



Étude qualitative des facteurs humains et organisationnels influençant la décision de stratégie de réduction des luxations d'épaule par les médecins urgentistes.

Dr Guillaume KORETTE
CHU Montpellier

Dr Sylvain Benenati
PH Médecine d'Urgence CHU Nîmes
RUF SU/ Chargé enseignement, M2 PCIFH
Sylvain.benenati@chu-nimes.fr



Facteurs Humains en Santé
Ensemble pour la qualité et la sécurité des soins

Problématique, Question de recherche

- **Contexte :**

- luxation antérieure de l'épaule= motif « habituel » aux urgences
- Réduction : rapide + sûre

- **Problème :** variabilité des pratiques

Technique, analgésie, lieu de prise en charge

- **Hypothèse :** rôle des facteurs humains et organisationnels (FHO) => Décision-Stratégie



METHODE



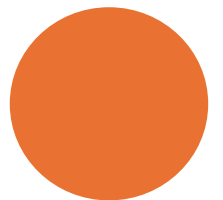
- Étude qualitative

Répond à « Pourquoi » plutôt que « Combien »/ »Comment ».

- Entretiens semi-dirigés
 - Menés à saturation des données
 - Lieux d'exercice:
 - Occitanie, PACA
 - CHU, CHG, cliniques.

| Critères d'inclusion |
|--|
| Être médecin urgentiste thésé |
| Expérience post-thèse d'au moins deux ans |
| Être encore en activité au moment de l'étude |
| Avoir déjà pris en charge une luxation antérieure d'épaule |

IRB_2024.09.04.



Résultats: Profil des participants

- **Profil des participants (n = 17)**
 - 1h d'entretien par participant
- **Données sociodémographiques**
 - Hommes/Femmes : 10/7
 - Expérience médiane : 7 ans
 - 3 luxations/mois en moyenne

Statut & établissement

- Statut : PH 10(59%) – CCA 4 (23 %)– Libéraux 2 (12 %) – Contractuels 1 (6 %)
- Type : CHU 5 (29 %) – CHG 10 (59 %) – Privé 2 (12 %)

Formation

- **Initiale** : DES Urgence 4 (23 %) – DESC 12 (71 %) – CAMU 1 (6 %)
- **Complémentaire** : DU Traumatologie 35 % – Hypnose 12 % – Algologie 6 % – Médecine du sport 6 %

Résultats : points qualitatifs (1)

Protocoles et sécurité

- « Un protocole, c'est obligatoire si tu veux que tout le monde fasse la même chose » (P8)
- « Le Propofol... pas dans les protocoles du service car mauvaise expérience » (P17)

1^{er} point: protocoles = sécurisation mais aussi **restrictions**.

Confiance & autonomie

- « On travaille tout seul... donc c'est moi seul qui la prend en charge » (P16)
- « Je me sens compétent pour faire la réduction et la sédation en même temps » (P12)

2^{eme} point: forte **autonomie perçue** des urgentistes sur la réduction de luxation.

Contraintes organisationnelles

- « L'orthopédiste ça serait super s'il était tout de suite disponible mais ça n'existe pas » (P15)
- « La nuit ou le week-end il n'y a pas d'anesthésiste... donc je vais l'utiliser tout seul » (P16)

3^{ème} point : contraintes organisationnelles:

- ☐ Disponibilité des spécialistes = facteur clé dans les adaptations et décisions.
- ☐ Contraintes du flux/ disponibilité locaux, personnel, temps.=> Induit des choix dégradés

Résultats : points qualitatifs (2)

• Influence du collectif

- « Quand on a un junior au déchocage, c'est au médecin plus vieux d'être là aussi et de driver » (P3)
- « J'avais vu cette technique sur une vidéo sur Internet » (P3)
- « Si vous changez d'hôpital, vous changez de techniques » (P4)
- « Il y avait une aide-soignante à la **Privé2** qui était formé à l'hypnose elle était très forte mais je sais que pour avoir travaillé avec elle quand j'avais une luxation et que je travaillais avec elle je la faisais venir parce qu'avec le l'hypnose et un peu de MEOPA je savais que ça allait passer crème » (P15)

- **Point principal : l'équipe et les habitudes locales** façonnent la stratégie

• Pratiques MEOPA / SAUV: Paradoxe?

- **MEOPA** en 1^{re} intention (59 %)
- Mais **SAUV** en 1^{re} installation (76 %)
- « On essaye le MEOPA, mais on anticipe l'échec et on prépare la sédation » (P2)
- « tu n'as pas trop le droit de sédater les gens et en même temps te mettre sur l'épaule, parce que s'il se passe un truc au niveau de la sédation, tu es au four et au moulin et c'est pas bon » (P7)
- **Point fort : tension entre pragmatisme clinique et cadre réglementaire.**

« Un urgentiste ne peut réaliser une sédation profonde pour un autre praticien. » (Combes A, Michalon A, 2012)
RFE 2010 (Vivien et al.) : « Si une sédation profonde est nécessaire en complément de l'analgésie, notamment pour la réduction d'une luxation, le recours à un médecin anesthésiste ... »

Messages

- **La réduction ≠ geste isolé**
→ C'est une **interaction** : Patient + Opérateur + Équipe + Organisation
 - **Urgentistes = pragmatiques**
→ Adaptation en temps réel aux contraintes locales
 - **Référentiels : parfois vécus comme inadaptés**
→ Interprétés, contournés ou réadaptés au terrain
-
- **Perspectives**
 - **Étendre l'étude** : quantitative descriptive
 - **Structurer** : protocoles locaux **co-construits** + formation (simulation, CRM)
 - **Intégrer** : Facteurs Humains & Organisationnels (FHO) dans les **RFE**