

Approfondir la coopération inter-métiers pour améliorer la sécurité obstétricale

L. Kloetzer¹, M.-A. Morales², O. Irion², J. Pariès¹

1- Dédale - Paris

2- Hôpitaux Universitaires de Genève - Genève - Suisse

✉ **Laure Kloetzer** - Dédale - 15 place de la Nation - 75011 Paris - E-mail : lkloetzer@dedale.net

Cet article rend compte d'une expérience d'apprentissage organisationnel centré sur la sécurité en salle d'accouchement. Il s'attache à présenter la démarche dans son déroulement temporel, théorique et réel, en tirant du déroulement concret de l'expérience des éléments sur ses facteurs de succès et en apprenant de ses difficultés. Au stade d'avancement du projet et de notre réflexion, cet article se présente donc davantage sous la forme d'un récit critique et argumenté que d'une analyse et d'une discussion théoriques.

Présentation de la démarche

L'expérience commence aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) en mai 2003, sur une initiative conjointe de trois départements : gynécologie et obs-

tétrique (service d'obstétrique), pédiatrie (service de néonatalogie) et Apsic (service d'anesthésie), avec le soutien actif du Centre de Formation.

Le contexte

La maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève est à ce moment-là dans une situation qui n'est pas tout à fait sereine : c'est la plus grande maternité de Suisse, avec 3 700 naissances par an, en augmentation constante (10 % sur 2004, (Figure 1)), 11 000 consultations, 8 000 échographies. C'est aussi un centre de référence pour la pédiatrie (15 lits de néonatalogie, 8 lits de soins intensifs). Elle reçoit en outre les cas pathologiques que les cliniques privées ne sont pas toujours en mesure de prendre en charge ainsi que des transferts de France voisine lorsque les cen-

Résumé

L'apprentissage organisationnel centré sur la sécurité, issu de l'aviation, peut être transposé au milieu hospitalier. L'expérience « Ensemble », développée au sein du service d'obstétrique des Hôpitaux Universitaires de Genève, a consisté à organiser un espace de réflexion collective orienté sur la sécurité des patients, mamans et nouveau-nés, où l'on puisse « parler métier » et débattre des difficultés que le travail pose à chacun et à tous. Des séminaires inter-métiers de deux jours, orientés sur la sécurité, ont été mis en place pour des groupes d'une douzaine de participants, l'animation ayant été assurée par deux de leurs pairs. Ces séminaires s'appuyaient sur un contenu pédagogique alimenté par des résultats scientifiques pour atteindre l'objectif d'amélioration collective de la sécurité. La confrontation des préoccupations des trois services cliniques parties prenantes de l'activité obstétricale a amené les participants à traduire en termes concrets des problèmes susceptibles de mettre en jeu la sécurité des parturientes et des nouveau-nés. La mise en place de 20 séminaires a permis d'identifier 96 problématiques, quatorze ayant été résolues à ce jour.

Mots-clés : Accouchement – Hôpital – Gestion Sécurité – Méthode.

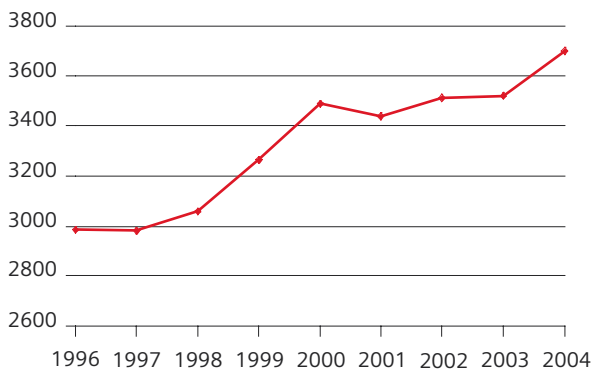
Abstract

Improving inter-trades cooperation to increase obstetric safety

The organisational training concept based on safety, which came from aviation, can be adapted to hospitals. The "Ensemble" experiment carried out in the obstetrics department in the Geneva training hospitals organised a reflection unit regarding the safety of mothers and newborn babies. In this unit, the staff could talk about their jobs and discuss the difficulties they encountered. 2-day inter-trades seminars regarding safety were set up for groups of 12 persons chaired by two of their peers. The training in the seminars was based on scientific results in order to improve safety. Comparing the concerns of the three clinical departments with obstetrical activities made the participants define the problems likely to have an impact on the safety of the parturients and of the newborn babies. 20 seminars were organised and 96 issues were identified, 14 have already been solved.

Key-words: Delivery – Hospitals – Security Management – Methods.

Figure 1 - Estimation du nombre de naissances aux HUG.



tres de la région Rhône-Alpes sont saturés. La charge de travail est donc importante, avec un budget qui n'a pas suivi l'augmentation de l'activité et des effectifs médicaux constants depuis quatre ans. Par ailleurs, c'est un hôpital universitaire qui supporte la rotation fréquente et la formation de ses équipes. Enfin les locaux ne sont pas adaptés à cette hausse de l'activité, une partie de l'énergie des équipes de soin est perdue à gérer la sur-occupation des salles d'accouchement et des chambres (à trouver un lit aux patientes en prénatal ou *post-partum* comme aux nouveau-nés en néonatalogie).

Le projet ou l'étrange défi

Alors que l'activité est déjà tendue, avec des professionnels très investis et très occupés, il s'agit de sortir ces professionnels pendant deux jours complets du flux de leurs occupations quotidiennes pour leur offrir le temps de réfléchir ensemble à leur activité. Le nom du projet, « Ensemble », reprend cette idée d'offrir un espace de réflexion et de discussion à tous les métiers qui interviennent quotidiennement en salle d'accouchement et qui sont *de facto* amenés à coopérer (au sens figuré comme au sens propre du terme). Ce projet découle d'un constat : en salle d'accouchement, et plus encore dans la salle de césarienne qui lui est associée, la coopération entre les métiers est particulièrement importante. Sept métiers au moins sont amenés à y intervenir quotidiennement, simultanément ou successivement, souvent dans l'urgence : les sages-femmes, les infirmier(ère)s anesthésistes, les infirmier(ère)s instrumentistes, les aides (de salle d'accouchement et de salle d'opération), les médecins obstétriciens, anesthésistes et pédiatres. Le niveau de sécurité est bon, et une culture de sécurité existe dans la mesure où la sécurité est une préoccupation première partagée par les professionnels et leur encadrement. Les gisements de sécurité supplémentaire se situent donc vraisemblablement à l'interface des métiers.

La gestion dynamique du risque

Si les différents métiers communiquent beaucoup au sujet des patients, « à la tête du lit des patientes », il est rare qu'ils disposent de temps pour parler entre eux non plus de l'urgence clinique mais de leurs attentes et de leurs contraintes, de leurs manières de faire et des raisons de celles-ci, pour développer leur métier et leur compréhension de celui des autres et pour mieux collaborer. Bref, qu'ils puissent mettre en discussion les difficultés quotidiennes du travail collectif pour tenter d'inventer des solutions communes.

Le projet s'appuie également sur les acquis de la réflexion scientifique de ces dernières années en matière de sécurité. Dans une vision classique de la fiabilité d'une action collective, la garantie centrale est le suivi des (bonnes) règles établies ; ce qui pose problème, c'est l'écart à la règle, qu'il soit volontaire (violations) ou involontaire (erreurs). Mais la recherche récente a montré que dans le pilotage d'une situation dynamique, un phénomène fondamental vient s'interposer entre les erreurs et le risque associé : la gestion dynamique du risque en temps réel par les acteurs de première ligne (1). Ces acteurs ne cherchent pas nécessairement à corriger toutes les erreurs et déviations. Ils ne cherchent pas à se conformer à « une » bonne pratique, mais agissent et réagissent en fonction de leur compréhension de la situation, de ce que font les autres, de leur perception des marges de contrôle de la situation dont ils disposent, et du risque présent et futur qu'ils perçoivent. Le rôle de la « règle » (on entend ici toute prescription formulée par l'organisation, et qui s'impose aux acteurs du système, et notamment aux acteurs de première ligne, pour encadrer, déterminer leur action) dans la sécurité est donc compris aujourd'hui de manière beaucoup plus complexe. La règle est à la fois une spécification de l'action (elle structure l'activité dans le temps, organise les compromis entre les contraintes multiples), et une ressource pour l'action (elle dit quoi faire). Mais elle est toujours en retrait par rapport à l'activité réelle (2,3). Elle ne peut jamais totalement définir le comportement réel, pas plus que la partition musicale ne s'identifie à la musique. Les règles sont utiles, et tout particulièrement en matière de sécurité, pour mille raisons, qu'il s'agisse d'organiser la coopération, de diffuser les meilleures pratiques, de dépasser les compréhensions individuelles, ou d'interdire aux individus des comportements inacceptables pour la collectivité. Mais elles ne peuvent se suffire. Leur « interprétation » par l'équipe nécessite non seulement une bonne maîtrise technique individuelle, mais aussi une lecture commune, une compréhension collective, une synchronisation suffisante pour que l'orchestre joue comme un orchestre, et non comme la juxtaposition de ses musiciens. Cela se construit, s'apprend sur le tas, dans la répétition quotidienne de l'action. Et on peut rendre cet apprentissage plus efficace. L'idéal

serait de pouvoir organiser des répétitions, comme on le fait pour l'orchestre, où les attentes du « chef d'orchestre » seraient explicitées, le rôle de chacun discuté, clarifié, les difficultés exposées, travaillées. Mais faute de pouvoir se livrer à de telles répétitions en vraie grandeur, il est possible d'en conserver au moins la fonction de discussion critique, d'échange, de construction d'un cadre d'action collective.

L'idée est donc d'organiser un espace de réflexion collective orienté sur la sécurité des patients, mamans et nouveau-nés, où l'on puisse « parler métier » et débattre des difficultés que le travail pose à chacun et à tous. Cet espace prendra concrètement la forme de séminaires inter-métiers, en petits groupes d'une douzaine de participants, de deux jours, orientés sur la sécurité, animés par deux de leurs pairs. Ces séminaires s'appuient sur un contenu pédagogique alimenté par des résultats scientifiques tels que ceux évoqués précédemment (on y parle d'erreur, de communication, de coopération, de confiance, d'anticipation, de protocoles...), pour atteindre l'objectif d'amélioration collective de la sécurité.

Déroulement temporel du projet

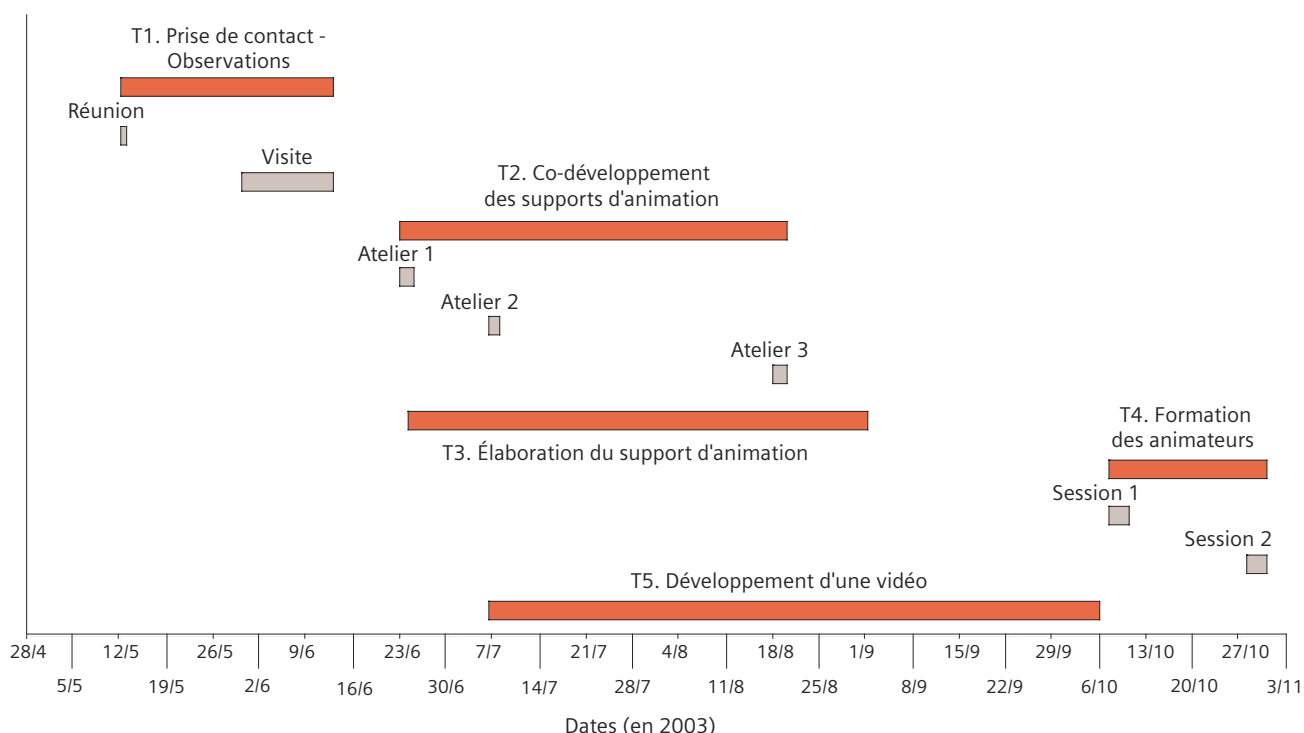
La mise en place du projet commence avec l'assistance de Dédale, société de service spécialisée dans la dimension « facteurs humains » de la gestion des risques, notamment en aéronautique. Deux structures sont constituées :

- d'une part, un comité de pilotage rassemblant les principaux responsables médico-soignants des trois services concernés, les responsables administratifs de l'hôpital et le centre de formation des Hôpitaux Universitaires de Genève. Ce groupe a pour mission de conduire le projet, de coordonner les décisions stratégiques et les engagements financiers entre les services concernés, d'organiser les ressources logistiques nécessaires ;

- d'autre part, un groupe de développement chargé d'élaborer, avec l'aide des consultants Facteurs Humains et Sécurité de Dédale, le contenu de ces séminaires, c'est-à-dire à la fois de définir collégialement les thèmes liés à la sécurité à aborder en priorité et de concevoir les contenus et supports pédagogiques qui permettront de le faire.

Une représentation synthétique du déroulement du projet traduit assez bien sa méthodologie (Figure 2). La conception et la mise en place du séminaire ont nécessité un travail régulier à la fois avec le groupe de développement et avec le comité de pilotage de mai à novembre 2003. Le groupe de développement a conçu le support d'animation avec l'aide de Dédale via trois ateliers de développement. Parmi ces concepteurs, les volontaires pour devenir animateurs des séminaires ont suivi une formation spécifique à l'animation de ces petits groupes. Les séminaires ont commencé en janvier 2004, à raison d'un séminaire tous les 15 jours

Figure 2 - Déroulement du projet.



environ. De janvier à décembre 2004, 220 professionnels de la salle d'accouchement, de tous les métiers concernés, ont ainsi participé à une vingtaine de séminaires « Ensemble » animés par leurs collègues, professionnels de la salle d'accouchement engagés dans le projet, médecins, sages-femmes, infirmières et aides. À toutes les tâches apparaissant dans la figure 2, il convient d'ajouter la tâche de communication, qui a débuté au tout début du projet, évolué avec lui et se poursuit encore aujourd'hui, et la tâche d'évaluation de la démarche, toujours en cours dans la mesure où les séminaires ont été reconduits en 2005.

Tourner un film sur l'activité, pour parler sécurité et évaluer les transformations de l'organisation

Parmi les supports développés pour ces séminaires, l'un d'entre eux a un statut un peu particulier. Il a en effet à la fois une fonction pédagogique et une fonction indirecte d'évaluation des transformations de l'organisation. Nous avons en effet conçu et tourné avec le groupe de développement un film de 17 minutes illustrant une tranche de vie ordinaire en salle d'accouchement. Dans sa fonction pédagogique, ce film a été conçu pour donner une image fidèle des fonctionnements et dysfonctionnements ordinaires en salle d'accouchement. Nous avons écarté très tôt l'idée de tourner un film documentaire au fil du travail réel, au profit d'un film de fiction pour éviter de trop exposer les professionnels. Le scénario a donc été élaboré avec un groupe de travail de professionnels de la salle d'accouchement : il a été bâti autour d'un cas d'urgences simultanées, une situation rencontrée de plus en plus fréquemment aux HUG, en s'attardant sur le traitement délicat d'une pré-éclampsie (une pathologie assez fréquente aux HUG et bien connue, qui implique l'intervention à un moment ou à un autre de tous les métiers concernés par le séminaire). Le déroulement du film a été écrit pour faire réagir les participants aux séminaires non pas sur un incident ou un accident exceptionnel, mais sur des « difficultés ordinaires » en salle d'accouchement : le film montre un cas ordinaire « qui se finit bien » mais qui cristallise plusieurs dysfonctionnements actuels correspondant aux thèmes abordés dans le séminaire (dans la communication, la continuité de la prise en charge, la gestion de l'urgence, etc.). Il vise donc à lancer et approfondir les discussions inter-métiers relatives à la sécurité sur des problèmes quotidiens. Cet objectif pédagogique suppose que les professionnels des HUG puissent reconnaître dans ce film, jusque dans les détails, leurs façons de faire et difficultés quotidiennes. Ce qui signifie en réalité que le film devait être écrit et tourné avec des professionnels aux HUG dans des conditions aussi proches que possible de conditions réelles typiques reconstituées. Mais la crédibilité des lieux, des attitudes et des gestes de métier impliquait en réalité de tourner avec comme

acteurs des professionnels volontaires des HUG, dans leurs véritables lieux de travail, alors que l'activité réelle court toujours, ce qui n'était pas sans poser de nombreux problèmes d'organisation. À titre d'exemple, l'essentiel du tournage a ainsi eu lieu de nuit car l'activité était un peu moindre ; pendant le temps du tournage, deux équipes médicales ont cohabité, une pour faire le travail et l'autre pour tourner le film. Ce que nous avons accompli avec le tournage de ce film souligne bien combien la mise en place de ces séminaires a reposé sur l'implication de tous les professionnels de la salle d'accouchement, et sur le dévouement d'une poignée d'entre eux, porteurs de la démarche. L'une des vertus indirectes de ce film, sans complaisance et réaliste par exigence pédagogique, est de garder la mémoire visuelle d'un moment du travail collectif en salle d'accouchement. À côté de l'ensemble des moyens d'évaluation quantitatifs de la démarche mis en place (questionnaires, etc.), le film représente donc un repère qualitatif grâce auquel, au fil du temps, nous pourrions peut-être apprécier des évolutions. Nous espérons qu'en le revoyant dans quelques années, les professionnels impliqués – eux qui ont réagi en le voyant une première fois en disant : « *c'est dur, mais c'est nous* » - souriront et ne se reconnaîtront plus devant l'ampleur des changements mis en œuvre – lesquels changements, mis en place au fil de l'activité, passent souvent sinon inaperçus.

Quels facteurs de succès pour ce genre de démarche ?

Pertinence des thèmes et supports du point de vue organisationnel et professionnel

Le séminaire « marche » dans la mesure où les questions traitées sont bien les questions et difficultés des professionnels sur le terrain. Développer le support d'animation de ces séminaires avec un groupe de professionnels reconnus par leurs pairs permet de s'assurer de la pertinence des thèmes abordés et des supports pédagogiques associés.

Animation des séminaires par des pairs

La connaissance du métier des animateurs leur permet d'aller plus loin dans la mise en discussion des pratiques et des règles professionnelles. Toutefois, l'appropriation des concepts « sécurité et facteurs humains » mobilisés dans le séminaire peut demander un gros travail de la part des professionnels volontaires, de même que l'apprentissage des techniques d'animation, la formation n'étant naturellement pas leur premier métier.

Participation d'une « masse critique » de professionnels

Si trop peu de professionnels suivent le séminaire, les initiatives de changement risquent d'être rapide-

ment, au retour des professionnels dans leurs services respectifs, noyées dans les habitudes en place. Mais permettre à plus de 200 professionnels de se détacher pendant deux jours pleins de leurs activités en salle représente un gros investissement en terme de temps. Le séminaire « Ensemble » a ainsi concentré la très grosse partie de l'effort de formation en salle d'accouchement pour l'année 2004.

Réactivité de l'organisation

La mise en place de ces séminaires reflète l'engagement des directions dans une démarche d'amélioration de la sécurité qui prend au sérieux l'expérience et les difficultés du terrain. Tout au long des séminaires, les animateurs encouragent les participants à élaborer dans le dialogue des commentaires, des critiques et des suggestions d'amélioration. Lors du module de conclusion, les participants sont invités à reprendre ces éléments et à nommer et hiérarchiser ceux qui seront transmis aux directions. Cette liste de propositions, validée et organisée, constitue ce que nous avons appelé les remontées de terrain. Le groupe des animateurs et des relais (c'est-à-dire des membres du groupe de développement d'origine qui ne sont pas animateurs mais sont présents dans chaque service pour répondre aux questions éventuelles de leurs collègues sur les séminaires « Ensemble ») organise ensuite périodiquement la synthèse de ces notes et leur transmission *via* le comité de pilotage aux directions, qui s'engagent à y répondre et à s'en servir pour alimenter leur activité managériale. La réactivité de l'organisation pour prendre acte et tirer parti de ces propositions est une condition du succès de la démarche à moyen et long terme. Sinon, les professionnels risquent de finir par penser que « c'est comme d'habitude, ça ne sert à rien, on n'est ni écouté ni compris ».

Définition d'indicateurs de succès réalistes

Différents objets d'évaluation sont envisageables, avec des méthodes différentes, et aussi des niveaux de difficulté différents :

- a- Évaluation de la satisfaction des participants aux séminaires : questionnaire de fin de stage ;
- b- Évaluation de l'acquisition de connaissances nouvelles : quiz avant/après le séminaire ;
- c- Évaluation de changements d'attitude professionnelle : questionnaires d'attitudes avant et après le déploiement ;
- d- Évaluation de changements de comportements : observation d'aspects de comportements jugés importants pour la sécurité par des évaluateurs formés pour cela, et ceci avant et après le déploiement ;
- e- Évaluation de performances de sécurité objectives : surveillance avant, pendant et après le déploiement d'indicateurs directs de la performance de sécurité.

Le plus convaincant est évidemment ce dernier niveau. Mais il est difficile de disposer de tels indicateurs. La fréquence des incidents de faible gravité n'est par exemple pas un indicateur acceptable (une augmentation peut très bien signifier au contraire une plus grande transparence vis-à-vis de l'erreur dans l'organisation). Il est possible de définir des indicateurs pertinents de la fiabilité organisationnelle (ex : fréquence d'événements tels que naissance d'un prématuré de 27 semaines sans présence d'un chef de clinique, temps moyen entre arrivée d'une urgence à l'accueil et arrivée au bloc, temps moyen entre décision de césarienne en urgence extrême et coup de bistouri). Les autres niveaux ne sont pas pour autant à abandonner. Par exemple, on peut faire tenir un « cahier du changement » par les personnels, où les évolutions observées sont consignées.

Rôle de la communication

Informier l'ensemble du personnel concerné tout au long de la mise en place et du déroulement de l'expérience sur les objectifs, la méthode, les avancées et les résultats provisoires de cette dernière, permet d'injecter déjà dans les services un peu de la dynamique recherchée dans ces séminaires. En effet, réfléchir ensemble sur la sécurité pour transformer à la fois les façons de voir et de faire individuelles et collectives et l'organisation du travail revient aussi à transformer les circuits de communication existants au sein de l'hôpital, souvent encore très segmentés. Avant la mise en place du projet, chacun des trois départements émettait ses directives de service sans évaluer l'impact possible des changements sur le fonctionnement des autres départements. Ceci pouvait par exemple entraîner des effets contre-productifs, par exemple en augmentant le temps de réalisation d'un geste, ou en créant des effets secondaires jusqu'alors inconnus du personnel d'un autre département, ce qui compliquait l'interprétation de la situation et les réactions compensatoires adaptées. L'un des enjeux du projet est de doter l'institution de circuits de communication transverses qui ne reposent pas seulement sur les réseaux interpersonnels, de connaissances, informels.

La démarche vue par le petit bout de la lorgnette : mais que se passe-t-il donc dans ces séminaires ?

Formations de type « Crew Resource Management »

La démarche lancée aux HUG s'inspire des formations de type « CRM » (*Crew Resource Management*) mises en place dans l'aviation civile par obligation réglementaire de l'Organisation de l'Aviation Civile Internationale (OACI) depuis 1995. Ces dispositions ont été prises en réaction à une série d'accidents, dont le plus tristement célèbre reste celui de Tenerife (1977),

survenus alors que tout fonctionnait bien à bord, avec du brouillard mais du bon matériel et des équipages hautement qualifiés et réputés parfaitement compétents. Ces accidents n'étaient plus « compréhensibles » dans le cadre du paradigme de sécurité en vigueur, basé sur la fiabilité technique et la compétence individuelle. Ceci a amené la communauté aéronautique à changer sa vision des conditions fondamentales de la sécurité des vols, et à prendre conscience de l'importance de la performance collective : puisque de « bons pilotes » perdent leurs « bonnes » performances en groupe dans certaines situations, il faut améliorer la synergie au sein de l'équipage par une formation *ad hoc*. Ces formations se sont fixées comme objectif d'aider les équipages à mieux gérer leur charge de travail, en utilisant mieux les ressources dont ils disposent, individuellement et collectivement. Pour cela, elles font un détour par une formation au « Facteur Humain », c'est-à-dire par les mécanismes qui régissent les comportements humains individuels et collectifs, dans la maîtrise des risques quotidiens. Elles s'attachent aussi à solliciter l'expérience et le vécu de chacun à travers des débats organisés entre pairs, qui cherchent à s'extraire des tabous existants, et qui portent sur les principales compétences non techniques nécessaires à l'exercice sûr du métier : perception de risques, coopération, communication, compréhension collective, prévention et récupération des erreurs, réglage de la confiance dans les acteurs humains et dans l'interface technique, etc. (4,5). Les quinze dernières années ont vu l'adaptation des méthodologies CRM au domaine médical, principalement en anesthésie, dans les services de soins intensifs, aux urgences et en pédiatrie (6-9).

Caractéristiques de notre approche

Par rapport à ces formations, du point de vue méthodologique, notre approche cherche, en ouvrant des débats sur des questions de métier au-delà de la discussion clinique sur les cas, à permettre aux participants d'explicitier, de discuter et de confronter les solutions qu'ils ont trouvées, individuellement et collectivement, pour faire face aux problèmes que pose leur activité au quotidien, et de les confronter aux exigences de leurs collègues d'autres métiers. On est donc dans une discussion inter-métiers et au-delà de l'idée d'une formation permettant d'améliorer la sécurité par le biais d'un simple apport de connaissances sur les risques et la sécurité. On prétend qu'il se passe autre chose dans ces groupes de professionnels qui parlent métier(s). Mais quoi ?

Il est difficile de répondre pleinement à cette question sans mener une analyse approfondie du déroulement effectif de ces séminaires, qui supposerait de les avoir enregistrés et d'analyser ces traces en profondeur. En l'absence de données complètes, et par manque de place dans cet article, nous ne présentons ci-dessous

qu'une séquence de discussions qui a réellement pris place lors de l'un des séminaires « Ensemble », enregistrée et retranscrite par nos soins, lors d'un séminaire enregistré au hasard parmi la vingtaine de séminaires qui ont eu lieu. Ces quelques minutes artificiellement isolées des nombreuses discussions qui se tiennent dans ces séminaires permettent de dégager quelques-uns des mécanismes effectivement à l'œuvre. Les évaluations du séminaire conduites auprès des participants soulignent le succès que rencontre ce séminaire même auprès de professionnels initialement sceptiques sur l'intérêt d'une telle réflexion. Les participants soulignent que ce séminaire leur a beaucoup appris, y compris des choses directement pertinentes dans leurs pratiques professionnelles, en particulier en matière de compréhension et de collaboration avec d'autres métiers. La confrontation de nos attentes théoriques avec cet extrait de discussions permettra peut-être d'éclairer un peu ce mystère : puisque ça marche, comment ça marche ?

L'extrait proposé prend place dans la situation suivante : le séminaire est animé par deux professionnels de la salle d'accouchement, désignés ci-dessous par A1 et A2, un médecin anesthésiste et une sage-femme, membres du groupe de développement, formés à l'animation et déjà expérimentés dans l'animation de ce séminaire. Dans cette session, les participants sont trois sages-femmes (désignés par SF1, SF2 et SF3), deux infirmiers(ères) anesthésistes (IA1 et IA2), un médecin interne en néonatalogie (MN) et une infirmière en néonatalogie (IN). Exceptionnellement, le groupe ne comprend ni aide, ni médecin obstétricien.

La séquence retenue a lieu lors de la première journée de séminaire. La discussion porte sur l'anticipation à propos de la disposition du matériel dans le chariot d'urgence (annexe I). Elle fait suite à une réflexion sur le cercle vertueux de l'anticipation (plus on a anticipé les problèmes, plus on a de temps pour réfléchir et continuer à anticiper) et sur le cercle vicieux de la non-anticipation dans un monde dynamique où les flux ne s'arrêtent pas (moins on a anticipé les problèmes, moins on a de temps pour les résoudre et moins on a de temps pour anticiper) proposée dans le cadre d'un module pédagogique appelé « Contrôler la situation ».

La discussion commence par une critique d'un infirmier anesthésiste sur la non-anticipation à l'hôpital. « On travaille dans la non-anticipation, dans l'urgence ». La discussion, guidée par l'un des animateurs, permet de travailler, de déplier, cette notion de non-anticipation, pour essayer de découvrir ce qui exactement n'est pas anticipé. Ce faisant, on découvre le flou qui règne autour de la question de qui est responsable de l'entretien des chariots d'urgence, ce qui permet de mettre en évidence un autre problème : les personnes chargées de l'entretien ne savent pas toujours à

quoi sert le matériel sur lequel elles doivent veiller. D'une critique vis-à-vis de l'organisation des services (rien n'est jamais anticipé, on travaille dans l'urgence, autant apporter son propre matériel pour être sûr que ça marche), on passe donc à une discussion sur quels sont les métiers qui ont affaire avec ce chariot d'urgence, avec quels objectifs d'action, et avec quelles ressources (ici, en termes de connaissances sur l'entretien du matériel), ce qui d'une part permet au-delà de la frustration et des stéréotypes un échange d'informations et une meilleure connaissance mutuelle, et d'autre part renvoie à des problèmes de partage des responsabilités et de formation concrets, ouvrant un espace possible de développement pour l'activité des sages-femmes autour de l'entretien du matériel de réanimation. Toutefois, à ce moment du séminaire, beaucoup de questions restent en suspens (on ne sait toujours pas à la fin de cet échange qui dérange les chariots et pourquoi) et les discussions ébauchées ne vont pas jusqu'à la proposition de pistes d'amélioration de la situation. On est encore en début de séminaire, beaucoup de barrières élevées par le travail quotidien entre les métiers et même au sein d'un seul métier persistent, il faut du temps pour accepter de s'exposer, de s'avancer un peu plus, mais on peut gager que la discussion n'est pas close et qu'elle reprendra, sous une forme ou sous une autre, plus loin dans le séminaire ou plus tard dans les services.

Dans une deuxième séquence que nous avons brièvement analysée, qui prend place dans un module consacré au tabou de l'erreur et à l'importance de pouvoir parler de ses erreurs pour éviter qu'elles ne se reproduisent, les participants discutent de l'étiquetage systématique des seringues. Dans un premier temps, tout le monde prétend étiqueter ses seringues, ce qui correspond aux prescriptions. Mais en faisant appel à l'expérience des participants et à sa propre expérience, l'animateur parvient à faire évoquer des situations où un bon professionnel n'estimerait pas qu'il est indispensable d'étiqueter sa seringue : « *si c'est moi qui injecte le produit, par exemple, j'ai de l'éphédrine à donner, je prépare mon éphédrine, je l'injecte mais je la garde dans la main donc c'est moi qui ai préparé mon truc et j'injecte ce que j'ai dilué...* » « *il m'arrive d'en donner 2 milligrammes que je prépare, que je mets tout de suite en route... ça m'arrive...* » « *Si je fais une réanimation, que le patient là fait une bradycardie sévère, je ne vais pas prendre mon éphédrine - bon, maintenant elle est toute prête - la préparer, chercher l'étiquette, écrire le nombre de milligrammes, les initiales, la date, l'heure pour ensuite l'injecter. Je prends, je prépare, j'injecte...* ». Ce faisant, il permet à une sage-femme d'exprimer une de ses préoccupations : écrire directement au stylo indélébile sur la seringue (pour étiqueter sans utiliser d'étiquette) risque-t-il de contaminer la solution injectée ? Cette question aura des échos chez ses collègues, y compris d'autres

métiers, comme le montre l'afflux de commentaires. Les séminaires semblent être des succès auprès des professionnels, qui en apprécient la teneur et en soulignent la valeur professionnelle. Cet aperçu partiel permet de mettre en évidence quelques-uns des mécanismes qui contribuent à ce succès :

- pouvoir questionner d'autres métiers sur les raisons de certains de leurs actes qui paraissaient obscurs, peu pertinents ou déplacés, et qui pouvaient indirectement perturber l'activité des autres ;
- « déplier » les discours généraux et convenus (comme : « *ici on travaille toujours dans l'urgence* »), construits au fil de l'expérience (et souvent de mauvaises expériences), pour entrer plus finement dans les réalités qu'ils recouvrent (et finissent parfois par masquer) du point de vue de chaque métier, pour au moins mieux les comprendre et au mieux rétablir des moyens d'action collectifs sur elles ;
- dépasser les règles générales et les tabous pour regarder de près métier par métier les règles d'action efficaces construites par l'expérience, et en évaluer les vertus et les risques ;
- permettre aux professionnels de partager certaines des préoccupations (comme l'entretien d'un matériel qu'on ne connaît pas ou les risques de contamination d'une solution) que leur activité ordinaire génère et qui peuvent rester invisibles pour l'organisation en général (et donc ne jamais recevoir de réponse institutionnelle, sous forme par exemple de clarification des responsabilités ou d'apports de connaissances en formation).

Une analyse plus fine permettrait peut-être de soutenir l'extension suivante : dans ce mode d'intervention, on retrouve le processus par lequel la culture métier se construit au quotidien, par les innombrables discussions professionnelles quotidiennes, lors desquelles s'échangent le vécu et les leçons tirées des expériences, et on tente de le mettre en œuvre pour approfondir les questions relatives à la sécurité à la fois dans le métier et entre métiers. En effet, le processus propre à tous les collectifs professionnels, par lequel le groupe définit ses règles et normes de fonctionnement, précise ce qui est obligatoire et ce qui est interdit, ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas, ce qui est recommandé et ce qui est déconseillé, ce qu'il convient de faire dans telle ou telle situation, est un levier puissant de construction d'une norme endogène, non écrite, interne au collectif de travail, qu'on appelle parfois la « culture métier ». Bien des aspects de cette culture professionnelle ont un impact sur la fiabilité de l'action individuelle et collective, et partant, sur la sécurité associée aux actes professionnels. Il est donc particulièrement important, dans le cadre d'un projet d'amélioration de la « culture sécurité », d'intervenir sur le processus de production de la culture métier lui-même. À travers les débats en petit groupe organisés dans ces séminaires spécifi-

ques, on ne fait au fond rien d'autre que de structurer ces discussions, les catalyser et les rendre plus « vertueuses », car les références au risque sont mieux organisées, et les conclusions mieux maîtrisées. On crée ainsi une nouvelle activité reconnue et soutenue officiellement, qui reprend les processus quotidiens par lesquels non seulement les professionnels font leur travail mais aussi s'organisent entre eux pour le faire. Si les professionnels jouent le jeu et prennent cette nouvelle activité au sérieux, on peut s'attendre à ce que cela ait des effets sur l'organisation : de nouvelles exigences apparaissent, l'organisation est sommée de répondre à un certain nombre de problèmes qui étaient tus et qui deviennent visibles, discutés. Cette démarche de discussion à la base est ainsi indissociable, pour être fructueuse, d'une véritable prise en charge par les directions, dans une perspective d'apprentissage organisationnel. Et cela ne va pas sans difficulté : les « remontées » des séminaires portent parfois sur des points qui, une fois mentionnés et acceptés, peuvent être facilement résolus ; mais elles portent aussi sur des problèmes plus complexes, qui sont souvent à l'interface entre les champs d'action de plusieurs directions et de plusieurs services, et qui imposent pour y répondre d'inventer aussi au niveau des directions de nouvelles façons de fonctionner et de collaborer.

Vue aérienne : portée des séminaires et gestion des changements dans l'activité quotidienne

Sur le calendrier original, 21 séminaires ont été programmés tout au long de l'année 2004. Il était convenu que chaque corps de métier devrait détacher au moins un membre de son équipe médicale et deux membres du personnel infirmier afin que les échanges soient les plus intenses possibles. Malheureusement, la moitié des séminaires ont enregistré des absences. Celles-ci étaient dues en majorité à l'impossibilité de libérer du personnel en raison de l'importante charge de travail. Un séminaire fut même annulé en raison de l'absence de la totalité des sages-femmes et de l'obstétricien, rendant difficile les échanges autour de la sécurité en salle d'accouchement. Malgré cela, les séminaires se sont toujours bien déroulés et les réactions positives enregistrées au fil des modules dès les premiers séminaires furent un précieux encouragement pour les équipes d'animateurs.

Après vingt séminaires, 96 remontées différentes ont été dénombrées : certaines comme l'élaboration d'un nouveau protocole aux urgences obstétricales sont revenues à 13 reprises, d'autres ne sont mentionnées que par un seul groupe, d'autres encore ne sont relevées qu'au premier semestre puis disparaissent en raison de la résolution du problème identifié. Chaque remontée est classée et comptabilisée dans l'une des quatre catégories suivantes :

- catégorie R+, remontée qui implique des ressources supplémentaires (personnel/matériel) : 23 cas ;
- catégorie M, modification possible sans ressources (sans compter le travail d'introduction/modification) : 60 cas ;
- catégorie M/R+ : 12 cas ;
- catégorie A (autres) : 1 cas ;

Les remontées les plus fréquentes ont été celles de types M, c'est-à-dire n'impliquant pas de ressources supplémentaires. Ceci n'est pas surprenant dans la mesure où les animateurs précisaient qu'ils recherchaient avant tout des suggestions sans surcoût matériel ou humain. Certaines remontées comme des exercices de simulation et de chronométrage d'urgence concernaient deux catégories et ont donc été classées M/R+. Une seule remontée a été classée A : il s'agissait de faire tomber les tabous liés au repos nocturne pendant les gardes.

À ce jour, 14 de ces remontées ont été réglées, le plus souvent par de petits groupes de travail comprenant en moyenne trois personnes (*Tableau I*). Certaines remontées ont pu être traitées très rapidement et de ce fait ne figurent plus sur la liste des remontées des groupes suivants. Il s'agissait en général de problèmes pratiques nécessitant peu de moyens et pour lesquels il était facile d'obtenir l'accord de tous les corps de métier. Le meilleur exemple est sans doute la mise en place du protocole commun définissant le degré d'urgence de la césarienne. En effet, ce problème concernait tous les corps de métier présents lors des séminaires et il avait déjà été identifié lors de l'élaboration des modules par le groupe de développement. Un groupe de travail constitué d'un obstétricien, d'un anesthésiste, d'un néonatalogue et d'une sage-femme a élaboré un protocole définissant le temps acceptable entre la décision de césarienne et la naissance de l'enfant pour différents degrés d'urgence, dans un souci de coordination. Le groupe a présenté son projet lors d'une réunion mensuelle entre animateurs et relais et après quelques ajustements, il fut mis en place deux mois après sa première remontée.

Fin 2004, quatre remontées supplémentaires étaient encore en cours de mise en place. 78 remontées sont en revanche encore en souffrance, comme de celle de disposer de « POST-IT », d'un stylo et d'une liste des bips du département à côté de chaque téléphone mural. Celle-ci ne demanderait pourtant pas d'importants moyens, mais elle n'est malgré cela toujours pas résolue et de ce fait cette remontée est encore revenue à huit reprises dans notre décompte. Même avec la meilleure volonté de tous, ces changements ne peuvent pas s'opérer sans l'implication d'un petit groupe qui ne dispose pas de temps supplémentaire pour les mettre en place et doit donc s'acquitter de cette tâche en plus de ses responsabilités quotidiennes et dans un environnement où le travail n'a cessé d'augmenter au cours de l'année 2004. Outre le manque de ressources

Tableau I - Liste des remontées des séminaires ayant fait l'objet d'un plan d'action.

N°	Problème	Plan d'action
1	Définition inter-métiers du degré d'urgence	Définition inter-métiers basée sur la littérature
2	Signaliser la localisation de l'anesthésiste	Aimant rouge « A » sur le tableau noir des salles d'accouchement
3	Elimination de la double numérotation des salles d'accouchement	Harmonisation
4	Déterminer une personne référente au bloc opératoire qui porte le bip et n'est pas au programme opératoire électif	Porter un bip de fonction
5	Assurer la correction et revue régulière des protocoles d'obstétrique	Mise à jour du cahier des fiches d'attitudes
6	Touche téléphonique pour « l'urgence 0 »	Bouton réanimation sur les téléphones de la salle d'accouchement
7	Anticiper en rassemblant tous les documents qui seraient nécessaires en cas de départ en césarienne en urgence	Fourre d'urgence (il s'agit d'une pochette plastique créée par les sages-femmes pour toutes les patientes et qui contient tous les documents indispensables notamment aux anesthésistes en cas de départ urgent et inopiné en césarienne)
8	Cuvette pour le placenta et les antibiotiques pour le bloc opératoire	Préparée et apportée par la sage-femme en charge de la patiente
9	Formation à la réanimation néonatale pour les sages-femmes	Cours
10	Faciliter l'identification de la sage-femme référente	Collier bleu avec clés importantes
11	Identification des patientes	Bracelet d'identité obligatoire
12	Groupe/Rh/Coombs pour tous NN hospitalisé	Vérification par la référente
13	Atelier de lecture des tracés et du STAN	Cours
14	Localisation des aides de salle d'accouchement	Bip de fonction

sur des problèmes simples, on peut noter deux choses pour rendre compte de la difficulté des directions à gérer les problèmes qui remontent :

- par nature, les problèmes qui remontent sont des problèmes difficiles : s'ils remontent, c'est souvent que les équipes n'ont pas réussi à les résoudre par elles-mêmes. Ces problèmes se trouvent aux frontières de ce que l'organisation de l'hôpital et les collectifs eux-mêmes ont déjà su mettre en place. Ils se trouvent en outre souvent à l'interface de deux ou plusieurs services or il n'y a pas de structure commune de prise de décision dans l'hôpital ;
- les transformations demandées par les professionnels de la salle d'accouchement peuvent avoir des impacts en dehors de la salle d'accouchement et devenir de vrais « problèmes de métier » pour les directions. Prenons comme exemple la demande significative de lever le tabou du repos nocturne pour les équipes de soignants. L'un des thèmes abordés dans le séminaire traitait de la variation de la performance en fonction du degré de fatigue. Lors de ce module, on soulignait que l'individu compensait par divers mécanismes (autocontrôle, vérification par un tiers, etc.) la diminution de sa performance liée à la fatigue dès qu'il en prenait conscience, mais qu'à partir d'un certain degré, la performance déclinait sans que l'individu ne puisse compenser cette chute. Après ce module, les participants ont proposé de permettre à l'un des membres de l'équipe

de se reposer sur un fauteuil lorsqu'il est fatigué et que le degré d'activité dans le service le permet. De fait, ce mode de fonctionnement existait déjà officieusement. Il s'agissait donc de faire reconnaître par les directions et d'officialiser des pratiques de gestion collective de la fatigue déjà mises en place par les collectifs. Mais cette demande adressée aux cadres a provoqué une réaction dont l'effet fut le contraire de celui qui était attendu par les participants : les responsables d'unité ont fait disparaître les fauteuils disponibles dans les couloirs. La mise en visibilité de ce problème d'organisation mettait les responsables d'unité et les chefs de service dans une situation difficile, traversée par des logiques contradictoires. En effet, bien que le séminaire démontre l'importance du lien entre gestion de la fatigue et performance, et qu'ils aient approuvé cette démonstration, il leur était impossible d'autoriser cette pratique dans les services concernés par « Ensemble » vis-à-vis des autres services du département sous leur responsabilité. Cette demande locale créait donc un problème pour les directions concernées ailleurs dans l'organisation. Dans cette situation, la question devient pour les professionnels de la salle d'accouchement non pas seulement de renvoyer le problème aux directions mais de se positionner en ressource pour les aider à le résoudre : c'est la condition pour qu'il puisse y avoir un développement local. Un problème local soulevé par des professionnels de la salle d'accouchement pourrait

devenir un objet de travail collectif, entre personnels de plusieurs services et directions. Sinon, on court le risque que ce développement empêché (3) s'abîme dans l'amertume.

Conclusion

Nous voudrions souligner que ces démarches, exigeantes en matière d'implication des personnes à tous les niveaux de l'organisation, ne vont pas de soi (et notamment, qu'elles vont lentement et de façon non linéaire, comme le montrent les considérations précédentes) mais qu'elles créent des espaces d'échanges incroyablement productifs, en particulier pour les professionnels isolés dans leurs logiques de métier, et entre les professionnels de terrain et leur encadre-

ment, dans des organisations sous tension. L'expérience, nouvelle aux HUG, nouvelle dans le domaine médical en général dans sa dimension collaborative entre métiers, et nouvelle pour Dédale qui a déployé des démarches de type CRM dans de nombreuses industries mais se mesurait ici aux problématiques spécifiques de la salle d'accouchement, confirme que l'exercice est très puissant mais complexe. La mise en place de ces séminaires a des effets dans l'institution qui débordent le cadre de la formation des personnels. Elle mobilise l'organisation autour des questions de sécurité dans l'activité ordinaire des métiers. Elle nécessite d'accepter qu'on ne contrôle pas tous ses effets, et de combiner la réactivité et la patience pour en tirer le meilleur parti.

Lexique

Pré-éclampsie : complication de la grossesse associant hypertension artérielle et perte de protéines dans les urines et dont les complications peuvent être potentiellement létales.

Coup de bistouri : événement marquant le début de l'intervention chirurgicale.

Ephédrine : médicament agissant sur le système nerveux sympathique utilisé pour le traitement de l'hypotension au cours d'une rachianesthésie.

Bibliographie

- 1- AMALBERTI R. La conduite de systèmes à risques. Le travail humain, PUF, Paris, 1996.
- 2- CLOT Y. Le garçon de bloc : étude d'ethnopsychologie du travail. Education Permanente, 2003; 116: 97-109.
- 3- CLOT Y. Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie. La Découverte, Paris, 1995.
- 4- AMALBERTI R., MASSON M, MERRITT AC, PARIÈS J. Briefings, a human factor course for pilots and aviation professionals. Dédale SA and IFSA, Paris, 2000.
- 5- HELMREICH RL. On error management: lessons from aviation. BMJ 2000; 320, 781-785.
- 6- HOWARD SK, GABA DM, FISH KJ, YANG K, SARNUST FH. Anesthesia crisis resource management training : teaching anesthesiologists to handle critical incidents. Aviat Space Environ Med 63, 763-770.
- 7- SHORTELL SM, ZIMMERMAN JE, ROUSSEAU DM, GILLIES RR,

WAGNER DP, DRAPER EA *et al.* The performance of intensive care units: does good management make a difference ? Med Care 1994; 32, 508-525.

8- GABA DM, HOWARD SK, FISH KJ, YASSER SA. Simulation-based training in Anesthesia Crisis Resource Management (ACRM): a decade of experience. Simulation and gaming, 32, Sage Publications, 2001.

9- RISSER DT, RICE MM, SALISBURY ML, SIMON R, JAY GD, BERNES SD. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. The MedTeams Research Consortium. Ann Emerg Med 1999; 34: 373-383.

10- HALAMEK, LP, KAEGI, DM, GABA DM, SOWB, YA, SMITH, BC, SMITH BE *et al.* Time for a new paradigm in pediatric medical education: teaching neonatal resuscitation in a simulated delivery room environment. Pediatrics 2000; 106(4): E45.

Annexe 1

Retranscription de la discussion relative à la disposition du matériel dans le chariot d'urgence lors de la première journée de séminaire.

<p>IA2 : Souvent on travaille dans la non-anticipation, dans l'urgence, on anticipe pas et tout d'un coup il y a une situation catastrophique qui arrive. On nous appelle au bip « réanimation au 5^e », bon alors, évidemment on va dire...</p> <p>A1 : qu'est-ce qu'on a déjà anticipé ?</p> <p>SF1 : qu'il y a déjà une réanimation</p> <p>SF2 : c'est au 5^e <i>(interventions simultanées de quelques secondes... paroles inaudibles)</i></p> <p>A1 : qui va appeler au 5^e pour savoir s'il y a une personne disponible ? On va pas téléphoner au bloc opératoire puis on va dire...</p> <p>IA2 : Oui mais enfin...</p> <p>A1 : ...qu'on sait il y a longtemps qu'il y a une réanimation et qu'on doit chercher un volontaire pour...</p> <p>IA2 : oui, alors d'accord, on sait déjà à qui s'adresser...</p> <p>IA1 : mais le temps que tu montes au 5^e, tu as fait ton check-list dans la tête</p> <p>A1 : qu'est-ce que tu trouves au 5^e ?</p> <p>IA2 : qu'est-ce que je trouve ? quand tu arrives au 5^e, il faut redescendre au 4^e pour partir au 5^e F parce qu'il faut passer par en dessous</p> <p>A1 : oui, d'accord...</p> <p>IA2 : non, je déconne...</p> <p>A1 : ...mais si la personne anticipe ce genre de choses elle dira « rappelez-vous pour arriver au 5^e, il faut passer par le 4^e ». Enfin, il y a quand même deux, trois mesures qu'on prend à l'hôpital, on met des chariots d'urgence dans chaque étage, quelque part on anticipe quand même ...</p> <p>SF2 : s'assurer en tout cas qu'on a toujours le matériel</p> <p>IA2 : tu arrives au 5^e, tu prends le chariot d'urgence, y'a pas l'aspiration, y'a pas de masque...</p> <p>SF2 : voilà, ça, c'est une mauvaise anticipation</p> <p>IA1 : y'a pas de manche de laryngo dans le chariot d'urgence, y'a pas tout ça, donc maintenant, le chef veut qu'on monte avec une valise, notre valise de médicaments et une valise d'intubation parce qu'on est arrivé au point où une réa sur deux se passe mal parce que même dans le chariot d'urgence y'a pas le matériel</p> <p>SF2 : c'est ça oui...</p> <p>A1 : mais pourquoi il n'y a pas le matériel ? Parce que les gens qui ne sont pas venus ici ne savent pas que quand ils viennent piquer dans le chariot d'urgence etc. ils vont pénaliser...</p> <p>IA1 : c'est arrivé encore la semaine dernière</p> <p>A1 : oui, mais enfin on a anticipé en mettant un chariot d'urgence</p> <p>IA1 : oui mais s'il n'y a pas les choses qu'on a besoin dedans !</p> <p>IA2 : on anticipe en prenant notre propre matériel</p> <p>IA1 : voilà. Donc du coup maintenant on anticipe comme ça. Quand on dit rien, on monte... (fait geste de prendre sa valise)</p> <p>IA2 : dans l'idéal tu arrives là-haut, tu as le chariot d'urgence, tu as tout ce qu'il faut, bon t'es pas déstabilisé parce que t'as pas anticipé l'action mais tu avais organisé à l'avance, tu as tout prévu pour que les choses tournent correctement.</p> <p>A1 : oui, mais l'organisation de l'hôpital en principe anticipe au moins les réa aux étages en mettant des chariots d'urgence et, ensuite, les équipes en place elles n'anticipent pas</p> <p>IA1 : ouais ça, je suis d'accord</p> <p>IA2 : oui, c'est juste. C'est pas anticipation, c'est la préparation, c'est être prêt quoi...</p>	<p>La discussion s'ouvre sur une critique générale de la situation à l'hôpital : on travaille toujours dans l'urgence, on n'anticipe pas. Les participants, notamment les anesthésistes, résistent à la suggestion de l'animateur selon laquelle l'hôpital cherche à anticiper en prévoyant des chariots d'urgence. La discussion se poursuit ainsi sur le manque du matériel, censé être disponible dans les chariots d'urgence conçus pour ça. La discussion amène à évoquer une « riposte » trouvée par le service d'anesthésie pour pallier à cette désorganisation : la valise de médicaments et d'intubation, préparée dans leur service et montée par leurs soins. Les dysfonctionnements de la méthode des chariots d'urgence amènent les anesthésistes à fabriquer une parade interne pour garantir que tout se passe bien.</p>
<p>SF1 : par rapport au chariot d'urgence justement, je demandais à SF2, en salle d'accouchement la vérification du chariot d'urgence, du matériel d'urgence c'est des compétences sage-femme ?</p> <p>SF2 : c'est nous</p> <p>IA1 : c'est nous</p> <p>SF2 : ouais, ouais</p> <p>SF1 : c'est vous aussi ?</p> <p>IA1 : oui</p> <p>A1 : le chariot d'urgence ? Dans les étages ?</p> <p>IA1 : non, dans le couloir de la salle d'acc. <i>(paroles simultanées)</i></p> <p>A1 : donc pour la salle d'acc c'est le vôtre (en désignant les infirmiers anesthésistes)</p> <p>SF1 et SF2 et IA1 : oui</p> <p>A1 : au prénatal par exemple ?</p> <p>SF1 : c'est le nôtre et au post-partum aussi</p> <p>A1 : tous les chariots d'urgence de réa dans toutes les unités des services c'est la responsabilité des services ?</p> <p>Hochements de tête affirmatifs des autres</p>	<p>La discussion rebondit sur une intervention d'une sage-femme, qui reprend une discussion qu'elle avait en aparté avec sa collègue sage-femme, sur la responsabilité du matériel, question sur laquelle un consensus est rapidement trouvé.</p>

<p>SF2 : ce qui est dommage quelque part car les ¾ du matériel on connaît pas, on saurait même pas comment brancher les trucs ensemble. Donc, quand on vérifie le chariot on n'a pas de... c'est... (prend une feuille et imite check-list) « là le truc là c'est... »</p> <p>IA1 : après c'est des ateliers à créer pour qu'ils aient l'habitude d'utiliser...</p> <p>SF2 : C'est que c'est du matériel qui nous saute pas... (pointe un doigt sur son front pour signifier « on ne connaît pas bien ce matériel, on ne l'a pas à l'esprit »)</p> <p>IA2 : donc, dans l'anticipation, c'est préparer les gens à la réanimation, c'est faire des cours régulièrement...</p> <p>IA1 : ben, normalement ils ont... Mais sur le chariot, je sais pas</p> <p>SF3 : je pense qu'on a effectivement eu des cours de réanimation mais c'est pas renouvelé régulièrement... quand c'est des personnes comme moi qui ont commencé il y a longtemps... on a le temps d'oublier</p>	<p>Cette responsabilité ouvre dans le contexte du séminaire à une autre question : a-t-on les compétences pour l'assumer? Cette discussion pourra déboucher sur une proposition aux directions de formation des sages-femmes à l'entretien du matériel des chariots d'urgence.</p>
<p>(on fait signe à IN qu'elle peut prendre la parole)</p> <p>IN : c'était par rapport au chariot d'urgence, en ce qui me concerne en tant qu'infirmière de néonate, puisqu'on a un chariot d'urgence et beaucoup de réanimations... euh... c'est très souvent, moi quand je suis descendue, que j'ai vu sur notre chariot - enfin, je dis « notre » chariot parce que c'est nous qui le vérifions et puis généralement y'a que nous qui mettons le nez là-dedans - il y a très souvent un laryngo et une lame de laryngo sur le laryngo et une sonde d'intubation qui est sortie sur le chariot et par rapport à cette anticipation, j'aimerais savoir pourquoi les sages-femmes sortaient ce matériel du chariot puisqu'en fait, moi quand j'ai posé la question, on m'a dit, ben c'est les sages-femmes qui sortent ça le matin quand elles arrivent...</p> <p>Rires des sages-femmes</p> <p>SF2 : c'est pas vrai!</p> <p>IN à MN : il y a aussi les pédiatres? Vous sortez ça... même si y'a pas de bébé?</p> <p>MN : ...à côté de l'écho ou... oui, oui, on le fait</p> <p>SF1 et SF2 : ben nous on le sort pas</p> <p>SF2 : nous on le sort jamais</p> <p>A2 : c'est pas nous (lève les bras au ciel, rires)</p> <p>IN : non, c'était pas pour vous incriminer, c'était juste pour savoir ! »</p>	<p>L'infirmière de néonatalogie relance la discussion en évoquant ses propres questions, qui ne trouvent pour le moment pas de réponse.</p>



Méthodes épidémiologiques appliquées aux maladies infectieuses

Modern Infectious Diseases Epidemiology

De **Johann GIESECKE**

Traduction française coordonnée par Philippe VANHEMS

JOHAN GIESECKE est professeur d'épidémiologie des maladies infectieuses au *Karolinska Institute*, à Stockholm (Suède).

Cet ouvrage « *Modern Infectious Disease Epidemiology* » a connu un grand succès dans les pays anglo-saxons : il présente les notions essentielles de l'épidémiologie moderne appliquées aux maladies infectieuses et donc les outils épidémiologiques permettant l'étude de ces maladies.

Les points traités sont, entre autres, les différents types d'études épidémiologiques, la notion de

risque, l'investigation d'épidémies, les biais et les facteurs de confusion, la surveillance des maladies infectieuses, les études de séroprévalence, les notions de biostatistiques de base nécessaires, les modèles mathématiques des épidémies...

Cet ouvrage s'adresse à un public médical ou paramédical intéressé par l'épidémiologie, la surveillance, l'investigation, mais aussi à des cliniciens ou des biologistes désirant une synthèse de notions méthodologiques utiles à leur pratique quotidienne, de recherche ou clinique.

**Souscription
45 € TTC**

Parution Septembre/Octobre 2005 - Prix public : 60 € TTC - (port compris)

Prix de souscription (pour tous achats ou commandes **avant le 10/09/05**) : 45€ TTC

Bon de commande

Nom Prénom

Profession ou fonction Organisme/Établissement/Société

Adresse

Code postal Ville Pays.....

E.mail

Merci de préciser si cette adresse est privée professionnelle

Je commande..... x ex de « **Méthodes épidémiologiques appliquées aux maladies infectieuses** » x 45 € soit €*
Je règle par Chèque bancaire ou postal à l'ordre de Health&Co Mandat administratif (joindre bon de commande)

Prix TTC (*TVA 5,5 %) - Une facture sera adressée à tous les souscripteurs.

Merci de retourner ce coupon accompagné de votre règlement à Health & Co • 31, chemin des Balmes - BP 14 - 69144 Rillieux-Crépieux
Tél. : 33 (0)4 78 88 04 87 • Fax : 33 (0)4 78 88 12 18 • www.healthandco.fr