

réflexion

PRATIQUES

Transformations de la chirurgie

Regards croisés en sciences sociales

Nombreuses sont les transformations affectant l'activité opératoire : hyperspécialisation, développement de la chirurgie mini-invasive, virage ambulatoire, nouvelles alternatives thérapeutiques à la chirurgie, etc. À l'occasion de la parution d'un ouvrage collectif sur le sujet, des sociologues et des chirurgiens partagent quelques résultats de leurs recherches.

et de leur vécu postopératoire. À l'occasion de la sortie d'un ouvrage collectif documentant et analysant ces transformations, certains contributeurs, sociologues et chirurgiens, partagent les résultats de leurs recherches. **ENCADRÉ**

Regards croisés

Ellie Mevel et Antoine Querrec Comprendre la faible appropriation par les soignants de la douche préopératoire dans la prévention des infections du site opératoire

Les infections du site opératoire (ISO) représentent une des complications les plus fréquentes, et parmi les plus sévères de la chirurgie. Leur prévention est donc un enjeu crucial et passe par des mesures préventives, au niveau du bloc opératoire mais également en amont, notamment lors de la douche préopératoire (DPO), composante essentielle dans la prévention des ISO⁽¹⁾. En dépit du rôle joué par la DPO dans la prévention des ISO, les travaux menés par une équipe du CHU de Rouen ont mis en évidence des lacunes dans les étapes de sa prise en charge⁽²⁾. Ces études soulignent que la phase d'information passe parfois « à la trappe ». Lorsque cette information a bien lieu, les consignes délivrées aux patients sont peu précises et parfois contradictoires d'un soignant à l'autre. Quant à la phase de vérification de l'état cutané après la DPO, elle s'appuie généralement sur du déclaratif et non sur du visuel. Ainsi, que ce soit pour

Le bloc opératoire suscite l'intérêt des chercheurs en sciences sociales depuis les années 1950. Des travaux pionniers en anthropologie se sont initialement intéressés aux ritualisations et aux dispositions mobilisées par les professionnels face au caractère transgressif et angoissant de l'ouverture des corps. Un grand nombre de recherches se sont ensuite attachées à documenter le caractère rigoureux, compétitif et grivois des processus de socialisation en chirurgie, ainsi que les transformations des territoires socioprofessionnels, marquées notamment par l'avènement de l'anesthésie et la gestionnarisation de la programmation des interventions et de la régulation quotidienne de l'activité. Plus récemment, sociologues et anthropologues ont interrogé la rupture dans les techniques chirurgicales induite par l'arrivée de la coelioscopie et les spécificités des formes d'action à distance qu'implique la chirurgie robotisée. Ils explorent aussi les formes composites que prend la culture de la sécurité au bloc opératoire et offrent un regard critique sur le comparatif souvent pratiqué entre bloc et cockpit. Les transformations que décrivent ces travaux se poursuivent aujourd'hui, dans un contexte marqué par des fusions accrues de services et plateaux techniques, une pénurie majeure d'infirmiers/ères et d'anesthésistes et des injonctions accentuées au travail en équipe et au développement des « compétences non techniques ».

La chirurgie se trouve en parallèle confrontée à de nouvelles alternatives thérapeutiques (médecine interventionnelle), tandis que se multiplient des indicateurs évaluant les résultats des techniques chirurgicales sur la base non seulement de la quantité de vie des patients, mais aussi de leur qualité de vie

Régine BERCOT

Professeure de sociologie retraitée
Chercheuse dans l'équipe
GTM-Crespa

Henri BONFAIT

Chirurgien orthopédiste
Expert Orthorisq, ancien directeur
médical de la structure d'appui
régionale à la qualité des soins
et à la sécurité des patients IDF

Christian DELAUNAY

Chirurgien orthopédiste
Expert Orthorisq, président de
l'Organisme pour le développement
professionnel continu en chirurgie
orthopédique et traumatologique

Julia LEGRAND

Sociologue, centre de recherche
sociologique et politique de Paris
Institut de recherche
et de documentation
en économie de la santé

Ellie MEVEL

Docteure en sociologie
Chercheuse associée au laboratoire
DySoLab, université de Rouen
Présidente du cabinet
de recherche Mood Live

Antoine QUERREC

Docteur en sociologie, chercheur
associé au laboratoire Cetcopra
(Paris 1 Panthéon-Sorbonne)
Directeur général du cabinet
de recherche Mood Live

Emmanuel de THOMASSON

Chirurgien orthopédiste
Expert Orthorisq
et ancien gestionnaire des risques
à l'Institut mutualiste Montsouris

l'information ou pour la vérification de la propreté cutanée, le contraste est saisissant entre l'importance de ces étapes dans la prévention des ISO et leur mise en pratique peu formalisée. Compte tenu de ces résultats, nous avons participé en 2019 à un projet financé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (Phrip), visant à élaborer et évaluer une intervention pour améliorer la DPO. Pour ce projet, nous avons mené des entretiens auprès des soignants de trois services de chirurgie du CHU de Rouen. Nos résultats confirment ceux des précédentes études et soulignent que la DPO recommandée pour la prévention des ISO peine à s'inscrire dans les pratiques des soignants.

Un primat de la confiance qui conduit à un glissement de risques des services vers le bloc

La thématique de la confiance (aussi bien celle que les soignants accordent aux patients que celle des membres de l'équipe soignante entre eux) s'est imposée comme centrale dans notre recueil de données. Nous avons pu noter que les soignants font confiance à l'expertise profane des patients quant à leur hygiène quotidienne, sauf quand ces derniers ont des marqueurs visibles ou olfactifs de « saleté ». Les soignants ne se sentent pas légitimes à expliquer les consignes relatives à la DPO, ni à vérifier l'état cutané, estimant que ces démarches équivaudraient à une remise en cause de la propreté de la personne elle-même. Ce résultat souligne que les soignants appréhendent la DPO davantage dans la sphère du banal que dans le registre du médical. Cette place accordée à la confiance se retrouve également au sein des interactions entre soignants. En effet, la prise en charge de la DPO, souvent déléguée par l'infirmier (IDE) à l'aide-soignant (AS), reste sous la responsabilité de l'IDE qui doit s'assurer que l'état cutané du patient est conforme avant son départ au bloc opératoire. Néanmoins, nous avons pu constater que les IDE sont réticents à endosser une posture de contrôle et se basent souvent sur les déclarations des AS. Une fois de plus, c'est la notion de confiance qui vient supplanter celle de contrôle. Ainsi, il est frappant de voir que toute la chaîne de contrôle de l'état cutané repose sur la confiance des uns envers les autres. Les IDE s'appuient sur les déclarations des AS, qui s'appuient eux-mêmes sur la déclaration des patients. Au-delà de la question de la confiance, c'est ce qu'elle produit qui nous a interrogés. En effet, la place accordée à la confiance conduit à un « glissement du risque » des services vers le bloc opératoire, rendu possible parce que les risques associés à la DPO sont euphémisés et pensés comme toujours « rattrapables » au bloc opératoire par les infirmières, alors même que les recommandations nationales de 2013 ont fait disparaître l'obligation de déterision au bloc opératoire. Ainsi, le bloc – par sa position en bout de chaîne – se retrouve fréquemment invité à rattraper les « loupés ». Ce glissement du risque des services vers le bloc questionne dans la mesure où il dénature le fondement des pratiques préventives associées à la douche préopératoire au sein des services de chirurgie.

NOTES

(1) S.I. Berrios-Torres, C.A. Umscheid, D.W. Bratzler *et al.*, "Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection", *JAMA Surg*; 2017, 152(8):784-791.
A.J. Mangram, T.C. Horan, M.L. Pearson *et al.*, "Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practices Advisory Committee", *Am J Infect Control*; 1999, 27(2):97-132.

(2) V. Merte, M. Consiglio, E. Mevel, V. Foloppe, «La douche préopératoire: un patient partenaire pour améliorer la sécurité de sa prise en charge?», *Risques et qualité en milieu de soins*, 2020, n°17(1), p.22-36.
M. Consiglio, E. Delfrate, M.J. Lourenco, L. Boulet, T. Petel, F. Bergeot, L. Magnen, C. Meret, V. Foloppe, F. Dujardin, E. Huet, V. Merle, «La douche préopératoire chez les patients obèses: ce qu'en disent les patients et les soignants», *Recherche en soins infirmiers*, 2021, n°147(4), p.92-99.



ENCADRÉ

Les transformations contemporaines de la chirurgie

L'ouvrage collectif *Les Coulisses de l'activité opératoire. Regards croisés sur les transformations contemporaines de la chirurgie*, paru aux Presses des Mines en 2024, fait suite au colloque éponyme organisé en novembre 2023 à l'hôpital Cochin, dans le cadre de la chaire innovation Bloc opératoire

augmenté (Bopa)*. Dirigé par Olivia Chevalier (philosophe), Gérard Dubey (sociologue), Nicolas El Haïk-Wagner (sociologue) et Caroline Jobin (ingénieure), l'ouvrage rassemble les contributions de 18 chercheurs (sociologues, philosophes, ingénieurs) et professionnels (chirurgiens, infirmières de bloc opératoire, etc.). Il est articulé autour de quatre sections. La première s'intéresse à la recomposition des territoires professionnels (réorganisation dans les plateaux techniques, nouveau rôle infirmier dans le cadre du virage ambulatoire, féminisation de la médecine intensive réanimation, etc.). La deuxième s'attache à la singularité du travail sur la chair au bloc opératoire (dispositions à l'objectivation du patient chez les infirmières de bloc, soins mortuaires dans le prélèvement multi-organes, partenariat patient en chirurgie hépatique). La troisième section étudie les effets des nouvelles médiations sociotechniques sur l'activité (vision professionnelle en chirurgie de l'endométrie, recours aux casques de réalité augmentée dans l'apprentissage des internes, controverse sur les *live surgeries*, etc.). La quatrième et dernière section examine les promesses que suscite l'arrivée de l'intelligence artificielle au bloc opératoire (défis de la captation des données, encadrement éthique de la médecine prédictive en anesthésie, etc.).

* Chaire issue d'un partenariat entre l'AP-HP, l'Institut Mines-Télécom et l'université Paris-Saclay. Les interventions de ce colloque sont disponibles en replay : <https://chaire-phil.fr/les-coulisses-de-lactivite-operatoire-regards-croises-sur-les-transformations-de-la-chirurgie/>

Régine Bercot et Julia Legrand

Les reconfigurations des territoires professionnels dans les plateaux médico-techniques

Nous nous sommes intéressées à un objet peu étudié par la sociologie du travail et des professions : les plateaux médico-techniques (PMT).

Les PMT sont envisagés par le régulateur comme des équipements matériels plus ou moins complexes. Cette définition omet néanmoins une de leurs caractéristiques fondamentales, à savoir les enjeux de ressources matérielles et humaines, en particulier le manque de professionnels de santé. Nous les définissons comme des équipements techniques au cœur d'une écologie humaine. Nous nous concentrons sur les enjeux qui s'articulent autour des configurations matérielles, des transformations architecturales et des usages des PMT, lesquels rejouent les hiérarchies symboliques entre professions.

La recherche a été réalisée par Julia Legrand, post-doctorante, dans le cadre de l'évaluation du troisième plan régional de santé (PRS) de la région Île-de-France, assurée par la chaire Santé de Sciences Po et coordonnée par le sociologue Daniel Benamouzig. Régine Bercot était très intéressée par la question des plateaux médico-techniques du fait de précédents travaux portant sur les blocs opératoires et leur efficacité, ainsi que sur les groupes professionnels gravitant dans et autour des blocs opératoires.

Une entrée par trois spécialités : cardiologie, chirurgie digestive et endoscopie digestive

Cette entrée nous a permis d'avoir une vision systémique en intégrant la trajectoire du malade. Elle nous a également permis de positionner des spécialités proches les unes des autres : médicales et chirurgicales (gastro-entérologie et chirurgie viscérale ; cardiologie et chirurgie cardiaque).

L'enquête s'est déroulée de 2019 à 2022, dans quatorze services de cardiologie et quatre services d'endoscopie digestive en Île-de-France, reflétant tous les niveaux d'accréditation d'intervention, sur des territoires contrastés sur un plan socio-économique. Étonnamment, le fait que cette recherche se soit principalement déroulée durant la pandémie de Covid-19 a parfois facilité l'accès au terrain. Cette situation exceptionnelle a d'abord simplifié les entretiens grâce au développement des échanges en visioconférence. Ensuite, elle a favorisé notre accueil dans les services qui n'étaient pas réquisitionnés par l'épidémie. En complément de ces observations, nous avons interrogé plus d'une centaine de professionnels de santé et de représentants institutionnels pour saisir l'évolution de l'organisation des PMT et la manière dont les professionnels percevaient leurs relations de travail. Si les établissements étudiés sont variés, ils présentent tous des tensions semblables, quoique de nature partiellement différente, entre chirurgiens et médecins dans les trois spécialités. L'évolution des techniques et des champs d'intervention conduit à modifier les territoires professionnels ainsi que le cœur des métiers. Les frontières professionnelles matérielles et symboliques se redessinent en lien avec les outils supports de la pratique, les évolutions technologiques et les changements d'organisation. La radiologie occupe une place centrale dans nombre d'interventions et les pratiques interventionnelles peu invasives se développent, ce qui a conduit à réorganiser l'espace des PMT et les liens entre spécialités. Cette évolution participe des choix d'organisation en termes de mutualisation de parties des PMT (par exemple la salle de réveil). Par ailleurs, l'insuffisance du nombre d'anesthésistes dans les hôpitaux conduit à réorganiser la répartition spatiale des salles d'intervention. Toutes ces évolutions du travail reconfigurent les frontières entre les professions. Enfin, les tensions professionnelles sont également issues d'une certaine mise en concurrence, qui s'exerce à la fois dans le privé et le public, et porte tant sur les moyens matériels et humains que sur la captation des malades. Nous montrons ainsi comment les directions d'établissement et les professionnels s'emploient à transformer ces concurrences en des forces pour la coopération. Le service au malade apparaît alors essentiel pour penser de nouvelles orientations au-delà d'un certain corporatisme.

Emmanuel de Thomasson, Henri Bonfait, Christian Delaunay et Orthorisq

Analyser les conséquences du recours à l'intérim sur la qualité et la sécurité des soins en orthopédie

Initialement prévu pour permettre une flexibilité dans la gestion des ressources humaines et améliorer la rentabilité et la performance, le recours à l'intérim est devenu structurel à l'hôpital. Il est particulièrement lié à la désaffection des personnels paramédicaux, phénomène aggravé par la crise de la Covid-19. Nous avons analysé les conséquences du recours à l'intérim dans des blocs opératoires d'orthopédie sur la qualité des soins, émis des hypothèses sur les causes de la désaffection des titulaires et proposé des pistes d'amélioration.

Des évènements indésirables liés à la méconnaissance par les intérimaires infirmiers des processus organisationnels

L'emploi d'intérimaires ne devrait pas avoir de conséquences sur la qualité des soins puisque le diplôme des professionnels assure une compétence sur le déroulé de l'acte opératoire et le respect des règles d'hygiène. Pourtant, l'analyse des 148 évènements indésirables dont 86 survenus au bloc opératoire et associés à la présence d'intérimaires, déclarés par des chirurgiens orthopédistes sur le site de la Haute Autorité de santé (HAS, plateforme Siam) entre 2020 et 2022, a montré une dégradation de la prise en charge des patients, responsable de conséquences majeures dans 29% des cas (décès, reprise chirurgicale, etc.) ou significatives (perte de chance, changement de technique opératoire, arrêt de procédure, etc.) dans 17% d'entre eux. Environ deux tiers de ces incidents étaient liés à une méconnaissance des organisations et des habitudes des établissements qui retentit sur l'efficacité des intérimaires. La littérature confirme notre constat et insiste sur la nécessaire révision de l'organisation des blocs opératoires pour permettre l'accueil et l'encadrement des personnels intérimaires. Si l'activité opératoire est souvent reproductible, des techniques ou matériels spécifiques au chirurgien ou à l'établissement peuvent être utilisés. De plus, l'imprévu est possible et nécessite de s'adapter instantanément à la situation, ce que l'intérimaire peut ne pas pouvoir faire, sans que ses compétences puissent être remises en cause. Pour la sécurité de la prise en charge, le poste d'infirmier de bloc doit être appréhendé comme une fonction opérationnelle pérenne dans un environnement de travail de haute technicité, et un accompagnement doit être prévu pour les professionnels occasionnels : livret d'accueil, présentation à l'équipe infirmière et aux chirurgiens, briefing opératoire, etc.

Une lassitude des personnels titulaires face au recours croissant à l'intérim

Par ailleurs, une enquête menée auprès de 1493 chirurgiens orthopédistes, adhérents de l'organisme d'accréditation Orthorisq, fait apparaître une lassitude des personnels titulaires, obligés de pallier la méconnaissance par ces intérimaires des organisations et des process, pour des salaires moindres et des contraintes de continuité des soins supérieures (gardes et astreintes, week-end, programmation...). La fidélisation des personnels paramédicaux au bloc opératoire devient donc un enjeu majeur et deux pistes doivent être explorées. Des revalorisations salariales significatives doivent être envisagées pour augmenter l'attractivité des métiers de la santé dont une partie, au moins, sera financée par la diminution du recours à l'intérim. L'environnement de travail doit aussi être pris en compte car le choix de l'intérim traduit le souhait de mieux faire coïncider le travail avec la vie personnelle et d'échapper aux contraintes organisationnelles des services. Plus encore que les générations précédentes, la génération Z, en quête de sens dans son activité professionnelle, est disposée à accepter un statut flexible, voire une pluriactivité, pour

L'évolution des techniques et des champs d'intervention conduit à modifier les territoires professionnels ainsi que le cœur des métiers.

respecter ses valeurs. Parmi elles, plus que la fidélité à l'institution, la qualité de vie au sein de l'équipe. Elle est liée autant aux conditions de travail qu'à l'épanouissement personnel dans et en dehors du travail. Le défi est donc de réfléchir à une nouvelle organisation permettant, grâce à la participation de tous les acteurs de la santé, de conserver les jeunes générations et de préserver les anciennes, en assurant une qualité et une continuité des soins d'excellence pour la population. ●

ZOOM

La Chaire de Philosophie à l'hôpital

Dirigée par la philosophe et psychanalyste Cynthia Fleury, cette chaire hospitalo-académique est liée au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) et au GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences. À travers un dispositif recherche et enseignement, de formation et diplomation, d'expérimentation et déploiement, cette chaire aspire à inventer la fonction soignante en partage et l'alliance efficiente des humanités et de la santé. Ses thématiques de

recherche s'articulent autour de cinq pôles: Philosophie clinique et savoirs expérientiels/Santé connectée et intelligence artificielle/Design capacitaire/ Résilience et clinique du développement/Nature et patrimoine en santé. La chaire abrite par ailleurs un espace doctoral composé de douze doctorants.

Les prochains articles porteront, entre autres sujets, sur la mise en place d'un dispositif d'analyse des pratiques pour les patients intervenant dans les services de soins hospitaliers, sur une analyse de la boulimie en lien avec la sexualité féminine, sur le déclin de la santé mentale des jeunes, l'art et le soin, les substances psychoactives dans le cancer... www.chaire-philo.fr

