rendu du 1er atelier- Imaginer ensemble

Objectif : faire expérimenter aux participants une nouvelle façon d'être ensemble, de travailler ensemble (les dé-censurer), apprendre à se connaître.

#### Préparation de la salle

Une table à café à l'arrière de la salle.

La chercheure a prédisposé la salle. Elle a dispersé dans la salle cinq tables d'environ 8 pieds chacune, et placé 4 chaises par table. Au centre de chaque table était placé un grand carton, des crayons de couleurs ainsi qu'une reproduction 8½ po. x 11 po. de l'affiche du World Café. La chercheure a fourni les muffins pour les participants et la coordonnatrice a fourni le café.

La coordonnatrice a mentionné à la chercheuse que le personnel préfère travailler plutôt que de participer à des rencontres. Dans les rencontres, chaque groupe prend son coin de salle. Ils ne se mêlent pas les uns aux autres. Aussi, la coordonnatrice se plaint de la difficulté de les faire parler quand c'est le temps. Les gens se censurent.

La coordonnatrice était en vacances au moment de l'intervention mais elle s'est quand même déplacée pour assister à la rencontre. Les gens sont arrivés en retard. Il a fallu que la coordonnatrice appelle au bloc opératoire pour qu'ils descendent malgré que ces rencontres soient obligatoires pour tout le personnel. Cela a apporté un stress à la chercheuse puisque chaque minute de retard coupe du temps pour les consignes et le travail en atelier. Les participants n'ont que 60 minutes de disponibilité au total. Ce qui n'est déjà pas beaucoup.

À leur arrivée dans la salle, les gens ont été surpris par les cartons et les crayons de couleur sur les tables. Nous avons pris 10 minutes pour donner les consignes. Les équipes devaient être diversifiées : infirmières, préposés, inhalothérapeutes, commis, gestionnaires. Les participants devaient travailler selon les directives du World Café, que nous leur avons expliquées. Nous avons voulu laisser le plus de temps possible au travail en équipe. La question posée pour le travail en équipe : décrire le bloc opératoire idéal.

À cause du temps perdu au début de la rencontre, les équipes ont travaillé seulement 10 minutes. Puis, on a demandé à tout le monde de changer de table sauf une personne par table. Les équipes ont travaillé 10 autres minutes sur le travail commencé par les autres. Nous avons eu l'impression que c'est à ce moment-là que le déclic a commencé à se faire pour certaines. Enfin, en plénière, chaque équipe a eu 2 minutes pour décrire ce qui avait été écrit et dessiné sur leur carton.

Certaines équipes ont hésité un peu au début. Plusieurs personnes ont de la difficulté à se laisser aller, à s'amuser. Une infirmière en particulier, au début, trouvait que ça n'avait pas d'allure d'être payé pour jouer alors qu'il y a beaucoup de travail à faire au bloc. Elle était complètement dépassée. Nous avons tenté de lui expliquer que c'est une nouvelle approche, une nouvelle manière de travailler ensemble. Mais elle semblait toujours dépassée jusqu'à ce que la coordonnatrice lui dise que le jeu aussi était important. Ça a semblé faire l'effet de : si la boss dit que c'est correct et important, on va le faire. La coordonnatrice semble avoir eu un impact positif auprès des employés, peut-être parce qu'elle a démontré un grand intérêt pour l'activité. Si ça a été difficile pour certaines, d'autres y ont pris du plaisir car nous entendions rire régulièrement dans les équipes.

Au départ, nous doutions de pouvoir déstabiliser les participants puisque nous n'avions que peu de moyens de mettre tous les éléments en place. Maintenant, nous sommes portés à croire que nous avons réussi à les déstabiliser. Si nous avions eu plus de temps, nous aurions pu aller plus en profondeur. L'approfondissement a été le défi de la rencontre suivante, la semaine suivante.

#### Rencontre de l'objectif

Les gens sont arrivés en retard. La coordonnatrice me dit qu'elle doit souvent appeler au bloc opératoire pour qu'ils viennent aux rencontres. C'est dire la résistance du personnel à toute rencontre. Quand ils sont entrés dans la salle, les gens ont été déstabilisés par la disposition de la salle et surtout par le fait qu'il y avait des crayons de couleur et de grands cartons sur chaque table.

Les gens devaient se regrouper en équipes interdisciplinaires et travailler avec les sept principes du World Café, la question étant : Le bloc opératoire idéal. Au début, les gens ont commencé timidement. C'est lorsqu'on les a fait changer de table pour poursuivre la discussion, qu'il nous a semblé que le déclic se soit fait pour certaines personnes. Le café et les muffins aidant, elles ont commencé à se laisser aller, à s'amuser, ce qui est important dans notre processus puisque celui-ci se fonde sur l'ouverture et la créativité. Les rires ont fusé dans les équipes. Ce qui nous fait dire que l'atelier a permis de faire tomber certaines résistances. À la fin, il y eu une plénière où chaque équipe a présenté le fruit de ses réflexions. Plusieurs personnes étaient gênées de parler. La coordonnatrice les a fortement encouragés à ne pas se censurer. Le bilan de l'atelier est positif. Nous avons réussi à créer une brèche dans les résistances du personnel et nous avons réussi à l'amener à travailler à un niveau plus créatif, imaginaire. Ceci a pour but de faciliter l'accès de l'imaginaire à des solutions originales et efficaces. Les cartons produits par chacune des équipes sont très colorés. Tout l'espace est occupé sur les cartons. Il y a beaucoup d'humour.

En bref, au début, les gens ne démontraient pas d'intérêt en ne se présentant pas à la rencontre. Ils y sont venus de façon obligatoire. À leur arrivée, ils ont été déstabilisés par la disposition de la salle et par ce qu'on leur demandait de faire. Grâce à l'encouragement continu de la coordonnatrice, les gens ont commencé à se laisser aller, à s'amuser. Finalement, ils ont du plaisir. La coordonnatrice nous ayant confié que les équipes ne se mêlent pas entre elles, un de nos objectifs secondaires était de leur faire vivre une expérience agréable en interdisciplinarité. Nous considérons avoir réussi à faire vivre une expérience de travail en interdisciplinarité qui soit agréable.

Dans le processus en U, les participants sont au niveau du sensing (Scharmer, 2009. p.143). Ils en sont à l'ouverture à l'autre. Ils se découvrent.

Les médecins n'étaient pas présents. La coordonnatrice nous dit que c'est préférable pour que le personnel accepte de s'ouvrir. Quand les médecins sont là, le personnel ne parle pas. Nous avons donc cherché à créer une certaine ouverture à ce que l'autre vit entre les différents professionnels du bloc.

## 7.2 Compte-rendu du 2e atelier- S'écouter, se raconter

Objectif : Donner l'occasion aux participants de mieux se connaître en les invitant à se raconter des moments vécus au travail.

### Préparation de la salle

Une table est installée à l'arrière de la salle sur laquelle reposent une cafetière et des muffins. Les cartons faits par les participants la semaine précédente sont affichés au mur gauche pour aider à recréer l'ambiance de travail. Sur le mur de devant, une affiche représentant les 4 niveaux de la relation médecin/patient pour aider à comprendre le processus en U. Au mur droit, dessiné avec des rubans, on retrouve un grand U et trois droites qui le traversent horizontalement pour représenter les différents niveaux, des post-it collés à différents endroits de la courbe en U. Les tables sont dispersées dans la salle pour permettre le travail en équipe. Sur chaque table se trouvent deux grandes feuilles, 24 po. x 24 po., des crayons de couleur et des post-it, 5 cm x 5 cm, de couleurs. On retrouve aussi une copie du World Café Guidelines.

À partir des données collectées lors des entretiens et lors du premier atelier, nous avons soutiré quelques éléments et les avons écrits sur des post-it. Nous avons placé ces post-it aux différents niveaux du U au mur. Vous pouvez voir une photo du U à l'annexe B.

Tableau 7-1 Contenus des post-it

## Contenus des post-it

## Niveau 1-

- espace physique limité ( salle trop petite)
- barrière médicale vs autres personnels : infirmières, inhalos, préposés, secrétaire
- acharnement des médecins, consentement éclairé
- trop de chefs, pas assez de personnels
- abus du système
- gestion des appels lors des gardes
- conflits entre chirurgiens et anesthésiologistes

## Niveau 2-

- inégalité salariale → cause → brime le travail d'équipe
- ↳ sentiment de jalousie (envie)
- allo ( infantilisation, re : Dites-leur bonjour.)
- RESPECT
- Gardes difficiles → fatigue
- Se faire dire quoi faire, c'est plate.

## Niveau 3-

- \$\$\$ (ne pas toucher)
- manque de communication interpersonnel-médecin
- le manque de reconnaissance professionnelle affecte l'intégrité de la personne
- manque de respect
- problématiques inhérentes à chacun des titres d'emploi
- certains sont dérangés par la bonne humeur
- conflits de personnalité parfois
- le plaisir dans le travail est occulté par : la performance
- la routine peut devenir aliénante

## Niveau 4-

- les gens sont intéressés à bien travailler
- métaphore : internet haute vitesse vs internet basse vitesse
- chirurgiens touristes vs personnel= milieu de vie
- médecins vs personnel : pas la même vision, pas la même planète
- embauche de nouvelles infirmières : le sang neuf amène l'ouverture, la confiance, ce qui contribue à améliorer le climat de travail
- l'ordre attire le respect

## Niveau 5-

- chacun trouve sa place selon son tempérament
- régler le problème sur le moment pour ne pas accumuler de frustrations
- sur un conflit → prendre un temps de réflexion avant de confronter

## Niveau 6-

- présence médicale : chirurgiens et anesthésistes
- responsabilité des anesthésiologistes
- ↑ présence
- rotation
- fenêtres dans le bloc opératoire = bonne humeur
- travailler dans l'harmonie
- du plaisir en travaillant

## Niveau 7-

- organisation physique standard dans les salles
- musique dans les salles
- achat d'un téléphone sans fil
- meilleure communication avec les intervenants

L'atelier a débuté avec dix minutes de retard car les gens n'arrivaient pas. La coordonnatrice s'est déplacée encore cette fois-ci malgré qu'elle soit en vacances. Ce que nous apprécions beaucoup parce que son support est très aidant. La coordonnatrice doit appeler au département pour faire descendre le personnel, ce qui occasionne le retard. Cela est très déroutant parce que nous devons écouter les explications et le temps de travail en équipe. Ce stress nous cause de la difficulté à donner des consignes claires. La coordonnatrice nous dit que les explications sont claires mais les consignes ne le sont pas. La coordonnatrice vient en aide en demandant des précisions. Nous avons estimé que pour cet atelier, le temps de rencontre était trop court pour créer des déplacements. Nous avons préféré donner plus de temps aux échanges entre les participants.

Pour débiter l'animation, nous avons tiré un exemple du milieu médical, la relation médecin-patient, pour aider à comprendre les différents niveaux représentés sur le U. Puis, nous avons expliqué les post-it et comment nous les avons placés dans le U afin qu'ils puissent faire de même.

## Tableau 7-2 La relation patient-médecin

## Exemple - La relation patient-médecin

---

Niveau 1- Quoi. (L'événement) Le patient arrive à l'hôpital. Il a une coronaropathie bouchée. Le médecin débloque l'artère.

---

Niveau 2- Comment. (Comportement) Le médecin explique au patient qu'il doit modifier sa diète et couper le sel.

Niveau 3- Pourquoi. (Pensée) Le médecin explique au patient comment le fait qu'il mange trop de «fast-food» nuit à sa santé.

---

Niveau 4- Source. (Soi) Le patient a eu peur de mourir. Il pousse plus loin sa réflexion. Il constate que son mode de vie l'amène à mal se nourrir. Il en fait trop. Il travaille trop. Puis, il décide de prendre sa vie en main, de prendre soin de lui, de son corps. Il décide de changer son alimentation, de faire de l'exercice, de travailler moins pour passer plus de temps avec ceux et celles qu'il aime. Ce ne sera plus jamais pareil. Il y a un AVANT et un APRÈS.

Donc, nous avons d'abord donné l'exemple des 4 niveaux de la relation patient-médecin pour montrer comment le niveau de réflexion influe sur l'interprétation des événements et les comportements subséquents. Plus la réflexion se fait en profondeur, plus elle se rapproche de l'origine d'un comportement. Cette réflexion permet de mieux cibler les éléments à garder, à changer, à éliminer. Cet exemple est utile pour aider à la compréhension du processus en U, celui-ci étant un processus d'approfondissement de la réflexion menant à l'émergence de solutions originales et efficaces. Cet exemple nous a servi de modèle pour travailler sur le thème des relations interdisciplinaires au bloc.

Après avoir donné l'exemple des 4 niveaux de relation patient-médecin, nous avons fait le lien avec le processus en U illustré sur le mur. Nous avons expliqué aux participants comment nous avons positionné les post-it sur le mur, les participants étant libres de les repositionner à leur guise par la suite. Puis, nous avons invité les participants à se placer en équipes interdisciplinaires pour se raconter quelques expériences d'interactions quotidiennes, à les écrire sur des post-it et à décider en équipe où les placer dans le grand U du mur de droite. Notre intention était d'amener les gens à poser le plus de post-it possible. Puis, en plénière, amener le groupe à formuler des questions qu'il aimerait approfondir afin d'arriver à choisir la question qui orientera leurs réflexions dans une rencontre ultérieure. Malheureusement, toute cette démarche demande du temps, du temps que nous n'avons pas eu. Nous avons arrêté l'activité aux post-it.

Les participants ont eu environ 30-35 minutes, en équipes, pour échanger. Ce n'est vraiment pas beaucoup. En circulant entre les équipes, nous avons pu constater que les gens partageaient leur vécu, leurs perceptions. Ils semblaient être bien à l'écoute de la personne qui parlait. Plusieurs personnes étaient appuyées, les bras sur la table, penchées vers la personne qui parle. Nous avons entendu certaines personnes s'étonner: «Ah! Je ne pensais pas que vous aussi vous perceviez que [...]» ou bien : «Ah! C'est drôle que tu vois ça comme ça, moi je [...]» Des infirmières, des inhalothérapeutes

prennent conscience de points communs ou de divergences. Nous ne pouvons dire que tous les participants ont vécu une ouverture semblable, mais nous croyons que, comme groupe, le mouvement est lancé. Il faut maintenant l'alimenter. Sur le graphique du U, on pourrait dire que le groupe se promène entre les niveaux d'apprentissage 1, 2 et 3 de Bateson. Quand le groupe atteint le niveau 3, c'est que les participants sont capables d'écouter, d'aller au-delà des émotions pour tenter de faire un portrait. Ce que nous avons entendu dans le discours de certains participants démontre que certaines personnes pourraient être près d'atteindre ce niveau de dialogue. Malheureusement, le temps manque.

Malgré tout, les gens ont bien travaillé en équipe. Nous avons demandé aux gens de former des équipes de 4, mais certaines personnes n'ont pas voulu changer de table. Entre autres, trois personnes ne veulent travailler qu'ensemble. Nous les avons laissées libres. On a donc formé 4 équipes de 6 à 8 personnes. Il ne s'est pas placé beaucoup de post-it au mur, mais les gens ont échangé sur leurs interactions quotidiennes.

Le visuel du U au mur et le carton «Les 4 niveaux de la relation md-pt» ont aidé les participants à comprendre le processus à travers lequel nous voulons les accompagner. C'est ce qui fait que les participants ont partagé leurs vécus. Ils ont semblé avoir compris qu'on ne cherchait pas des coupables, ce qui a facilité l'ouverture à l'autre dans l'écoute.

Du fait que nous devions scinder le processus en plusieurs étapes étalées dans le temps, nous avons reproduit sur un grand carton la courbe en U du mur avec les affirmations écrites sur les post-it. Pourquoi un carton? Parce que c'est un outil de travail, nous voulions que les gens se sentent libres d'écrire, de dessiner dessus. Avec l'accord de la coordonnatrice, il a été affiché dans la salle à café des infirmières le jour suivant et ce, jusqu'à la rencontre suivante quatre semaines plus tard. Ainsi, en l'ayant sous les yeux, même si on n'en parle pas, l'idée reste présente et continue de faire son chemin dans la tête des gens. Nous espérions aussi que ça alimente les conversations aux heures de pauses et de dîner.

Selon la planification de l'intervention, nous nous sommes arrêtés aux échanges. En plénière, chaque équipe a placé ses post-it en résumant ce qui s'était discuté dans l'équipe. Nous n'avons pas discuté sur l'aspect du tableau en U avec les post-it. Nous ne sommes donc pas parvenus à la question. Il était certainement utopique de croire que nous y parviendrions en trente minutes quand le processus est censé se dérouler sur plusieurs heures de suite, mais nous sommes quand même satisfaits puisque cela a ouvert des portes entre les différents personnels. La période d'échanges a été marquée d'étonnements de part et d'autres. La question a amené des sujets de conversations non discutés

habituellement dans les équipes. Cela nous a aussi permis de constater ce qui peut être fait ainsi que les limites du projet.

En plénière, deux thèmes sont ressortis des échanges en équipe, soit :

- Certains médecins sont plus gentils avec les gens sur qui ils n'ont pas d'autorité, par ex. : un anesthésiste plus gentil avec les infirmières qu'avec les inhalothérapeutes, un chirurgien gentil avec les inhalothérapeutes et bête avec les infirmières.
- La disparité des classes sociales liées au revenu. Certaines personnes méprisent les gens ayant un revenu inférieur.

Le vendredi précédent la 3<sup>e</sup> rencontre, la coordonnatrice a annoncé qu'elle quittait ses fonctions trois semaines plus tard.

#### Rencontre de l'objectif

Cet atelier a commencé comme le premier. La coordonnatrice a dû appeler au bloc opératoire pour que les gens viennent à la rencontre.

«The most effective mechanisms for suspending judgment and connecting to wonder is to draw people into one another's first-person stories. » (Scharmer, 2009, p.142)

Nous nous sommes inspirés de Scharmer pour le deuxième atelier. Nous avons demandé aux gens de se raconter des interactions communicationnelles qu'ils ont vécues au bloc opératoire. Comme nous avons peu de temps, les gens n'ont pas changé de table. Nous avons voulu leur laisser du temps pour se raconter. En circulant entre les équipes, nous avons constaté que les gens partageaient leurs vécus, leurs perceptions. Tout le non-verbal des participants démontrait une écoute attentive. Plusieurs personnes étaient appuyées, les bras sur la table, penchées vers la personne qui parle. Nous avons entendu certaines personnes s'étonner des similitudes entre leurs expériences et celles des autres. Des infirmières, des inhalothérapeutes ont pris conscience de points communs ou de divergences. Nous ne pouvons dire que tous les participants ont vécu une ouverture semblable, mais nous croyons que, comme groupe, le mouvement est lancé. Scharmer dit que les participants ne font plus que parler ensemble mais qu'ils commencent à penser ensemble. Il décrit l'ambiance lors d'une intervention semblable qu'il a menée:

«Time seemed to slow down; the space around us seemed to thicken and open up. People talked more slowly, punctuated by silence. Something have moved them beyond the usual state where people argue as separate individuals. » (p.146)

Il poursuit: «As your listening deepens, you also begin to pay attention to the space in between the different views. » (p.149)

Scharmer note que le groupe traverse 3 étapes dans les rencontres de ce type :

- 1- Tout d'abord, les gens plongent dans l'expérience concrète en s'écoutant les uns les autres.
- 2- Puis, les gens redirigent leur attention, c'est-à-dire que les personnes ne considèrent plus seulement leur seul point de vue mais qu'elles commencent à percevoir une vue d'ensemble en s'ouvrant aux récits des autres.
- 3- L'approfondissement se poursuit quand on agit à partir de cette nouvelle vision. (Scharmer, 2009, p.157)

Nous croyons que notre groupe a vécu une redirection de l'attention quand il a pris conscience des similitudes et des divergences au sein du groupe (étape 2). La rencontre a débuté avec de la résistance, manifestée par le retard, mais s'est terminée sur l'ouverture à l'autre.

### 7.3 Compte-rendu du 3e atelier- Produire ensemble

Objectif: Inviter les participants à laisser une trace de leur travail en interdisciplinarité, en leur proposant de composer un livre de leurs recettes pour durer et avoir du plaisir au travail au bloc opératoire.

#### Préparation de la salle

Une table est installée à l'arrière de la salle, et sur laquelle reposent une cafetière et des muffins. Les autres tables sont dispersées dans la salle pour favoriser le travail d'équipe. Sur chaque table, on retrouve des feuilles blanches 8½ x 11 pouces et des crayons de couleur, ainsi que la reproduction du World Café Guidelines.

Les gens sont tous arrivés d'eux-mêmes. Ils se sont eux-mêmes placés en équipes interdisciplinaires sauf les 3 irréductibles «mousquetaires» qui sont arrivées les premières. Elles n'ont pas voulu se séparer. Nous les avons laissées libres.

Nous avons commencé la rencontre avec la courbe en U en disant qu'aux rencontres précédentes, plusieurs personnes avaient placé le plaisir au travail dans la remontée du U. Donc, pour qu'il leur reste une trace du travail qui a été fait ensemble, nous avons proposé de monter un «livre de recettes», leurs recettes pour durer et trouver du plaisir dans leur travail. (Ils ont vu passer 5 coordonnateurs dans les 10 dernières années. La coordonnatrice présente est celle qui est restée le plus longtemps et ça fait 2 ans qu'elle est là.)

Les consignes étaient plus claires cette fois-ci. Tout le monde s'est mis à la tâche.

La dynamique dans les équipes était bonne. Les discussions étaient animées dans toutes les équipes. Ça n'a pas été long que les rires ont commencé à fuser de part et d'autres. Le café est arrivé alors que les équipes étaient en travail. Nous ne l'avons pas annoncé à haute voix car nous n'avons pas voulu briser cet élan. La coordonnatrice et la chercheuse sont donc passées de table en table pour offrir le café. Quelques personnes se sont levées, ici et là. Les gens étaient absorbés dans leurs conversations. La chercheuse s'est promené de table en table tout au long de l'atelier pour observer le travail de chaque équipe, faisant parfois une suggestion ou invitant une personne à s'exprimer.

Nous n'avions pas prévu faire de plénière à la fin de la rencontre parce que nous avions prévu faire une grande plénière pour finaliser le «livre de recettes» à la prochaine et dernière rencontre. Cependant, une équipe a insisté pour présenter aux autres son travail car elle en était fière. (C'est la seule équipe qui a écrit les noms des membres de son équipe.) Les autres équipes ont finalement suivi et tout le monde a présenté son travail. Ça a été un bon moment de rigolade. Finalement, les gens sont repartis à 8h30-35. En principe, tout le monde aurait dû être en poste à 8h30. Nous voyons d'un bon œil le fait que les gens ont prolongé leur temps d'activité. Une inhalothérapeute nous a remerciés en quittant. Les feuilles que les équipes nous ont remises à la fin de la rencontre sont très colorées.

Nous avons tout de suite fait un retour sur la rencontre avec la coordonnatrice. Tant l'une que l'autre, étions contentes du déroulement de la rencontre. L'atmosphère était détendue aujourd'hui. La coordonnatrice remarque que, d'habitude, les infirmières et les inhalothérapeutes forment vraiment deux groupes séparés, mais que ce matin, on a pu voir qu'ils commençaient à être à l'aise de se mêler ensemble. La coordonnatrice nous a raconté une anecdote survenue pendant le mois, où une infirmière est intervenue en faveur d'une inhalothérapeute auprès d'un anesthésiste. Elle a vu que

l'inhalothérapeute avait besoin d'aide et est intervenue en sa faveur. Le médecin en a été surpris et a obtempéré à sa demande. Quand l'infirmière est venue lui raconter l'incident, la coordonnatrice lui a fait remarquer qu'elle avait agi en interdisciplinarité. La coordonnatrice affirme, qu'habituellement, les inhalothérapeutes et les infirmières ne s'entraident pas beaucoup, en ce sens que l'un se préoccupe peu des soucis de l'autre, mais cet incident démontre un début d'ouverture au travail en équipe et en interdisciplinarité.

#### Rencontre de l'objectif

Les gens sont tous arrivés d'eux-mêmes. La résistance faiblit. L'ambiance de travail pendant l'atelier a été détendue et joyeuse. Les discussions ont été animées dans toutes les équipes. Les gens étaient absorbés dans leurs conversations, ils n'ont pas vu le café arriver. À la fin de l'atelier, une équipe a insisté pour présenter son travail aux autres. Puis, toutes les autres équipes ont présenté leur travail. Ça a été un bon moment de rigolade. Les gens sont repartis en retard. Ils nous ont remis des feuilles de travail très colorées. Certaines équipes ont fait des listes de propositions accompagnées de dessins. D'autres ont composé une recette de bonheur au bloc opératoire. L'objet de l'atelier était de laisser des traces du travail fait ensemble sous forme d'un livre de recettes.

Nous constatons que les gens commencent à être à l'aise de se mêler les uns aux autres. Ils se sont eux-mêmes placés en équipes interdisciplinaires à leur arrivée. Ils sont tous arrivés d'eux-mêmes et ils sont tous repartis en retard. On peut voir que le groupe a cheminé depuis le premier atelier. Les résistances tombent. Il y a de plus en plus d'ouverture à l'expérience et à l'autre. De plus, après la rencontre, la coordonnatrice nous a raconté un événement, survenu dans les dernières semaines, où une infirmière est intervenue en faveur d'une inhalothérapeute. Nous pouvons donc supposer que le travail en interdisciplinarité, fait en ateliers pendant les rencontres, commence à se transposer dans le travail au bloc opératoire. Il y a un début d'ouverture au travail en interdisciplinarité. Le changement d'attitude, envers notre projet de recherche mais aussi entre les différents personnels, démontre qu'un revirement s'est produit. Il y a passage d'un état A à un état B. On peut donc dire qu'un passage en U s'est vécu.

#### 7.4 Compte-rendu du 4e atelier- Décider ensemble

Objectif : Inviter les participants à discuter ensemble, à prendre des décisions ensemble, l'excuse étant le montage du livre de recettes.

##### Préparation de la salle

Pour cet atelier, nous avons voulu travailler en plénière pour décider du format qu'on donnerait au livre de recettes. Il y a des tableaux cloués aux murs de la salle, ce qui ne laisse pas beaucoup de place pour afficher autre chose. Nous nous sommes donc installés dans un coin de la salle où nous pouvions coller au mur de grandes feuilles, à la vue de tous. Nous avons affiché quatre feuilles blanches, 23 ½ x 35 pouces, deux sur chacun des murs de l'angle. Nous n'en avons utilisé que trois. Elles ont servi pour prendre note, au crayon feutre, des commentaires des participants pour la composition du livre de recettes.

Nous avons placé les tables en étoile, devant le coin, de façon à ce que tous puissent voir les feuilles affichées.

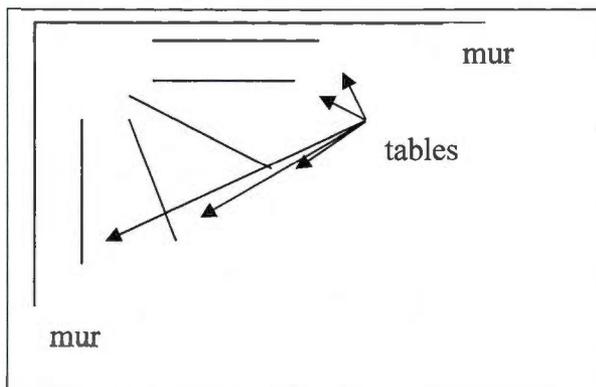


Figure 7.1 Disposition de la salle

Tous les inhalothérapeutes sont arrivés en premier. Puis, les infirmières sont arrivées. Les gens se sont placés d'eux-mêmes en équipes interdisciplinaires. Ça a été une rencontre très relax.

Nous avons fourni une synthèse de l'atelier précédent à toutes les équipes. Puis, nous avons demandé leurs directives pour monter le livre. De tout ce qu'on avait recueilli, qu'est-ce qu'on garde? Qu'est-ce qu'on rejette? Dans quel ordre? ... On a rien voulu couper. Nous avons demandé à Lui et à Elle, dont les prénoms apparaissent dans le document, s'ils voulaient qu'on retire leurs prénoms. Les deux ont

accepté de laisser leurs prénoms dans le document. Nous avons remarqué que quelqu'un d'externe au département ne comprendrait pas ce que veut dire « à la manière de Lui ». On nous a répondu : On va l'expliquer verbalement quand la question se posera. On nous a fait la même réponse pour les «boules d'amour» ( de gros câlins) qu'on nous a fait ajouter au document. Les gens tiennent à garder le flou dans l'écrit et à l'expliquer verbalement quand on posera la question. Il en a été de même quand on a parlé de la nouille, de ce qu'elle représente. Au début, nous avons compris que l'équipe faisait implicitement référence à une personne qui n'était pas présente. Mais vite le sens a changé quand il a fallu l'écrire. Il y a eu des échanges entre les équipes. Le discours s'est développé autour du sens de la nouille pour en venir à déterminer que chacun a sa nouille, qui peut être différente d'une journée à l'autre. On donne au mot nouille le sens qu'on veut. Le tout s'est déroulé en interdisciplinarité. Le ton était léger et joyeux.

Les gens étaient de bonne humeur. À chaque table, ils étaient portés à se parler entre eux. Cependant, en plénière, on se répondait parfois d'une table à l'autre. Nous pensons que les gens auraient aimé travaillé en équipes. Nous avons eu l'impression, par leur non-verbal, qu'on nous disait : «Monte-le comme tu veux (le livre)». L'atelier comme tel a duré environ 35 minutes.

L'assistante-infirmière-chef avait demandé du temps de parole à la fin de l'atelier. Elle s'est donc adressée à tout le monde en leur rappelant l'importance du silence lors des inductions anesthésiques. C'est un sujet récurrent dans les salles d'opération. Pour le confort du patient, on demande le silence lors de l'induction de l'anesthésie. Ce qui se produit, c'est que chacun devient tellement absorbé par les tâches qu'il a à accomplir qu'il ne voit pas toujours que l'anesthésiste a débuté son induction. On en a parlé pendant environ 5 minutes, discutant de la perception et des besoins de chacun (infirmière, anesthésiste, inhalothérapeute, préposé). On a parlé de se donner des codes, des signes pour signifier le début de l'induction. Quelqu'un a proposé en riant de développer un langage des signes. Finalement, on va demander aux anesthésistes d'annoncer le début de l'induction plutôt que de simplement dire «chut!!».

Quand l'infirmière a eu terminé son intervention, pour notre part, c'était terminé. Donc, nous les avons libérés. Les gens sont tous remontés tout de suite au bloc opératoire. Il était 8h25.

La coordonnatrice n'était pas là. Elle était en vacances.

L'intervention de l'infirmière nous a permis de voir le groupe discuter d'une situation concrète ensemble et d'y trouver une solution ensemble. Ce qui finalement rejoint l'objectif premier de notre intervention même si la planification de l'intervention n'a pas été suivie à la lettre, que la question à

traiter n'ait pas été choisie par le groupe mais plutôt qu'elle lui ait été proposée. L'imprévisibilité est une caractéristique du processus en U. Les infirmières, les inhalothérapeutes, les préposés ont chacun pu exprimer leurs perceptions et leurs besoins. Les gens ont été écoutés dans le respect. Les échanges se sont faits dans le respect des compétences de l'autre discipline, et dans l'humour. On a découvert des aspects jusqu'ici inconnus du travail de l'autre. On a été sensibilisé aux besoins des uns et des autres. Ce qui fait que finalement, nous sommes heureux que notre animation ait été courte puisque cela nous a permis de voir l'interdisciplinarité se transposer dans l'action quotidienne.

#### Rencontre de l'objectif

La coordonnatrice était absente lors de cette rencontre. Elle était en vacances. De plus, elle avait annoncé qu'elle quittait ses fonctions deux semaines après la quatrième rencontre. Tout le monde savait que c'était la dernière d'une série de quatre rencontres, et il ne restait qu'à monter le «livre de recettes». Le thème était très léger. Il y a eu comme une sorte de relâchement. Nous avons prévu travailler en plénière pendant tout l'atelier. L'objectif de l'activité était de regarder ensemble ce qui s'était fait au dernier atelier et de décider comment on présenterait le «livre de recettes». Nous avons eu l'impression que les gens étaient déçus de ne pas travailler en petites équipes. Cependant, l'ambiance était très relax. Les gens étaient de bonne humeur. On s'interpelait d'une table à l'autre. Nous avons senti un certain je-m'en-foutisme par rapport au «livre de recettes». Pourtant, le sens des mots a changé quand il a fallu l'écrire. Sainsaulieu (2006) a noté que le bloc est un lieu de non-dit. En serait-ce une expression?

Nous avons aussi été témoin d'une autre discussion. Comme l'atelier s'est terminé tôt, l'assistante-chef infirmière a demandé la parole. Elle s'est adressée à tout le monde en leur rappelant l'importance du silence lors des inductions anesthésiques. C'est un sujet récurrent dans les salles d'opération. On en a parlé pendant environ 5 minutes, discutant de la perception et des besoins de chacun (infirmière, anesthésiste, inhalothérapeute, préposé). Le sujet a été traité sérieusement par tous, même si on s'est permis quelques blagues au passage. On en est venu à une proposition qui a été acceptée à l'unanimité, soit : on va demander aux anesthésistes d'annoncer le début de l'induction en haussant le ton au moment où il annonce au patient qu'il va débiter l'induction de l'anesthésie.

Cette proposition, faite ici par les participants, vient illustrer la définition de Grosjean du «cadre participatif». (Langage et travail, p.160) C'est en observant le travail des contrôleurs de trains que Grosjean a découvert et défini le cadre participatif. Le cadre participatif est constitué de l'ensemble

des individus qui ont un accès à un événement de communication donné. Ces individus réunis ont un statut participatif par rapport à cet événement communicatif donné. (p.157)

Chacun, de ce fait, peut rendre visible sa propre focalisation, sa propre préoccupation, ce qui ouvre au partage non seulement de la référence mais aussi de la compréhension de l'activité dans laquelle l'autre est engagé. (p.160)

La co-visibilité et la co-audibilité sont donc essentielles pour l'établissement de ces modes d'actions coopératifs en ce qu'ils constituent l'horizon commun et partagé de l'activité. (p.161)

L'intervention de l'infirmière nous a permise de garder une position d'observateur, de les voir discuter d'une situation ensemble et d'y trouver une solution ensemble. Les infirmières, les inhalothérapeutes, les préposés ont chacun pu exprimer leurs perceptions et leurs besoins. Les gens ont été écoutés dans le respect. Les échanges se sont faits dans le respect des compétences de l'autre discipline, et dans l'humour. On a découvert des aspects jusqu'ici inconnus du travail de l'autre. On a été sensibilisé aux besoins des uns et des autres. Nous avons pu observer l'interdisciplinarité en action.

Il aurait été intéressant de filmer cette rencontre pour la montrer à la coordonnatrice afin de pouvoir la comparer avec les rencontres d'avant la démarche que nous avons faite ensemble. Nous n'avons pas senti de censure dans les propos des participants, sauf en ce qui a eu trait à un mot. Au début, il y avait beaucoup de sous-entendus.

## CHAPITRE VIII

### ÉVOLUTION DU GROUPE À TRAVERS LA COURBE EN U

#### 8.1 Observer les résultats

Nous avons illustré les mouvements du groupe pour chacune des animations sur une courbe en U. Nous pouvons ainsi suivre l'évolution du groupe tout au long du processus.

##### 8.1.1 1er atelier- Imaginer ensemble

Objectif de l'activité : Imaginer ensemble le bloc opératoire idéal

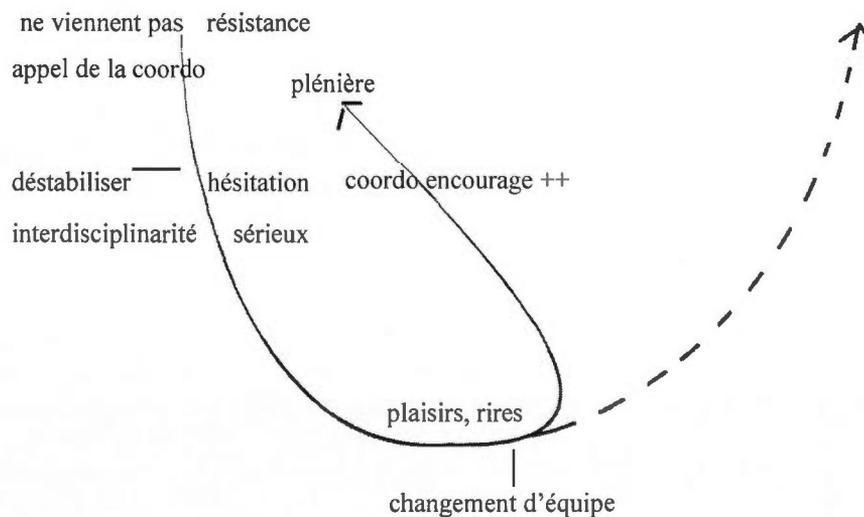


Figure 8.1 Le U du 1er atelier

Au début, les gens n'ont aucun intérêt pour la rencontre. Les gens ne viennent pas. Il y a de la résistance. À leur arrivée dans la salle de réunion, les gens sont déstabilisés parce qu'il y a des crayons de couleur, des feutres et des grands cartons sur chaque table. Pour l'activité, nous les obligeons à former des équipes interdisciplinaires. La consigne de l'activité est d'imaginer ensemble le bloc opératoire idéal. Au début, il y a de l'hésitation. Les gens prennent la consigne sérieusement. Puis, au bout de dix minutes, tout le monde change de place et continue de travailler sur ce que d'autres ont commencé. Un déclic se fait et on commence à se laisser aller dans l'activité. Des rires se font entendre. Cependant, en plénière, les gens sont retournés dans leur résistance. On s'est auto-censuré. La coordonnatrice les a fortement encouragés à s'exprimer.

Sur le graphique, le U ne s'est pas fait. Il y a eu retour à la case départ quand il a fallu s'exprimer en plénière, en fin d'activité. Les gens ont commencé à s'apprivoiser mais sont vite revenus à leur mutisme.

#### 8.1.2 2e atelier – S'écouter, se raconter

Objectif de l'activité : Se raconter des interactions interpersonnelles vécues au bloc opératoire.

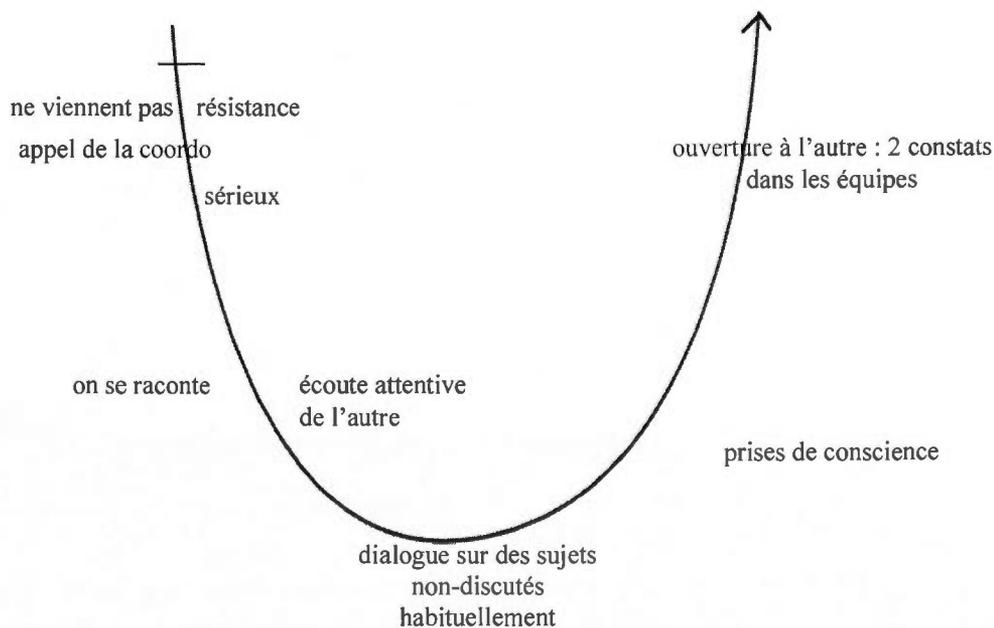


Figure 8.2 Le U du 2e atelier

Tout comme à la première rencontre, il a fallu que la coordonnatrice appelle les gens pour qu'ils arrivent. Il y a encore de la résistance de leur part. Nous demandons aux gens de se placer en équipes interdisciplinaires. La consigne de cet atelier est de se raconter des interactions interpersonnelles vécues au bloc opératoire. Dans chaque équipe, une personne s'exprime devant un public à son écoute. Le non-verbal des co-équipiers démontrent qu'ils écoutent attentivement. On commence à descendre la patte gauche du U. Un dialogue s'entame sur des sujets non-discutés habituellement. Des prises de conscience se font. La rencontre se termine dans l'ouverture à l'autre, ce qui amène les participants à faire deux constats : 1) Certains médecins sont plus gentils avec les gens sur qui ils n'ont pas d'autorité, et 2) la disparité des classes sociales liées au revenu amènent certaines personnes à mépriser celles qui ont un revenu inférieur. Un déplacement s'est fait à la base du U, un changement de perception, une vision agrandie de la situation. On englobe les perceptions de toutes les disciplines présentes. Ce qui nous fait croire qu'un processus en U s'est vécu lors de cet atelier.

Dans le laps de temps entre la 2<sup>e</sup> et la 3<sup>e</sup> animation, il y a eu une transposition, dans le travail quotidien, de cette ouverture à l'autre qui s'est vécue pendant la rencontre. Une infirmière est venue en aide à un inhalothérapeute. Pendant la 2<sup>e</sup> animation, elle a été sensibilisée aux besoins des inhalothérapeutes, ce qui lui a permis de voir que l'inhalothérapeute avait besoin d'aide. Ce nouveau comportement vient appuyer le fait qu'un déplacement s'est produit lors de la deuxième animation.

## 8.1.3 3e atelier – Produire ensemble

Objectif de l'activité : Quelles sont les recettes pour durer au bloc opératoire ?

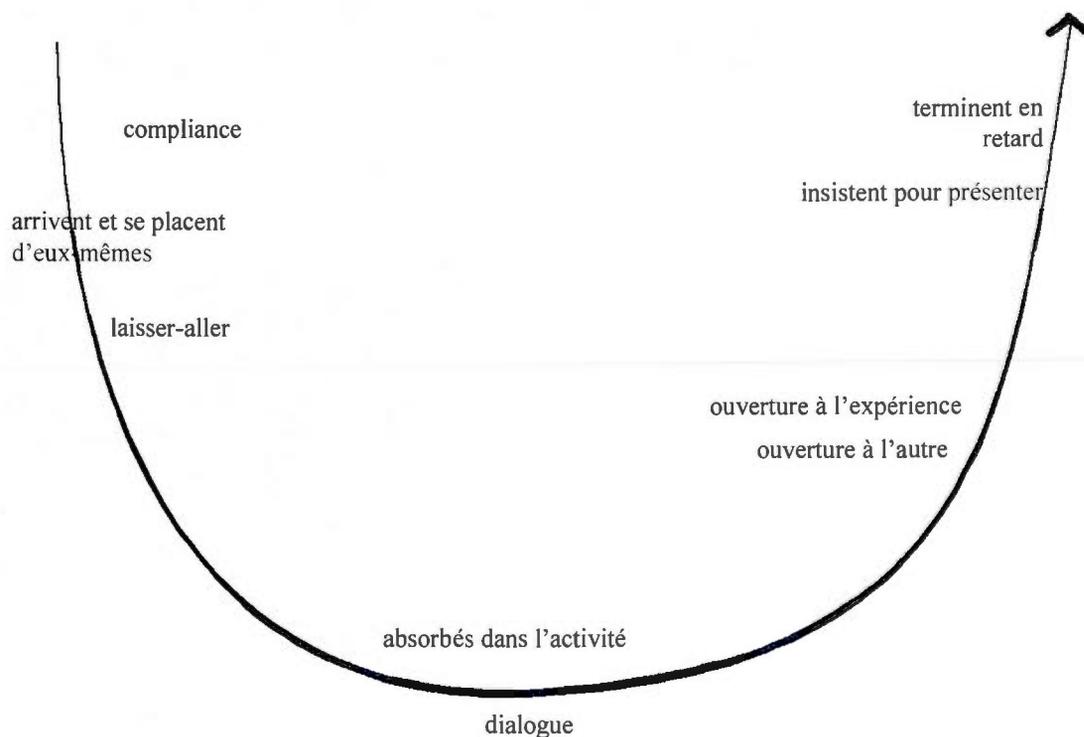


Figure 8.3 Le U du 3e atelier

Contrairement aux deux premières rencontres, les gens sont tous arrivés d'eux-mêmes, sans qu'on ait eu besoin de les appeler. Ils se sont placés d'eux-mêmes en équipes interdisciplinaires. La résistance est tombée. Les gens lâchent prise, se laissent aller. Ils sont de plus en plus à l'aise les uns avec les autres. L'ambiance de travail est détendue et joyeuse. Les gens sont absorbés dans l'activité. Ils ne voient pas le café qui arrive. Nous notons une ouverture à l'expérience et une ouverture à l'autre. À la fin de la rencontre, les gens insistent pour présenter leur travail en plénière. Chaque équipe présente son travail. C'est un bon moment de rigolade. La coordonnatrice accepte qu'on termine en retard.

## 8.1.4 4e atelier- Décider ensemble

Objectif de l'activité : Prendre une décision en groupe interdisciplinaire.

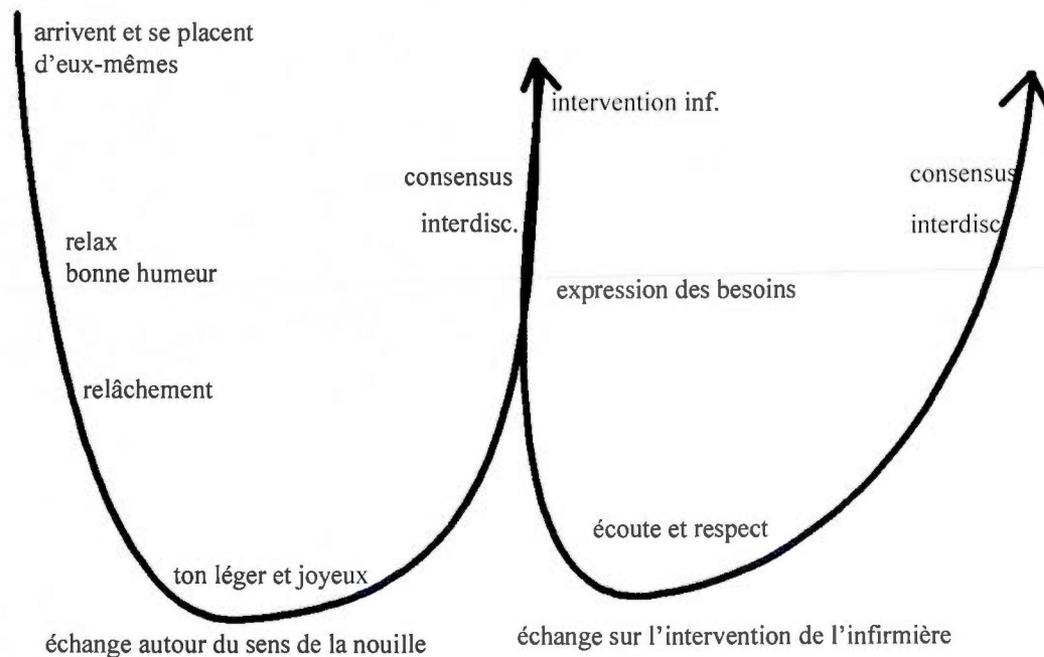


Figure 8.4 Les U du 4e atelier

Comme à la troisième rencontre, les gens sont arrivés d'eux-mêmes et se sont placés en équipes interdisciplinaires. La bonne humeur était au rendez-vous. L'ambiance était très relax, relâchée. Le groupe devait effectuer des choix pour monter le « livre de recettes ». Mais on n'a pas voulu choisir. On a voulu tout garder. Puis, il y a eu un dialogue sur le sens à donner à un certain mot. Les gens se sont exprimés librement. Le ton était léger et joyeux. Finalement, il s'est établi un consensus interdisciplinaire sur le sens à donner au mot. L'activité s'est terminée tôt. Elle n'a pas soulevé beaucoup d'intérêt. Cependant, nous croyons que le fait d'être arrivé à un consensus entre tous les types de professionnels présents démontre qu'un processus en U a eu lieu.

Puis, un deuxième processus en U a suivi. En effet, l'assistante-chef infirmière a soumis une demande des anesthésistes à tout le groupe. C'était un sujet qui touchait toutes les personnes présentes. Nous avons pu observer les participants transposer, immédiatement dans le quotidien, l'exercice qu'ils venaient de vivre ensemble. Chaque discipline a exprimé sa perception de la situation, ses besoins en regard de cette situation. Le dialogue s'est fait dans l'écoute et le respect, ainsi qu'avec une pointe d'humour. Il s'est établi un consensus interdisciplinaire sur la réponse à donner. Les gens sont repartis tout de suite après même s'ils auraient pu prendre leur temps pour retourner au bloc opératoire.

#### 8.1.5 L'évolution du groupe à travers les 4 ateliers,

On peut suivre l'évolution du groupe à travers les quatre ateliers dans le graphique suivant. On peut y constater qu'au fil des rencontres, le groupe a démontré de plus en plus d'ouverture.

## Évolution du groupe à travers la courbe en U

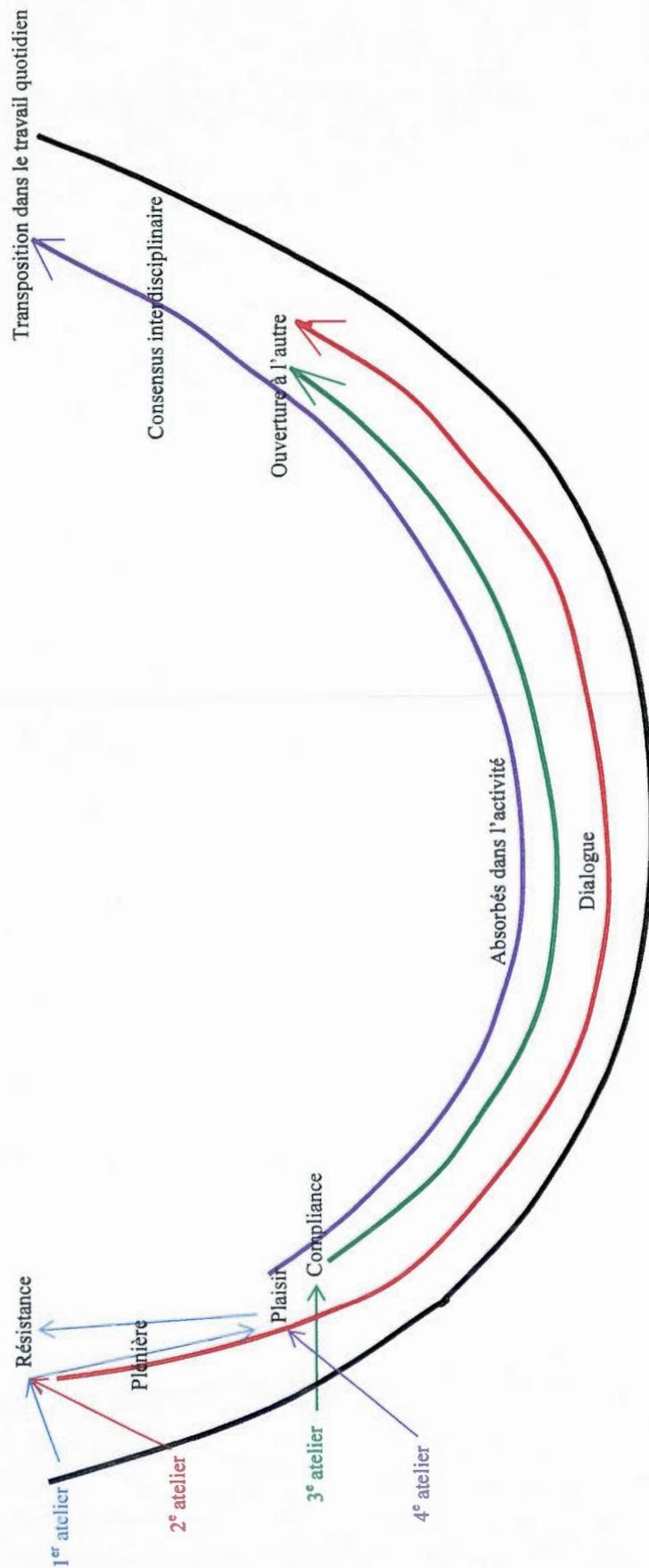


Figure 8.5 L'évolution du groupe à travers le processus en U

## 8.2 Correspondance de l'évolution du groupe avec Carle et Scharmer.

« Les changements sont imprévisibles » affirme Carle (2009).

L'imprévisibilité est l'une des caractéristiques du processus en U. Notre démarche de recherche a été fortement marquée par l'imprévisibilité. En fait, il a fallu constamment nous adapter à la situation, et tout d'abord dans le temps et l'espace. L'ambiance accueillant est un élément très important du World Café. Le rôle de l'intervenant est de mettre en place les conditions facilitant le processus. (Carle, 2009) Nous avons tenté de créer un espace accueillant dans le local de rencontre, dans les limites de nos moyens.

Le choix de la question est important dans le World Café. Le deuxième atelier avait une bonne question : se raconter des interactions quotidiennes vécues au bloc opératoire. Selon le principe 3 du World Café, notre question a été efficace car elle était simple et claire; elle a provoqué la réflexion; elle a généré de l'énergie. Elle a associé différentes perspectives, et a permis aux participants de faire deux «découvertes», deux constats, que nous avons partagé en plénière. Selon Scharmer, nous aurions dû choisir un des deux constats et poursuivre la réflexion sur celui-ci pour l'approfondir. Nous aurions aimé, pour l'activité suivante, faire poursuivre la réflexion sur les deux constats. Mais on a dû y renoncer parce que l'approfondissement de cette question aurait éventuellement amené la participation des médecins à la démarche et l'implication de la direction de l'hôpital, ce qui aurait demandé plus d'investissement de la part de tous, mais il ne nous restait que deux rencontres d'une heure. Nous n'avions pas le temps de mener cette réflexion à terme dans les temps qui nous étaient alloués. Nous avons donc choisi de faire travailler les participants sur le thème du plaisir au travail, thème qui était aussi ressorti lors des ateliers précédents. Nous leur avons donc demandé de donner leurs «recettes» pour durer et avoir du plaisir dans leur travail au bloc opératoire. La question était plus légère et pouvait donc être circonscrite au temps alloué. Le travail de réflexion est resté superficiel, par contre, il a quand même permis aux gens d'expérimenter une nouvelle façon de communiquer dans l'équipe.

L'intervenant n'a pas de pouvoir sur le groupe et sur l'expérience. (Carle, 2009)

Nous avons pu le constater. Notre intention première était d'inviter les médecins à ces rencontres. Après la deuxième rencontre, un médecin a mentionné avec humour qu'il aimerait participer à la prochaine rencontre. Une infirmière lui a répondu que c'était réservé aux membres du personnel. Nous croyons que s'il y avait eu des rencontres ultérieures, les médecins auraient été invités à se

joindre éventuellement puisqu'ils font partie des équipes eux aussi. Nous croyons que le personnel a refusé parce qu'il a d'abord besoin de se retrouver, de recréer ses liens.

Nous pouvons tout de même affirmer que le groupe a vécu un processus en U en nous basant sur nos observations lors des ateliers.

Le sensing est marqué par l'écoute, l'ouverture du cœur. Nous avons pu observer le niveau d'écoute par le non-verbal des participants, leurs positions, leurs attitudes. Ils ont démontré la capacité d'attention et de présence soulignées par Scharmer lors du troisième atelier, entre autres, quand ils n'ont pas vu le café arrivé. Ils étaient absorbés dans leurs conversations. Ils ont démontré une ouverture d'esprit quand, malgré leur résistance à participer au début, ils se sont appliqués à suivre les consignes données. Cette ouverture d'esprit a été suivie de l'ouverture du cœur. À la deuxième rencontre, les participants ont partagé sur leurs vécus au travail, ce qui a approfondi la réflexion et l'a amenée au niveau des valeurs personnelles. On se trouve alors en presencing.

Le presencing a amené les participants à faire deux constats sur les relations médecins-personnels vécues par tous. Une redéfinition des liens interpersonnels (Carle, 2009, caractéristique 12) est en train de se constituer entre les différents personnels. L'ouverture d'esprit, l'ouverture du cœur et l'ouverture de la volonté définies par Scharmer peuvent s'observer lors de la troisième rencontre. En effet, les gens sont arrivés sans qu'on les appelle. Ils sont arrivés d'eux-mêmes. Ils se sont eux-mêmes placés en équipes interdisciplinaires. Et surtout, ils se sont amusés. Ils se sont laissés aller. Ils sont bien ensemble; ils repartent en retard.

À la quatrième rencontre, nous mettons le pied dans le realizing. Ainsi, on a pu observer un nouvel esprit de communauté prendre forme. Le groupe a eu l'occasion de discuter de deux questions et de prendre position. La première question a été apportée par l'intervenante, mais la deuxième était une demande du milieu. Nous avons donc pu observer l'application concrète du travail en interdisciplinarité. Chacune des disciplines a pu s'exprimer, présenter ses perceptions, ses besoins, ce qui a eu pour effet, que chacun a été sensibilisé aux besoins des autres et cela a amené la découverte de certains aspects du travail des autres. Le tout s'est déroulé dans le respect et l'humour. Cet esprit de communauté a permis d'arriver à un consensus sur la position à prendre. Le realizing culmine dans le consensus obtenu et dans les actions qui seront commises en vertu de ce consensus.

Nos observations nous confirment donc que le groupe a vécu un déplacement qui l'a mené de la résistance, du travail en silo, de l'auto-censure au dialogue ouvert jusqu'au consensus interdisciplinaire. Un nouveau comportement a commencé à se manifester. Malheureusement, le fait

que la coordonnatrice quitte son poste peut faire que le groupe retourne au travail en silo. Tout comme le groupe peut décider d'exploiter cette nouvelle force du groupe devant les jeux de chaises continues des gestionnaires.

Malgré toutes les contraintes rencontrées, les compromis obligés avec la méthodologie, nous pouvons affirmer que le groupe que nous avons accompagné a vécu des processus en U. Nous avons même été témoin de la transposition des nouveaux comportements dans la gestion du quotidien lors de la dernière rencontre. Un recadrage s'est effectué. Les participants ont été sensibilisés aux besoins des autres. Ils se sont consultés les uns les autres, ont considéré la situation d'un point de vue englobant tous les personnels impliqués.

Notre étude s'est faite à une plus petite échelle que celle planifiée. Nous avons d'abord prévu inclure les médecins et la direction de l'hôpital dans notre projet. Cependant, notre projet s'est vécu à l'échelle d'un département et de ses différents personnels. Déjà, à plus petite échelle, il y avait un problème de collaboration, chacun travaillant en silo. Comme notre intervention était limitée dans le temps, quatre périodes d'une heure réparties sur huit semaines, l'ampleur réduite du projet a mieux convenu.

### 8.3 Autres constatations

Notre intervention nous a aussi permis de constater des écarts de perception, ainsi que des divergences et convergences de perception entre les différents membres de l'équipe.

#### 8.3.1 Les écarts de perception

Le travail préalable fait au centre hospitalier nous a permis de relever trois écarts, entre les médecins et les non médecins, dans leurs perceptions du travail d'équipe au bloc opératoire.

##### Premier écart- Les rôles

Les médecins. Au bloc opératoire, c'est le médecin qui est le premier responsable du patient, avec tous les risques que cela comporte. (Bercot, p.59) C'est le médecin qui décide ce qui doit être fait et

qui pose les gestes médicaux. Le personnel est là pour l'assister dans la prestation des soins à donner au patient.

Le personnel. Les membres du personnel au bloc opératoire, sont spécialement formés pour y travailler. Ils sont conscients de faire partie d'une équipe «élite». Les membres du personnel se considèrent comme des professionnels et aimeraient être reconnus comme tels par les médecins et l'organisation.

#### Deuxième écart- L'équipe interdisciplinaire

Les médecins. De leur perception des rôles de chacun, les médecins du bloc opératoire considèrent qu'une équipe interdisciplinaire est formée de deux médecins spécialistes qui travaillent ensemble, en même temps, pour un même patient. «C'est le seul endroit où deux médecins spécialistes travaillent ensemble.» ( un anesthésiste)

Le personnel. Pour les membres du personnel, l'équipe interdisciplinaire est formée de toutes les personnes nécessaires pour l'intervention, y compris le préposé à l'entretien ménager. S'il n'y a personne pour laver la salle après une chirurgie, on ne peut plus opérer dans cette salle. (Bercot, p.55, 57) Grosjean et Lacoste mentionnent

les aspirations d'un personnel non médical mieux formé, plus exigeant et plus puissant aujourd'hui à l'hôpital et qui veut prendre sa place, faire reconnaître et développer sa part d'intelligence et d'innovation. (1999, p.202)

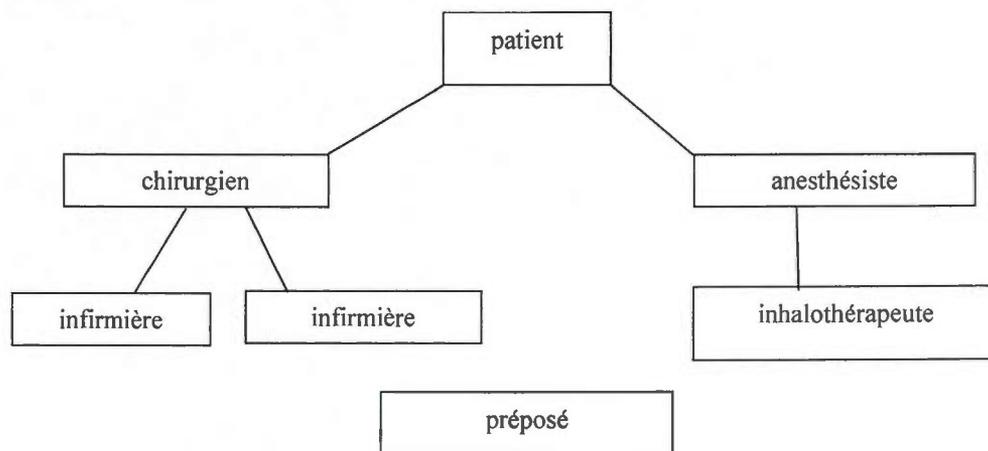


Figure 86 Représentation de l'équipe de la salle d'opération selon la perception des médecins.

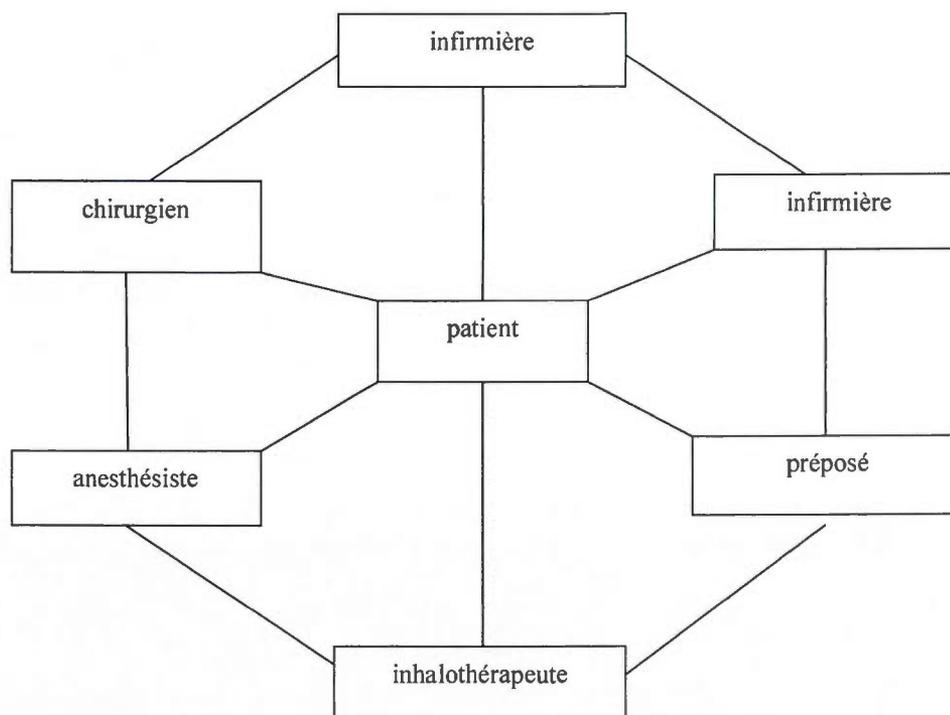


Figure 8.7 Représentation de l'équipe de la salle d'opération selon la perception du personnel.

### Troisième écart- Le temps opératoire

Pour le chirurgien, le temps opératoire débute à l'incision et se termine avec le dernier point de suture.

Pour tous les autres membres de l'équipe, le temps opératoire débute avec la préparation de la salle et se termine lorsque le ménage de la salle est terminé. (Bercot, p.55, 57)

#### 8.3.2 Convergences et divergences de perception

Le travail de terrain préalable à notre étude nous a permis de noter quelques convergences et divergences entre les points de vue des médecins et celui des personnels.

D'abord, les médecins ont une approche technique du travail d'équipe au bloc opératoire. (Bercot, p.61) Ils considèrent d'abord les compétences techniques des gens avec qui ils travaillent. Une bonne équipe est une équipe compétente. Le personnel a une approche plus relationnelle du travail d'équipe au bloc opératoire. Ainsi, l'interprétation des tensions dans le bloc est différente. Les médecins attribuent les tensions dans le bloc opératoire à la charge de travail qui est trop lourde. Tandis que pour les personnels, les tensions sont à caractère relationnel. Les tensions sont dues au fait qu'il y ait plusieurs caractères forts en présence qui s'entrechoquent.

Par contre, les relations interpersonnelles difficiles sont dures à vivre pour tout le monde. Ce qui réunit tout ce monde au bloc opératoire, ce sont les défis qu'on y rencontre. Les moments de fierté sont liés aux compétences professionnelles : la réussite de techniques et de procédures difficiles. Les gens ont une bonne perception de l'autre : «C'est pas des deux de pique !» ( un inhalothérapeute) Le plus grand stress ressenti au bloc est de ne pas pouvoir aider un patient.

Le moment que le personnel trouve le plus difficile à vivre, c'est la peur de faire des erreurs, qu'elles aient été commises ou non. Pour le médecin, le moment le plus difficile à vivre, c'est le sentiment d'impuissance devant l'impossibilité de sauver.

Le personnel vit des moments de fierté lorsque ses compétences sont reconnues par les médecins. Il est aussi fier de ses habiletés dans plusieurs procédures. Le médecin est fier devant le succès d'une intervention chirurgicale ou médicale, et plus particulièrement lorsqu'il sauve une vie en réussissant une technique difficile.

## CONCLUSION

### *Rappel de la problématique*

Notre expérience personnelle de travail en salles d'opération nous a amené à nous intéresser à la communication dans les équipes interdisciplinaires de la salle d'opération. L'équipe de salle d'opération est formée de deux infirmières, un inhalothérapeute, un préposé, un chirurgien et un anesthésiste. Nous nous sommes étonnés de ce que des personnes ayant des formations différentes, des perceptions et des objectifs différents, arrivent à travailler en harmonie et avec efficacité. Malheureusement, ce n'est pas toujours le cas. Nous avons remarqué que l'ambiance de travail dans la salle a un impact sur le pronostic d'un patient. Aussi, nous nous sommes interrogés sur comment amener les membres de l'équipe de salle d'opération à communiquer autrement pour les aider à développer une vision commune afin d'améliorer la synergie et l'efficacité, et du même coup, augmenter la satisfaction au travail de tous les acteurs concernés. Richard et Lussier abondent dans le même sens. Ils définissent la collaboration interprofessionnelle comme «un processus de communication et de prise de décision qui favorise la synergie des intervenants sur le plan des connaissances et des compétences (individuelles et communes)». (2005, p.561)

D'autres chercheurs se sont aussi intéressés à la communication dans les équipes de salles d'opération. Mentionnons Lingard qui a mené plusieurs études en salle d'opération, notamment sur le vocabulaire utilisé (2002), les échecs communicationnels, comment et quand ils se manifestent (2004), les différentes perceptions à travers les professions (2005). Tous les auteurs que nous avons consultés ont souligné l'importance, pour les différents intervenants, d'apprendre à se connaître. En s'appuyant sur cette recommandation des auteurs, notre projet s'inscrit donc comme l'une des trajectoires actuelles de la recherche et tente d'y apporter une réponse.

Pour répondre à notre question, nous nous sommes appuyés sur les développements récents en sciences. En effet, toutes les sciences convergent vers un nouveau paradigme : le monde est un immense réseau. Dans notre monde du XXI<sup>e</sup> siècle, on réalise que tout est interrelations. Pourtant, nous fonctionnons encore largement sur un modèle linéaire de cause à effet. Le bloc opératoire étant un système complexe, on ne peut pas résoudre les problèmes qui s'y présentent de façon linéaire.

Nous nous sommes donc tournés vers Carle et Scharmer. Ces derniers ont orienté notre démarche avec le processus en U. Le processus en U est un processus de changement. Il tire son nom de la forme que prend la courbe pour illustrer le changement. D'abord, il y a la descente, l'approfondissement, la patte gauche du U. Puis, il y a le chaos, la base du U. On ne sait pas comment ça se passe, mais on sait qu'un changement, un déplacement se fait. Enfin, il y a la remontée, la patte droite du U. C'est le retour vers l'équilibre. Carle a noté que la vie humaine est marquée de plusieurs processus en U qui sont apportés par la vie, par exemple la puberté, devenir parent. Le processus en U amène un changement important dans la vie de la personne. Il y a un avant et un après. Ce processus est universel bien que l'on ne sache pas exactement comment ça se passe. Si pour Carle, le processus fait partie de la vie, Scharmer, quant à lui, cherche à provoquer le processus afin qu'il devienne un outil de changement dans la société.

Scharmer a décomposé le mouvement du processus en trois étapes : le sensing, le presencing et le realizing. Le sensing consiste à se mettre en état d'écoute, d'ouverture de l'esprit. Il faut pour cela être capable de se laisser aller et transporter dans l'imaginaire pour arriver à voir autrement. Le presencing approfondit le niveau d'écoute. On écoute attentivement. On s'intériorise pour se rapprocher de notre Source, le centre de nos valeurs. Les échanges se font au niveau des valeurs personnelles. Il se fait des prises de conscience. Puis, survient le changement. On se déplace intérieurement. On s'appuie sur de nouvelles prémisses. Un recadrage de la situation amène des solutions inédites et originales. Comment s'effectue ce changement, ce déplacement intérieur? Personne ne le sait encore. Ce que l'on sait, c'est qu'après le déplacement, de nouvelles actions se mettent en place. On arrive au realizing, l'étape où l'on passe à l'action.

Pour notre projet d'intervention, nous avons voulu amener tous les membres de l'équipe interdisciplinaire à s'asseoir ensemble, afin d'apprendre à mieux se connaître, à mieux connaître le rôle et les fonctions de l'autre, les préoccupations de l'autre et ainsi faciliter une plus grande cohésion dans les équipes interdisciplinaires du bloc opératoire. La méthodologie choisie pour notre projet est le World Café.

#### *Principaux éléments de la démarche*

La méthode du World Café propose des conversations dans une ambiance détendue, à la manière d'un Café, favorisant l'écoute et la créativité. Les participants sont regroupés autour de tables à café pour

discuter d'un thème choisi au préalable. Ils ont à leur disposition du café et des bouchées, mais aussi des crayons de couleurs, des cartons, des feuilles. L'écoute est à la base du succès du World Café, l'écoute de soi et l'écoute des autres. L'autre élément important du World Café est le plaisir. La créativité s'imisce souvent dans le plaisir. Le rôle de l'intervenant est de mettre en place les conditions favorisant les échanges, puis d'accompagner le groupe. Cette méthode convient donc très bien à notre projet qui veut créer une occasion pour les participants d'apprendre à mieux se connaître, dans un cadre détendu et ludique, pour en arriver à formuler une vision commune de leur travail d'équipe.

C'est une coordonnatrice de bloc opératoire qui, ayant entendu parler de notre projet de maîtrise, nous a invités à lui présenter notre projet. Elle était, à ce moment, à la recherche d'un projet pouvant favoriser l'interdisciplinarité dans ses équipes de travail. Elle nous a, par la suite, offert d'intervenir dans son milieu. Considérant que la coordonnatrice nous offrait une opportunité inestimable, après discussion avec mes co-directeurs de l'époque, nous avons accepté avec joie. Cependant, il a fallu travailler à l'intérieur de contraintes imposées par la structure organisationnelle telles que le temps, l'espace ainsi que le fait que l'auditoire était captif.

### *Les résultats*

Nous avons débuté le premier atelier en exposant aux participants la règle de base de nos ateliers soit, se placer en équipes interdisciplinaires. Chaque équipe doit compter au moins un représentant des chaque discipline : inhalothérapeutes, infirmières, préposés. Il peut aussi se joindre une gestionnaire, une commis qui, elles, sont moins nombreuses. Puis, nous avons donné les règles qui prévalent dans un World Café, dont celle de s'amuser. Nous avons ensuite accompagné le groupe dans des activités favorisant le sensing, le presencing et le realizing.

#### **Le premier atelier : Imaginer ensemble – Sensing**

La consigne de l'activité était d'imaginer ensemble le bloc opératoire idéal. Nous avons voulu amener les participants à faire une brèche dans l'imaginaire, en interdisciplinarité.

Nous sommes au tout début du U. Nous sommes au niveau du sensing. Nous tentons d'amener les gens à plus d'ouverture envers l'expérience que nous leur proposons.

#### Le deuxième atelier : S'écouter, se raconter – Sensing et Presencing

La consigne de cet atelier était de se raconter des interactions interpersonnelles vécues au bloc opératoire. Nous avons voulu amener les participants à s'ouvrir les uns aux autres, à échanger sur leur vécu au travail, à dépasser leurs émotions. Ça a suscité l'intérêt des participants. Tout leur non-verbal démontrait l'attention et l'écoute. Le groupe a fait deux constats en fin d'atelier. Ces constats nous indiquent qu'un recadrage s'est effectué dans le groupe.

On descend la patte gauche du U. Le groupe passe du sensing au presencing.

\*Dans l'intervalle entre le deuxième et le troisième atelier, une infirmière a été sensibilisée au besoin d'un inhalothérapeute et lui est venu en aide. Ceci témoigne d'une transposition au travail, de l'ouverture à l'autre pratiquée au dernier atelier.

#### Le troisième atelier : Produire ensemble - Sensing et Presencing

L'objectif de cette activité était de produire en interdisciplinarité. Nous avons donc demandé aux participants quelles étaient leurs recettes pour durer et avoir du plaisir au bloc opératoire. Ça n'a pas été long que les rires fusaient de part et d'autre dans la salle. Les gens étaient absorbés dans leurs conversations.

Nous sommes à la base du U. Nous notons une plus grande ouverture à l'expérience et à l'autre. Nous sommes en presencing.

#### Le quatrième atelier : Décider ensemble – Realizing

L'objectif de l'activité était de décider en grand groupe de la structure du livre de recettes que nous avons collectées au dernier atelier. La bonne humeur était au rendez-vous bien que l'objectif n'ait pas soulevé beaucoup d'intérêt. Par contre, il y a quand même eu discussion. Chacun a pu s'exprimer. Finalement, il s'est établi un consensus interdisciplinaire. L'activité s'étant terminée plus tôt que prévu, cela nous a permis de voir la transposition de l'exercice que le groupe venait de vivre dans son travail quotidien. L'assistante-chef infirmière a demandé la parole. Elle partage une situation avec le

groupe. Chaque discipline a exprimé sa perception de la situation, ses besoins en regard de cette situation. Le dialogue s'est fait dans le respect, l'écoute et l'humour. Il s'en est suivi un consensus interdisciplinaire. Le consensus est, ici, la conséquence de la traversée d'un processus en U. Le fait d'être parvenu à un consensus à deux reprises démontre que le groupe a acquis de nouvelles habiletés communicationnelles.

Au gré des rencontres, nous avons pu observer le groupe traverser les étapes du U. Malgré la résistance du début, nous avons constaté de plus en plus d'ouverture de la part des participants. Ils ont approfondi leur réflexion. Ils sont passés du sensing au presencing. Ce qui a permis au groupe d'accéder au realizing, de faire consensus grâce à un recadrage de la situation prenant en compte tous les personnels.

Nous pouvons affirmer que le groupe a traversé un processus en U bien que ça ait été à petite échelle. De plus, à deux reprises, il y a eu transposition dans le quotidien. Malheureusement, du fait que la coordonnatrice ait quitté son poste peu de temps après, nous ne savons pas si le groupe a conservé ce nouveau comportement interdisciplinaire ou s'il est retourné à ses anciennes façons de faire.

#### *Apports à la compréhension – implications sur les plans scientifique et pratique*

Notre projet démontre que faciliter les occasions d'échanger à un niveau autre que le niveau informationnel favorise la collaboration dans les équipes interdisciplinaires. Cette démonstration vient appuyer les recommandations faites par Lingard, Cepisul, Richard et Lussier, soit de faire en sorte que les différents membres de l'équipe médicale apprennent à se connaître afin de développer une meilleure collaboration.

Notre projet démontre l'efficacité du processus en U dans la résolution de problèmes. Nous avons pu observer l'interdisciplinarité en action, par deux fois, lors du dernier atelier, en plus de la transposition effectuée par une infirmière dans son travail quotidien entre deux ateliers. Notre projet a été fait à petite échelle et pourtant nous avons pu observer les changements de comportements du groupe. De la résistance, il est passé à l'ouverture à la capacité de faire consensus. On nous dira peut-être qu'il n'y avait pas de gros enjeux lors des ateliers. Nous répondons que s'il est facile d'établir un consensus pour de petits enjeux, la pratique et l'expérience apportée par ces petits enjeux faciliteront les futures décisions que le groupe aura à prendre.

Notre projet démontre aussi qu'il est possible de vivre un processus en U malgré le morcellement et l'étalement dans le temps, si les conditions y sont favorables.

#### *Nouvelles pistes de recherche et d'intervention*

Notre projet s'intéresse d'abord aux personnes, à ce qu'elles vivent dans leur travail. Plusieurs projets ou études cherchent des moyens pour augmenter l'efficacité des équipes de travail en santé. Nous nous intéressons d'abord au travailleur. Le travailleur n'est pas une machine. Il ne fonctionne pas comme une machine. Comme Rogers bien avant nous, nous croyons en l'être humain, en ses capacités. Nous avons confiance en lui.

À l'Université de Montréal, on offre, depuis 2009, un atelier de formation interprofessionnelle aux futurs professionnels en santé. La formation débute par des cours obligatoires et «se terminent par un atelier de formation réunissant les étudiants de chaque discipline, en équipes de 10 ou 11 personnes issues d'autant de départements, planifier un mode d'intervention pour un cas qui leur est soumis et s'entendre sur la mise en application de ce plan.» (Baril, 2011) Chaque équipe a même son «patient partenaire». On change les façons de travailler. Les étudiants apprennent à travailler en interdisciplinarité, contrairement à leurs prédécesseurs. Cette formation influera sûrement sur la manière de travailler de ces futurs professionnels. Nous déplorons cependant que les employés que nous considérons de la base, soit les infirmières non-bachelières, les inhalothérapeutes, les préposés, ne sont pas représentés dans ces équipes. Cette formation abolira-t-elle le clivage entre ces deux catégories de professionnels, les universitaires et les non-universitaires?

Nous croyons que le World Café est une méthode facile et peu coûteuse à mettre en place pour réunir de grands groupes. Comme le bloc opératoire est un système complexe, il apparaît donc tout indiqué d'utiliser cette méthode pour travailler sur les problématiques. Cette méthode offre de plus l'avantage de ne pas être vécue comme une tâche supplémentaire, un fardeau supplémentaire. Au contraire, elle fait appel à l'imaginaire et au plaisir. Notre projet a démontré que la démarche pouvait être vécue par étapes et que, pour autant que les participants s'impliquent un peu, on peut déjà en constater les impacts dans les transpositions faites dans la résolution des problèmes quotidiens.

---

ANNEXES

## ANNEXE A - Formulaire de consentement

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**Titre : Démarche d'amélioration de la communication à travers le processus en U-  
Accompagnement des équipes interdisciplinaires d'un petit centre hospitalier.**

Chercheure responsable : Francine Picotin

Programme d'enseignement : Maîtrise à la communication

Courriel : lilipic@videotron.ca

Téléphone : 450-627-1938

Ce projet est sous la direction de Paul Carle, professeur au Département de communication sociale et publique. Il peut être joint par courriel à carle.paul2@sympatico.ca.

#### But

Le but de cette étude est d'accompagner les équipes interdisciplinaires du bloc opératoire dans une démarche de processus en U. Le processus en U est un processus de changement, basé sur l'écoute, dont la représentation prend la forme d'un U.

#### Objectifs

De manière plus précise cela veut dire que nous ferons expérimenter aux membres des différentes disciplines de nouvelles façons d'être en relation. La méthodologie choisie est le World Café. Le World Café vise à promouvoir l'écoute dans l'ambiance ludique et détendue d'un café. Puis, nous tenterons d'identifier et de comprendre si et comment les ateliers vécus en groupe ont influencé le travail interdisciplinaire au quotidien.

#### Procédure

Vous serez invités à participer à des ateliers qui auront lieu lors de quatre rencontres départementales consécutives. Les activités lors des ateliers feront appel à l'imaginaire. Elles solliciteront votre écoute et votre bonne humeur.

#### Avantages et risques

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances en communication et en gestion. Il n'y a pas de risque d'inconfort important associé à votre participation, sinon celui d'avoir du plaisir. En cas contraire, vous pouvez vous référer au Programme d'aide aux employeur. En tout temps, vous êtes libre de poursuivre ou non votre participation et ce, sans pénalité aucune.

#### Confidentialité

Il est entendu que les données recueillies lors des ateliers ne permettront pas d'identifier les participants. Seuls la responsable du projet et son directeur auront accès à ces données.

### Participation volontaire

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs, vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Comme les données recueillies seront le fruit du travail d'équipe, nous ne retirerons que ce qui pourrait vous identifier personnellement. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que la responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, conférences, communications scientifiques) les renseignements que vous avez fournis.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains. Pour toute question ne pouvant être adressée au directeur de recherche ou pour formuler une plainte ou de commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique et de la recherche, Marc Bélanger, au numéro (514) 987-3000 #5021. Il peut également être joint au secrétariat du comité au numéro (514) 987-3000 # 7753.

### Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

### Signatures

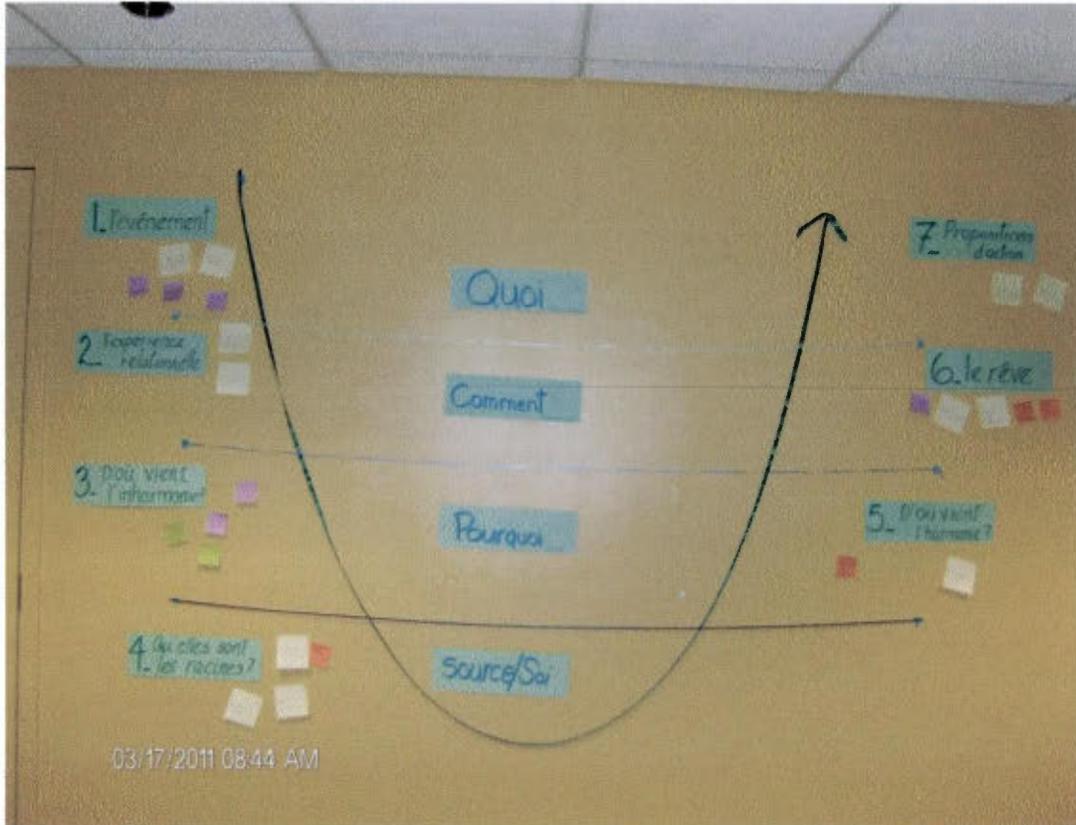
Je, \_\_\_\_\_, reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que la responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la responsable du projet.

Nom du participant : \_\_\_\_\_

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature de la responsable du projet : \_\_\_\_\_

ANNEXE B – Le U sur le mur





ANNEXE D

TRANCHES DE VIE

## LE PROJET D'ORTHOPÉDIE

Mars 2008 (date fictive)

Selon les recommandations du Ministère de la santé, une équipe de gestionnaires du bloc opératoire cherche un moyen de réduire la liste d'attente pour les chirurgies de la hanche. On décide donc d'en faire un projet spécial du bloc opératoire. On planifie que, lors de sa journée opératoire, l'orthopédiste désigné roulera à deux salles, c'est-à-dire que, pendant qu'il opère dans une salle, une deuxième équipe prépare une seconde salle pour le patient suivant. Ainsi, il y a moins de perte de temps pour le chirurgien entre les cas puisque lorsqu'il a terminé une chirurgie, il peut se re-brosser, c'est-à-dire qu'il peut se relaver les mains avec le savon aseptique immédiatement, pour la chirurgie suivante, et ainsi de suite pour les cas suivants. On planifie donc deux équipes d'infirmières, une pour chaque salle, ainsi qu'un anesthésiste et un inhalothérapeute par salle. Mais il n'y a qu'un préposé, le préposé X, spécialement attiré pour ces deux salles d'opération. Un préposé Y, à qui on a expliqué la démarche, proteste que ça ne peut pas marcher parce qu'on a mal évalué le travail du préposé de ces équipes. Ce projet a aussi un impact sur le travail des autres préposés du bloc opératoire. L'anesthésiste commente qu'on ne peut pas commencer à demander l'avis de tout le monde chaque fois qu'on a une décision à prendre et que, de toute façon, ceux-ci (les préposés) ne sont pas payés pour penser. L'intervention du préposé Y est rejetée.

La première journée opératoire d'implantation de cette démarche, on s'est confronté assez rapidement à ses limites. En effet, on a constaté que le travail du préposé a été mal évalué. Les fonctions du préposé sont : au début d'un cas, monter la table d'opération en fonction de la chirurgie, aider au transfert du patient du lit à la table d'opération, assister l'anesthésiste pendant l'exécution de l'anesthésie régionale rachidienne, assister l'orthopédiste pour positionner le patient pour la chirurgie, l'assister aussi pendant le badigeonnage; à la fin du cas, aider au transfert du patient de la table d'opération au lit, nettoyer la table d'opération et toutes les tables de la salle, démonter la table d'opération, la remonter pour le cas suivant. Tout le travail du préposé se fait en début et en fin de cas. Mais les chirurgies ne sont pas assez longues pour permettre au préposé de tout faire. La fin d'une salle se superpose au début de l'autre. Ce qui a comme conséquence qu'il y a toujours une équipe d'infirmières, un inhalothérapeute et un anesthésiste en attente que le préposé ait terminé son travail. On ne peut commencer à préparer la salle pour un cas tant que le préposé ne l'a pas d'abord nettoyée après le dernier cas. Le rythme du déroulement de la journée a donc été imposé par la disponibilité du préposé. Autant oublier les pauses et le dîner pour ce préposé, il n'en a eu pas le temps. C'est ce que le préposé Y avait tenté de faire prendre conscience aux gestionnaires par son intervention.

## UN VENDREDI DE GARDE AU BLOC OPÉRATOIRE

Laissez-nous vous entraîner dans la journée d'une inhalothérapeute au bloc opératoire. Nous avons choisi de présenter un récit fictif, mais représentatif de l'expérience que nous avons de ce milieu. Nous y avons travaillé pendant plusieurs années. Nous décrivons ici vingt-quatre heures dans la vie d'une inhalothérapeute, le tout débutant le vendredi matin à 7h30.

J'arrive dans la salle d'ORL (oto-rhino-laryngologie) à 7h30, l'infirmière responsable est déjà là. J'ouvre la machine d'anesthésie et je débute les tests quotidiens. J'installe un circuit d'enfant car nous commençons avec une myringotomie chez un jeune enfant de 2 ans. Je prépare les tubes endotrachéaux, toujours trois grandeurs différentes, au cas où, le laryngoscope, les gants, deux grandeurs de masques d'enfant. Quand la machine d'anesthésie est fonctionnelle, je prépare les médicaments dont nous aurons besoin pour le premier cas. Je prépare les électrodes pour l'électrocardiogramme, le brassard à pression, le saturomètre. Je prépare aussi le circuit en le remplissant de gaz anesthésiques pour que l'induction puisse être rapide. L'anesthésiste et les infirmières arrivent avec l'enfant. C'est un petit garçon de deux ans inquiet qui arrive dans les bras de l'infirmière. Il a d'abord droit à un jouet (toutous, petites autos, ...) offert par les bénévoles de l'hôpital. Il choisit son préféré dans une petite boîte qui en contient cinq ou six. On couche l'enfant sur la table d'opération. Je mets le masque sur sa figure et lui fait respirer les gaz anesthésiques pendant que je lui raconte comment «son cœur dessine sur ma télé». Je lui montre «les montagnes qu'il dessine sur la télé» en soufflant dans le masque. Plus il souffle fort, plus la montagne est haute. L'infirmière en externe en profite pour poser les électrodes, le brassard à pression, le saturomètre. Tout se passe en même temps. Puis, quand l'anesthésie commence à être assez profonde, l'infirmière aide l'anesthésiste à installer un soluté. La myringotomie est une chirurgie très courte. On n'intube pas l'enfant, je garde donc le masque en place tout au long de la chirurgie. Ce qui signifie que je dois rester à la tête du patient et que le chirurgien doit me contourner pour passer du côté gauche au côté droit de la tête. Je dois m'assurer que les voies aériennes de l'enfant sont toujours perméables, c'est-à-dire que la respiration se maintient bien même quand on doit tourner la tête de l'enfant sur le côté. Je dois faire en sorte que la respiration se maintient bien. Ma main reste collée au visage de l'enfant pendant toute la chirurgie. Le chirurgien installe les champs stériles. Il s'assoit sur un banc du côté gauche de la table. Je tourne la tête de l'enfant vers la droite. L'anesthésiste s'assure de la calibration des gaz anesthésiques pour que l'enfant reste bien endormi pendant toute la chirurgie. Il remplit sa feuille d'anesthésie. Le chirurgien change de côté. Il est assis sur un banc à roulettes. Il roule derrière moi et s'installe de l'autre côté de la table d'opération. Je tourne la tête de l'enfant vers la gauche. Le

chirurgien procède à l'incision du tympan, installe un petit tube dans l'oreille. L'infirmière verse une goutte d'antibiotique dans l'oreille et met une ouate par-dessus. La procédure chirurgicale est terminée. On réveille l'enfant, c'est-à-dire que l'anesthésiste cesse les gaz anesthésiques et les remplace par de l'oxygène à haut débit. Ce haut débit favorise l'évacuation plus rapide des gaz anesthésiques. Je garde toujours la main sur le masque, sur le visage de l'enfant. Je quitte cette position lorsque l'enfant respire bien de lui-même et réagit aux stimulations. On le met sur la couchette de transport et on l'emmène à la salle de réveil où une infirmière l'attend. Dès que l'enfant est sorti de la salle, je retire le matériel d'anesthésie souillé et le sort de la salle. Je le remplace par du matériel propre. Je prépare la table d'anesthésie et les médicaments pour la chirurgie suivante.

Ensuite, nous avons fait quatre cas d'amygdalectomie chez des enfants d'âge préscolaire et scolaire. Quand ils ont plus de 4 ou 5 ans, on ne les endort plus au masque mais par injection, comme les adultes. Nous avons ensuite poursuivi avec des adultes. D'abord une sinusoscopie qui a duré une heure. Comme ça prend un certain temps pour faire venir le patient suivant au bloc opératoire, l'infirmière de la salle demande qu'on le fasse venir quand on arrive en fin de chirurgie. Cette fois, on nous annonce une césarienne d'urgence. Dès que le patient est sorti de la salle, un préposé entre dans la salle pour la nettoyer. Les infirmières vont chercher le matériel nécessaire pour la césarienne. Je prépare tout ce que l'anesthésiste peut avoir besoin lors d'une césarienne d'urgence. Tout doit être là, prêt à servir. Le rythme de travail est accéléré. Tout le monde se dépêche. Le préposé, qui a fini de nettoyer la salle, entre le lit de bébé dans la salle et le branche aux raccords d'oxygène et électriques. J'ouvre les lampes au-dessus du lit de bébé pour le réchauffer. Je m'assure que l'oxygène fonctionne bien, que le circuit n'a pas de fuite. Je prépare ce qu'il faut pour l'intubation du bébé, au cas où. Une infirmière arrive avec la mère. L'infirmière en interne est en train de faire les derniers préparatifs sur sa table d'instruments. On installe la mère sur la table d'opération. Elle a déjà une épidurale continue d'installée. Tant mieux! On sauve du temps. Le gynécologue est là. Il attend, brossé, que l'infirmière en interne l'«habille». Il revêt la blouse stérile et les gants. Il prend les champs opératoires et les installe. Un champ sépare la patiente du chirurgien et l'empêche de voir ce qui se passe de l'autre côté du champ. Pendant ce temps, l'anesthésiste a déjà commencé à injecter dans l'épidurale de la patiente pour qu'elle ne ressente pas de douleur. Tout va vite. Juste avant de faire la première incision, le préposé fait entrer le père du bébé dans la salle et le fait asseoir sur un petit banc à côté de la tête de la mère. Il ne voit pas lui non plus ce qui se passe de l'autre côté du champ. Le gynécologue incise les chairs, l'infirmière en interne l'assiste. Le gynécologue incise l'utérus, la tête du bébé est là. Le gynécologue attrape le cordon ombilical et défait les tours de cordon autour du cou. On avertit la mère qu'elle va sentir une pression sur le ventre. L'infirmière et le gynécologue appuient sur le haut du ventre pour pousser le bébé hors de l'utérus. C'est un garçon. Il va bien. En cinq minutes, le bébé est

né. On l'amène d'abord sur le lit de bébé chauffant. On l'essuie, on l'observe pour évaluer son état, et on l'emmitoufle. Comme bébé va bien, après un certain temps, on le met dans les bras de papa. Maman aussi peut voir fiston pendant quelques minutes. Puis, papa part avec bébé à la pouponnière pendant que se poursuit la césarienne. C'est plus long de tout refermer à la fin de la chirurgie que de faire sortir le bébé. La césarienne a pris une heure de temps opératoire. Il est midi. Il est déjà temps de dîner. Les infirmières se font remplacer. L'anesthésiste et moi, on s'est arrangé ensemble. Quand le bébé est né, l'anesthésiste est allé dîner. Moi j'irai quand le prochain cas aura débuté. C'est une thyroïdectomie. Ça dure deux heures. J'aurai donc le temps d'aller manger.

Le patient de la thyroïdectomie est difficile à intuber. On fait donc une bonne pré-oxygénation. Je tiens le masque d'oxygène sur le nez et la bouche du patient. L'air passe bien. J'assiste l'anesthésiste pour l'intubation en élevant la tête du patient de la main gauche pour lui donner un angle et de la main droite j'appuie sur le cou pour faire descendre la trachée. L'intubation est difficile, l'anesthésiste a les yeux à six pouces de la bouche du patient qu'il tient grande ouverte, de sa main gauche, avec le laryngoscope. De son autre main, il tient le tube. Avec mes doigts sur le cou, je fais bouger la trachée pour tenter de lui donner une meilleure vision de celle-ci. Enfin, il réussit à introduire le tube dans la trachée. D'une main, je tiens fermement le tube au coin de la bouche du patient pour ne pas qu'il s'enfonce ou qu'il ressorte. J'aide l'anesthésiste à fixer le tube solidement à la tête du patient en m'assurant du confort pour le patient même si celui-ci n'en est pas conscient. Quand les champs opératoires sont installés nous n'avons plus accès à nos tubulures. Nous sommes alors installés au niveau des pieds du patient. Quand l'anesthésie est bien en route, je sors donc dîner. Il est 13 heures. Je reviens dans la salle après trente minutes. L'anesthésiste sort pour aller travailler au bureau des anesthésistes qui se trouve dans le bloc opératoire. Il me donne une prescription verbale avant de sortir de la salle. Je fais la surveillance de l'anesthésie et je peux injecter certains médicaments selon les besoins du patient. L'anesthésiste revient dans la salle à 14h30 pour me donner une pause. Je lui fais un rapport de ce qui s'est passé lors de son absence. Quand je reviens de ma pause, la chirurgie est terminée. N commence à faire le pansement et à réveiller le patient. C'est-à-dire qu'on remplace les gaz anesthésiques par de l'oxygène. Quand le patient a bien repris la respiration en spontanée, l'infirmière et l'anesthésiste emmène le patient à la salle de réveil. C'était le dernier cas de la salle. Je démonte le matériel souillé et je nettoie mes tables d'anesthésie. Je remplace le matériel utilisé. Je m'assure que la salle est prête à fonctionner. On ne sait jamais si on en aura besoin en urgence. Il est 15h15. Il reste deux salles en fonction : un cas de pontage fémoral et un cas de cholécystectomie. Tous les inhalothérapeutes partent. Ils ont fini leur journée de travail, sauf un collègue qui reste avec moi jusqu'à 18 h pour me remplacer pendant le souper. Nous nous partageons le travail qu'il y a à faire.

Quand je reviens de souper, à 18 h, on m'annonce qu'on va faire deux cas d'orthopédie, des fractures de chevilles. Heureusement, l'orthopédiste travaille assez rapidement. Cependant, maintenant, il ne reste que l'équipe de garde : deux infirmières, l'inhalothérapeute, le préposé et l'anesthésiste. Les infirmières doivent faire aussi la salle de réveil. Ce qui allonge le temps entre les cas de trente minutes. Sur une garde, tout se déroule au ralenti. Juste comme on achève de réparer la deuxième fracture, on nous annonce une aorte sur le point de rompre. L'anesthésiste se passera de moi pour la fin du cas, je cours dans la salle de vasculaire pour préparer le cas d'urgence. Ce cas demande beaucoup d'attirail technologique. Je me dépêche en souhaitant que tout fonctionne du premier coup. L'anesthésiste arrive. Il m'aide à terminer les préparatifs. J'ai presque fini lorsqu'on entre dans la salle avec le patient. Vite, on le transfère sur la table. On installe tout l'équipement nécessaire pour le monitoring du patient. On l'endort. Le chirurgien est déjà prêt à badigeonner. Le chirurgien installe les champs, l'infirmière approche les tables d'instruments de la table d'opération. Le chirurgien fait l'incision. La chance est avec nous, l'aorte n'est pas rompue. Le chirurgien se dépêche à court-circuiter la partie défectueuse de l'aorte. L'anesthésiste et moi suivons la pression artérielle de près. Elle prend des airs de montagnes russes sur notre écran. Nous sommes sur le qui-vive, toujours prêts à intervenir. Finalement, tout se termine assez bien. C'est notre dernier cas. Toute l'équipe est fatiguée et a hâte de quitter pour aller dormir. On surveille de près le patient pendant qu'il se réveille. Puis, on l'emmène directement aux soins intensifs avec tout l'attirail qu'on lui a installé. J'aide au transfert. Quand je reviens au bloc opératoire, le chirurgien de chirurgie générale est là et nous attend. Il y a un patient en occlusion intestinale à l'urgence. Il doit l'opérer d'urgence. Les épaules me tombent. Ah non! On ne sait jamais pour combien d'heures on va être là avec les cas d'intestins. Il est minuit quinze. Et je dois aussi nettoyer la salle qu'on vient de quitter. J'ai beaucoup d'appareillage à nettoyer et je dois préparer la salle pour un prochain cas. On ne sait jamais. On pourrait avoir un autre cas d'aorte dans une heure. Je me dépêche donc à préparer une autre salle pour le cas d'intestins qui s'en vient. Toute l'équipe prend une pause ensemble avant de commencer l'autre cas. Vers une heure, on amène le patient au bloc. Je suis prête. J'aide l'anesthésiste à faire l'induction de l'anesthésie, puis je retourne dans la salle de vasculaire pour terminer mon ménage et remonter la salle. Je rejoins ensuite l'anesthésiste. L'anesthésie se déroule bien. Le patient est assez stable. Mais du côté de la chirurgie, ça va moins bien. L'intestin s'est percé. Pouah!! Ça pue dans la salle. Ça sent très fort. Le chirurgien aspire le plus de matières fécales qu'il peut avec la succion. Mais l'odeur persiste. L'infirmière en externe sort de la salle et revient avec des masques supplémentaires et de la crème à barbe parfumée. Elle se place devant moi et projette de la crème à barbe sur mon masque. Je mets un deuxième masque par-dessus pour garder la crème à barbe en place. Elle fait la même chose pour tout le monde. Cette crème à barbe nous sert à dissimuler les odeurs nauséabondes. Ces dernières sont parfois insupportables. La chirurgie

s'étire. L'anesthésiste et moi, nous sortons de la salle, à tour de rôle, de temps à autre, pour se changer les idées, mais les infirmières n'ont personne pour les remplacer. Elles ne peuvent donc pas sortir s'aérer un peu. La chirurgie se termine à 4h. Pendant que les infirmières font le pansement, l'anesthésiste commence à réveiller le patient. Puis, on l'amène à la salle de réveil où les infirmières surveillent le patient jusqu'à ce que l'anesthésiste donne la permission de transférer le patient dans sa chambre à l'étage. Pendant ce temps, le préposé et moi retournons dans la salle faire du ménage. Les préposés ne touchent pas au matériel d'anesthésie. Il me revient donc de le nettoyer. Je travaille au ralenti. Je m'endors. Ça fait vingt-et-une heure de suite que je travaille. C'est la même chose pour les autres membres de l'équipe. À cinq heures, tout est fini. Enfin. Pas d'autres cas en vue. Une infirmière appelle en obstétrique pour s'informer s'il y a des risques de césarienne en vue. Non, tout est calme en obstétrique. Bravo! On décide d'aller déjeuner ensemble au petit restaurant situé de l'autre côté de la rue. Il ne nous sert à rien de retourner à la maison tout de suite, car si un autre cas s'annonce, nous devons revenir. Nous sommes de garde jusqu'à 7h30. Il ne nous reste plus que deux heures de garde à faire. Nous prolongeons notre déjeuner jusqu'à 7h. après quoi, nous retournons à l'hôpital. Une infirmière appelle à l'urgence et en obstétrique pour savoir s'il y a des chirurgies possibles en vue. Pour l'instant, il n'y a rien. On se souhaite : Bon dodo! Et on retourne tous à la maison. Mon samedi de congé, je le passe à dormir.

## BIBLIOGRAPHIE

### LIVRES

Coordonné par Borzeix, Anni, Béatrice Fraenkel. 2005. *Langage et travail, Communication, cognition et action*, Éditions CNRS, Coll. CNRS Communication, Paris, ISBN : 2-271-05909-7

Bouthat, Chantal. 1993. *Guide de présentation des mémoires et des thèses*, Université du Québec à Montréal, ISBN 2-89276-119-0

Sous la direction de Paul Carle. 1998. *Processus non linéaires d'intervention*, Coll. Organisations en changement, Presses de l'Université du Québec, Montréal, ISBN 2-7605-0980-X

Comité de maîtrise en communication. 2008. *Guide pour les types de mémoire en communication*, Faculté de communication, UQAM

Dejours, Christophe. 1993. *Travail Usure mentale : De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Nouvelle édition augmentée, Éditions Bayard

Dubar, Claude. 2010. *Sociologie*, 4<sup>e</sup> Édition, Collection U, Éditions Armand Colin, Paris, ISBN 978-2-200-24932-8

Gleick, James. 2008. *La théorie du chaos : Vers une nouvelle science*. Traduit de l'anglais par Christian Jeanmougin, Édition revue et corrigée 2008, Éd. Flammarion, Collection Champs science, France

Goffman, E. 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi. 2. Les relations publiques*, Paris, Éditions du Minuit

Grosjean, Michèle, Michèle Lacoste. 1999. *Communication et intelligence collective, Le travail à l'hôpital*, Collection Le travail humain, Paris, Presses Universitaires de France, ISBN 2 13 049736 5

Sous la direction de Grosjean, Sylvie et Luc Bonneville. 2011. *La communication organisationnelle. Approches, processus et enjeux*, Éditions Chenelière Éducation, Montréal, ISBN 978-2-7650-2953-3

Sous la direction de Mahy, Isabelle et Paul Carle. 2012. *Théorie U, Changement émergent et innovation, Modèles, applications et critique*, Presses de l'Université du Québec, Québec, ISBN 978-2-7605-3437-7

Marc, Edmond, Picard, Dominique. 2006. *L'École de Palo Alto*, Coll. Psychologie dynamique, Éditions Retz, Paris

Marc, Edmond. 1993. *Le changement en psychothérapie*, Coll. Psychologie dynamique, Éditions Retz, Paris

- Pavelin, Bodanka. 2002. *Le geste à la parole*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail
- Pouchelle, Marie-Christine. 2003. *L'hôpital Corps et Âme, Essais d'anthropologie hospitalière*, Éditions Seli Arslan, Paris, ISBN 2-84276-090-5
- Rhéaume, Jacques. 2001, *Le professionnel de la santé : l'idéal impossible* in «La fin du travail ou le travail sans fin ?», Colloque : Crise de société ... recherches de sens, Association canadienne pour la santé mentale, section Montréal
- Sous la direction de Richard, Claude, Marie-Thérèse Lussier. 2005. *La communication professionnelle en santé*, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., Montréal, ISBN 978-2-7613-1518-0
- Rogers, Carl R.(1961) *Le développement de la personne*, InterÉditions, Paris, 2005, ISBN 2 10 049238 1
- Sainsaulieu, Ivan. 2006. *La communauté de soins en question, Le travail hospitalier face aux enjeux de la société*, Gestion des ressources humaines, Fonction cadre de santé, Éditions Lamarre, France, ISBN 2-85030-995-8
- Scharmer, C. Otto. 2009. *Theory U, Leading from the Future as It Emerges, The Social Technology of Presencing*, First Edition, Berrett-Koehler Publishers Inc., San Francisco, U.S.A., ISBN 978-1-57675-763-5
- Schermerhorn, John R. Jr., James G. Hunt, Richard N. Osborn, Claire de Billy. 2008. *Comportement humain et organisation*, 4<sup>e</sup> Édition, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., Montréal, ISBN 978-2-7613-2709-1
- Senge, Peter, C. Otto Scharmer, Joseph Jaworski, Betty Sue Flowers. 2004. *Presence: Human Purpose and the Field of the Future*, Society for Organizational Learning, New York, Doubleday Ed., Currency Books
- Watzlawick P., J. Weakland, R. Fish. 1975. *Changements, Paradoxes et psychothérapie*, Éditions du Seuil, Paris, ISBN 2-02-002723-2

#### ARTICLES

- Baril, Daniel. 2011. *Le patient, véritable partenaire de l'équipe soignante*, Forum, Vol. 46, no 11, 14 novembre 2011, Université de Montréal, Montréal, p.9
- Bercot, Régine. 2009. *Rationaliser la gestion des blocs opératoires, la négociation des territoires et des légitimités professionnelles*, in Sciences de la société, *Rationalisation des organisations hospitalières*, Presses Universitaires du Mirail, no 76, France, 2009, p.53-65
- Boutet, Josiane. 2005. *Les mots du travail*, Chapitre 7 in *Langage et travail*, coordonné par Anni Borzeix et Béatrice Fraenkel, CNRS Éditions, CNRS Communication, Paris.

Carle, Paul. 2009. *L'inventaire de quelques processus de changement non linéaires exprimables sous la forme de courbe en U et réflexions sur l'intervention dans de telles situations*, Document inédit fourni par monsieur Carle

Cepisul, Michel. (2008) *Respect des compétences et communication au sein du bloc opératoire*, Dossier Comportements de groupe et relations d'équipes au bloc opératoire, Interbloc, Tome XXVII, no 3, septembre 2008, France, p. 200-202

Coyle, Julia, Joy Higgs, Lindy McAllister, Gail Whiteford. 2011. *What is an interprofessional health care team anyway*, Chapter 4 in *Sociology of interprofessional health care practice, Critical reflexions and concrete solutions*, Simon Kitto, Janice Chesters, Jill Thistlethwaite, Scott Reeves Editors, Health care issues, costs and access, Nova Science Publishers Inc., New York, ISBN 978-1-60876-866-0, p.39-53

D'Adessi, Alessandro, Luca Bongiovanni, Andrea Volpe, Francesco Pinto, PierFrancesco Bassi. (2009) *Human Factors in Surgery: From Three Mile Island to the Operating Room*, Urologia Internationalis, no 83, p.249-257, DOI 10.1159/000241662

Firth-Cozens, J. (2004) *Why communication fails in the operating room*, Qual Saf Health Care; 13, p.327, doi: 10.1136/qshc.2004.010785

Genest, Serge. (1990) «Un, deux, trois ... bistouri. Technologie, symbolisme et rapports sociaux en salle d'opération», *Anthropologie et Sociétés*, vol. 14, no 1, p.9-24, <http://erudit.org/iderudit/015109ar>

Grollau, Emmanuelle. 2008. *Les conditions de travail au bloc opératoire, source potentielle de stress et de dégradations relationnelles*. Interbloc, Tome 27, no 3 (septembre), p.186-188

Grosjean, Michèle, 2005. *Verbal et non-verbal dans le langage au travail*, Chapitre 5 in *Langage et travail*, coordonné par Anni Borzeix et Béatrice Fraenkel, CNRS Éditions, CNRS Communication, Paris

Grosjean, Sylvie, Patrice de la Broise. 2011. *Les approches systémiques*. in *La communication organisationnelle. Approches, processus et enjeux*, Chapitre 3, Sous la direction de Grosjean, Sylvie et Luc Bonneville. 2011. Éditions Chenelière Éducation, Montréal, ISBN 978-2-7650-2953-3, p.56-83

Lacoste, Michèle, 2005. *Quand communiquer c'est coordonner. Communication à l'hôpital et coordination des équipes*, Chapitre 13 in *Langage et travail*, coordonné par Anni Borzeix et Béatrice Fraenkel, CNRS Éditions, CNRS Communication, Paris.

Le Verge, Nicolas. (2008) *Les enjeux des rapports de séduction entre chirurgiens et infirmières au bloc opératoire*, Dossier Comportements de groupe et relations d'équipes au bloc opératoire, Intebloc, Tome XXVII, no 3, septembre 2008, p. 195-198

Mathieu, Andrée. 1997. *Le réseau socio-sanitaire québécois*, Dossier : Système de santé, L'Agora, vol.4, no 3, avril-mai 1997, [http://agora.qc.ca/reftext.nsf/Documents/Système\\_de\\_sante--Le\\_reseau\\_socio-sanitaire\\_quebecois](http://agora.qc.ca/reftext.nsf/Documents/Système_de_sante--Le_reseau_socio-sanitaire_quebecois)

Newland, Coleen Ellen Mary. June 2007. *Joys of Perioperative Nursing*, Canadian Operating Room Nursing Journal, Vol. 25, No 2, p.20

Poole, M. S., K. Real. *Groups and Teams in Health Care: Communication and Effectiveness*, Chap.17, p.369-402, COM7816

Pouchelle, Marie-Christine. (2008) *Infections nosocomiales et culture hospitalière*, Dossier Comportements de groupe et relations d'équipes au bloc opératoire, Intebloc, Tome XXVII, no 3, septembre 2008, p. 191-194

Pouchelle, Marie-Christine. (2008) *L'ibode comme partenaire de soins*, Dossier Comportements de groupe et relations d'équipes au bloc opératoire, Intebloc, Tome XXVII, no 3, septembre 2008, p.181

Pouchelle, Marie-Christine. (2008) *Regard d'une ethnologue sur le métier d'ibode*, Dossier Comportements de groupe et relations d'équipes au bloc opératoire, Intebloc, Tome XXVII, no 3, septembre 2008, p. 182-185

Poulain, P., J. Bleau, Y. Gineste. 2004. *La formation à l'approche relationnelle de soins, la rencontre des humanités*, Vie et Vieillesse, vol.3, no. 2, Août 2004, p.32-40

Radomski, Natalie, David Beckett. 2011. *Crossing workplace boundaries : «Interprofessional Thinking» in action*, Chapter 7 in *Sociology of interprofessional health care practice, Critical reflexions and concrete solutions*, Simon Kitto, Janice Chesters, Jill Thistlethwaite, Scott Reeves Editors, Health care issues, costs and access, Nova Science Publishers Inc., New York, ISBN 978-1-60876-866-0, p.87-103

Sainsaulieu, I., G. Gallienne. 2003. *Les mondes sociaux du travail hospitalier*, Les informations sur les ressources humaines à l'hôpital, No 24, Mars 2003, p.45-57

Saint-Charles, Johanne, P. Mongeau. 2011. *Les approches communicationnelles des groupes dans les organisations*. Chapitre 9 in *La communication organisationnelle. Approches, processus et enjeux*, Sous la direction de Grosjean, Sylvie et Luc Bonneville. Éditions Chenelière Éducation, Montréal, ISBN 978-2-7650-2953-3

Sharpe, Dennis, Vernon Curran. 2011. *Professional socialization and interprofessional education*, Chapter 6 in *Sociology of interprofessional health care practice, Critical reflexions and concrete solutions*, Simon Kitto, Janice Chesters, Jill Thistlethwaite, Scott Reeves Editors, Health care issues, costs and access, Nova Science Publishers Inc., New York, ISBN 978-1-60876-866-0, p.69-85

Smith, A.F., K. Mishra (2010) *Interaction Between Anaesthetists, their Patients, and the Anaesthesia Team*, British Journal of Anaesthesia, 105 (1) p. 60-68, bja.oxfordjournals.org, doi: 10.1093/bja/aeq132

## ÉTUDES

Bourbonnais, Renée, M. Comeau, G. Dion, M. Vézina. 1997. *Impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières en centres hospitaliers au Québec*, Département d'ergothérapie, Faculté de médecine et Équipe de recherche Impacts sociaux et psychologiques du travail, Université Laval, Ste-Foy, 1997.

Catchpole, K., A. Mishra, A Handa, P. McCullough. 2008. *Teamwork and Error in the Operating Room, Analysis of Skills and Roles*. Annals of surgery, vol. 247, no 4 (avril), p.699-706

Gillespie, Brigid, Wendy Chaboyer, Marianne Wallis et Peter Grimbeek. 2007. *Resilience in the Operating Room: Developing and Testing of a Resilience Model*, accepté pour publication 20 janvier 2007, JAN Theoretical paper, The Authors, Journal compilation, Australie, Blackwell Publishing

Lingard, Lorelei, S. Espin, S. Whyte, G. Regher, G.R. Baker, R. Reznick, J. Bohnen, B. Orser, D. Doran. 2004. *Communication Failures in the Operating Room: an Observational Classification of Recurrent Types and Effects*, Qual Saf Health Care 2004; 13, p.330-334. doi: 10.1136/qshc.2003.008425

Lingard, Lorelei, R. Reznick, I. De Vito, S. Espin. 2002. *Forming Professional Identities on the Health Care Team: Discursive Constructions of the «Other» in the Operating Room*. Medical Education 2002, no 36, p.728-734

Lingard, Lorelei, Glenn Regehr, Sherry Espin, Isabella Devito, Sarah Whyte, Douglas Buller, Bohdan Sadovy, David Rogers et Richard Reznick. 2005. *Perceptions of Operating Room Tension Across Professions: Building Generalizable Evidence and Educational Resources*. Academic Medicine, vol. 80, no 10 Supplement (octobre ), p.S75-S79

Lingard, Lorelei, Richard Reznick, Sherry Espin, Glenn Regehr, Isabella De Vito. 2002. *Team Communications in the Operating Room: Talk Patterns, Sites of Tension, and Implications for Novices*, Academic Medicine, vol.77, no 3, March 2002, p.232-237

Lingard, Lorelei. 2004. *Tensions Influencing Operating Room Team Function : Does Institutional Context Make a Difference?* Medical Education, vol. 38, no 7 (juillet), p.691-699

Lingard, Lorelei, Regehr, Glenn, Espin, Sherry, Whyte, Sarah, *A Theory-based Instrument to Evaluate Team Communication in the Operating Room: Balancing Measurement Authenticity and Reliability*, Qua Saf Health Care (2006) no 15, p.422-426

Moore, A., D. Butt, J. Ellis-Clarke, J. Cartmill. 2010. *Linguistic Analysis of Verbal and Non-Verbal Communication in the Operating Room*. ANZ J Surg. 2010 Dec., vol. 80, no12, p.925-929

Nurok, Michael, Stuart Lipsitz, Paul Satwiciz, Andrea Kelly, Allan Frankel. 2010. *A Novel Method for Reproducibly Measuring the Effects of Interventions to Improve Emotional Climate, Indices of Team Skills and Communication, and Threat to Patient Outcome in a High-Volume Thoracic Surgery Center*. Arch Surg, vol 145, no5, p.489-495

Papaspyros, Sotiris C., Kalyana C. Javangula, Rajeshwara Krishna Prasad Adluri, David J. O'Regan. 2010. *Briefing and Debriefing in the Cardiac Operating Room on Theatre Team Attitude and Patient Safety*, Interact Cardio Vasc Thorac Surg., vol 10, no 1, p. 43-47

Parush, Avi, Chelsea Kramer, Tara Foster-Hunt, Kathryn Momtahan, Aren Hunter, Benjamin Sohmer. 2010. *Communication and Team Situation Awareness in the OR: Implications for Augmentative Information Display*. 2010. Journal of Biomedical Informatics, [www.theconference.ca/pdf/aparush\\_JBIpreprint.pdf](http://www.theconference.ca/pdf/aparush_JBIpreprint.pdf)

Smith, SL., 2010. *«Managing up» can improve teamwork in the OR*. AORN J., 2010 May, vol.9, no.5, p.576-582

Wauben, L.S.G.L., C.M. Dekker-van Doorn, J.D.H. van Wingaarden, R.H.M. Goossens, R.Huijsman, J. Klein, J.F. Lange, *Discrepant Perceptions of Communication, Teamwork and Situation Awareness Among Surgical Team Members*, Int J Qual Health Care, 2011 April, vol.23, no2, p.159-166

ZhiHong Ye, JuXiang Wang. 2007. *The Success of Peer Support Programme in China*, Journal of clinical Nursing, The Authors, Journal compilation, Chine, Blackwell Publishing, doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01937.x

#### SITES INTERNETS

Giroux, Michel T., 2011. *Les enjeux éthiques dans l'interdisciplinarité: où commencent-ils et comment peuvent-ils être gérés?*, [www.rqam.ca/pros/colloque-pro.php](http://www.rqam.ca/pros/colloque-pro.php)

Morin, Edgar, *Pour une réforme de la pensée*, [http://college-heraclite.iframe.com/edgarmorin/fr\\_instit.htm](http://college-heraclite.iframe.com/edgarmorin/fr_instit.htm), 21 décembre 09

<http://cec-formation.net.pagesperso-orange.fr/philohumanitude.html>

[www.theworldcafe.com/translations/cafe\\_a\\_emporter.pdf](http://www.theworldcafe.com/translations/cafe_a_emporter.pdf)

Brown, Juanita <http://www.enlightennext.org/magazine/bios/juanita-brown.asp>

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/systeme>

#### NOTES DE COURS

Granger, Robert. *Gérer la performance et la qualité*, ASA 2000G, Université de Montréal, Automne 2011

Mahy, Isabelle. *Communication organisationnelle et santé*, COM 7815. Université du Québec à Montréal, Automne 2008