



**EHESP**

---

**Directeur d'hôpital**

Promotion : **2012 - 2014**

Date du Jury : **décembre 2013**

---

**La mise en place d'un bloc commun :  
état des lieux et perspectives,  
l'exemple du bloc Gabriel-Meyniel de  
l'hôpital Tenon**

---

**Solenne ALZIN**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier mon encadrant mémoire, Emmanuel LAVOUE, pour ses conseils, sa disponibilité et sa gentillesse.

Je remercie ma maîtresse de stage, Geneviève CLOUARD, directrice des achats et prestations logistiques du groupe hospitalier. Elle a toujours été disponible et peu avare de son expérience. La directrice que je deviendrai sera en partie grâce à elle/modelée par elle.

Je remercie Christine NALLET, directrice des soins de Trousseau, pour son accompagnement de ma démarche, son insistance à approfondir ma réflexion et ses conseils. Sa bonne humeur et son dynamisme communicatifs m'ont manqué après son départ pour le CH Sud Francilien fin septembre 2013.

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont bien voulu m'accorder un entretien. Leur vision, leur expérience et leur vécu sur ce bloc m'ont apporté une perspective indispensable et inédite. Je remercie également Marc JOUVE, de General Electrics (GE), pour tous les documents qu'il a bien voulu me fournir concernant la mission de GE sur le bloc de Tenon.

Je remercie l'ensemble de l'équipe de la cellule des marchés pour sa gentillesse et sa patience amusée à l'égard de mes vocalises.

Enfin, je tiens à remercier ma famille et mes amis ; ma famille pour son soutien tout au long de mes études qui s'achèvent enfin, et mes amis pour les bons moments partagés.

Je dédie ce mémoire à ma future nièce, qui naîtra à l'hôpital public.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 Réussites et difficultés de mise en œuvre d'un bloc commun rencontrées lors de son ouverture : .....	7
1.1 Une stratégie ambitieuse pour les blocs opératoires : .....	8
1.1.1 Structures médicales, coordination et gouvernance des blocs opératoires du groupe hospitalier : .....	8
1.1.2 La nécessité d'une forte présence de l'encadrement médical et paramédical : .....	13
1.2 Des organisations et une gestion des ressources à fluidifier : .....	16
1.2.1 Les circuits logistiques et l'organisation spatiale du bloc : .....	16
1.2.2 Un recrutement du personnel soignant indispensable, mais complexe : .....	18
2 Avancées et perspectives pour un fonctionnement optimisé du bloc commun : .....	23
2.1 Les nouvelles orientations de la politique organisationnelle : .....	24
2.1.1 Malgré de nombreux changements, la politique managériale du bloc commun reste perfectible : .....	24
2.1.2 Une mise en œuvre ambitieuse de la politique logistique via l'organisation et la programmation du bloc opératoire : .....	29
2.1.3 Quel avenir pour la structure des blocs hors pôle ? .....	32
2.2 Un accent mis sur l'optimisation des ressources : .....	36
2.2.1 Un travail actif de recrutement paramédical : .....	36
2.2.2 Une nécessaire adéquation entre les organisations logistiques, le circuit du patient et l'activité du bloc : .....	40
2.2.3 Les futurs axes de performance de proximité : .....	46
Conclusion .....	49
Bibliographie .....	51
Liste des annexes .....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance, auparavant la MeaH.

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

AS : Aide-Soignant.

ASH : Agent des Services Hospitaliers.

ASN : Autorité de Sûreté Nucléaire.

BUCA : Bâtiment Urgences, Chirurgie et Anesthésie, devenu le bâtiment Meyniel.

CAP : Cadre Administratif de Pôle

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux.

CL : Check-List.

CMEL : Commission Médicale d'Etablissement Locale.

CODIR : Comité de Direction.

COMEX : Comité Exécutif.

COFIL : Comité de Pilotage.

CPP : Cadre Paramédical de Pôle.

CREX : Comité de Retour d'Expérience.

DAOM : Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères.

DAPL ; Direction des Achats et Prestations Logistiques.

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux.

DFCG : Direction des Finances et du Contrôle de Gestion.

DIM : Département de l'Information Médicale.

DM : Dispositif Médical.

DMI : Dispositif Médical Implantable.

DMS : Dispositif Médical Stérile.

DPL : Département de la Politique Logistique.

DPPA : Document Parcours Patient Ambulatoire.

DRH : Direction des Ressources Humaines.

EI : Evènement Indésirable.

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses.

ETP : Equivalent Temps Plein.

ETPR : Equivalent Temps Plein Rémunéré.

FF : Faisant Fonction.

GE : société General Electrics, dont la branche Healthcare Performance Solutions.

GH : Groupe Hospitalier.

HAS : Haute Autorité de Santé.

HEGP : Hôpital Européen Georges Pompidou.  
HUEP : Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien.  
IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat.  
IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat.  
ICR : Indice de Coût Relatif.  
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat.  
IPOP : Informatisation du Programme Opératoire.  
LRG : Site de La Roche Guyon.  
MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur.  
MeaH : Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier, devenue l'ANAP.  
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie.  
PAC : Port-a-Cath ou cathéter à chambre implantable.  
PDSES : Permanence des Soins en Etablissement de Santé.  
PEP : Pratique Exigible Prioritaire.  
PM : Personnel Médical.  
PNM : Personnel Non Médical.  
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur.  
PU-PH : Professeur des Universités – Praticien Hospitalier.  
SAT : Site de Saint-Antoine.  
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins.  
SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle. Remplace le vocable « salle de réveil » depuis un décret du 5 décembre 1994.  
TNN : Site de Tenon.  
TPER : Tableau Prévisionnel des Emplois et des Ressources.  
TROS : Temps Réel d'Occupation des Salles.  
TRS : Site Armand Trousseau.  
TVO : Temps de Vacation Offert.  
UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire.

## Introduction

Le bloc opératoire constitue le cœur opérationnel d'un établissement hospitalier<sup>1</sup>, le centre de son activité. Le développement de la chirurgie ambulatoire diminue la portée de la comparaison des établissements, selon leur nombre de lits d'hospitalisation, au profit du volume d'actes techniques et du dynamisme de sa chirurgie. La pratique exigible prioritaire -critère 26.a- de la V2010<sup>2</sup> de la certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) souligne cette importance, tangible lors des visites des experts visiteurs.

L'organisation des plateaux techniques est un des volets du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) III qui met l'accent sur le bloc opératoire en le caractérisant comme « un outil collectif au service du patient associant plusieurs disciplines ». Lieu de haute technicité, le bloc opératoire est un espace où cohabitent différents métiers et est un lieu d'interface avec d'autres services cliniques et médico-techniques, tels que les salles de réveil et la réanimation, les services de soins, d'imagerie et de brancardage ainsi que les magasins logistiques pour l'approvisionnement en dispositifs médicaux implantables (DMI), stériles (DMS) et consommables. Le bloc opératoire interagit et influence le fonctionnement des unités, il en subit les aléas. La nécessaire coordination constitue un terrain propice aux dysfonctionnements. La technicité toujours croissante des interventions rigidifie le fonctionnement tout en étant un élément important d'image de marque et donc d'attractivité pour l'établissement<sup>3</sup>, poussé à l'optimisation de ses recettes par la tarification à l'activité. A « l'inverse du reste du plateau technique, le bloc opératoire ne constitue pas un support technique venant en aide aux unités d'hospitalisation, mais au contraire le motif principal de l'hospitalisation, l'unité d'hébergement devenant elle un « adjuvant » au bloc. »<sup>4</sup>. Le bloc opératoire est par conséquent un univers complexe devant concilier programmation et gestion de l'urgence et est lié à de nombreux autres services pour la bonne réalisation de sa mission. Deux modèles d'organisation de bloc opératoire sont généralement décrits. L'un préconise de séparer les blocs pratiquant la chirurgie conventionnelle et ceux destinés à la chirurgie ambulatoire et de conserver des blocs mono-disciplinaires. L'autre au contraire préconise de créer un bloc commun, afin que les opérations réalisées en chirurgie conventionnelle basculent progressivement en ambulatoire, l'un prenant la place de l'autre dans les salles opératoires. Le bloc commun suppose également un regroupement des spécialités de

---

<sup>1</sup>GENTIL S., septembre 2012, « Industrialisation des soins et gestion de l'aléa : le « travail d'articulation » au bloc opératoire, déterminants et obstacles », *Gérer et comprendre*, n°109, p 34.

<sup>2</sup> Critère 26.a : organisation du bloc opératoire.

<sup>3</sup>MeaH, septembre 2006, *recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées dans des blocs opératoires*, p 9.

<sup>4</sup>MeaH, septembre 2006, *recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées dans des blocs opératoires*, p 74.

l'établissement dans un seul et unique bloc. La première solution a été retenue sur le site de Saint Antoine, la seconde sur le site de Tenon (TNN), et elle fait l'objet de ce mémoire. Une liste des avantages et inconvénients de chaque solution est donnée en ANNEXE I.

Le Siège de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) a mis en place 16 groupes de travail en avril 2011<sup>5</sup> sur des thématiques dites prioritaires telles que les achats, l'aval des urgences, le codage ou encore les blocs opératoires. Sur cette dernière thématique, le Siège a missionné des professionnels de tous horizons en particulier le président du conseil de bloc du site de Tenon et adjoint du coordonnateur médical du comité stratégique des blocs opératoires du Groupe Hospitalier (GH) qui fut désigné comme chef de projet. Ce chef du service d'urologie a accepté la mission en spécifiant qu'elle ne durerait qu'un an et a d'emblée initié deux axes. Le premier porte sur l'optimisation des blocs en matière de sécurité et le second sur l'optimisation des structures, avec des indicateurs de performance et le déploiement du logiciel d'Informatisation du Programme Opératoire (IPOP) sur toute l'AP-HP, nonobstant l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP), qui possède son propre logiciel depuis son ouverture. L'objectif affiché était de gommer l'hétérogénéité des blocs au sein de l'AP-HP. Le groupe de travail a produit une brochure sur les règles de fonctionnement du bloc opératoire et organisé un séminaire d'une journée le 19 octobre 2011.

Le projet prioritaire du Siège prévoit également un accompagnement par une équipe de consultants sur un certain nombre de sites de l'AP-HP. Tenon fut retenu avec l'établissement Ambroise Paré dans la deuxième vague d'accompagnement, après les établissements Cochin et Bicêtre. La particularité de TNN est l'ouverture en septembre 2012 d'un bloc commun multidisciplinaire mêlant chirurgie conventionnelle et chirurgie ambulatoire, sur les bâtiments Gabriel et Meyniel. La mission avec le cabinet GE Healthcare Performance Solutions (GE) a commencé en novembre 2012. Prévue pour se terminer initialement fin juin 2013, la date est repoussée d'ici fin octobre 2013.

Tenon<sup>6</sup> (TNN) est l'un des quatre établissements et cinq sites composant les Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien (HUEP) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Au regard de la vétusté de certains bâtiments de cet établissement du nord du 20<sup>e</sup> arrondissement de Paris, un projet fut construit en 2003-2004 sur un nouveau Bâtiment Urgences, Chirurgie et Anesthésie (BUCA). Les plans n'avaient pas été mis à jour lorsque le Siège de l'AP-HP octroya les fonds pour sa construction en 2007-2008. L'équipe médicale, et le chef du service d'urologie en premier lieu, fut chargée, à partir de cette décision, d'adapter le projet médical aux évolutions des activités et des technologies, en particulier le départ de

---

<sup>5</sup> Interview de la directrice du pilotage de la transformation disponible sur l'Intranet et reproduit en ANNEXE II : <http://portail-cms.aphp.fr/16projetsdpt/spip.php?article73&lang=fr&dir=ltr>

<sup>6</sup> Plan de Tenon en ANNEXE III.

services (l'unité de soins continus de cardiologie et l'orthopédie) et l'expansion de l'ambulatoire. Cette dernière prit la place du Département d'Information Médicale (DIM) sur un étage dans le projet de bâtiment.

La mise à jour du projet fut réalisée sur près de trois ans et n'était pas tout à fait arrêtée lors de la constitution du groupe projet pour l'ouverture de BUCA, en mars 2011, soit un peu plus d'un an avant l'ouverture officielle du bâtiment en mai 2012. Parallèlement, le groupe hospitalier se construisait amenant de nouvelles réorganisations. Le groupe projet se composait de la directrice de site, son adjointe, de la directrice des soins du site et de l'ingénieur en organisation, en lien avec les chefs de service concernés, notamment le chef du service d'urologie. Un remaniement de l'équipe de direction et des mouvements de grève du personnel sur les effectifs, en particulier des blocs opératoires, fin 2010, puis fin 2011, peuvent constituer un début d'explication de la « mise en place tardive » du groupe de travail et le « manque de temps » ressentis par cette équipe pour véritablement étudier en profondeur chaque thématique, dont l'organisation du bloc. Ainsi, l'équipe projet initiale avait commencé à travailler sur l'organisation du bloc Gabriel en 2010, travail qui fut arrêté suite à la grève d'octobre à décembre 2010. Une partie des problèmes organisationnels relevés sur le bloc Gabriel s'est, par conséquent, retrouvée lors du transfert au bloc commun Gabriel-Meyniel.

L'activité opératoire avant l'ouverture du bâtiment Meyniel est répartie sur quatre blocs de la manière suivante :

- Six salles dans le bloc Gabriel. L'activité fut multidisciplinaire dès l'origine et regroupe en 2012 les chirurgies urologique, thoracique, Oto-Rhino-Laryngologique (ORL) et vasculaire. Le bâtiment date de la fin des années 1980 -début des années 1990.
- Deux salles de chirurgie digestive dans le bloc Behier du bâtiment Grégoire.
- Deux salles de chirurgie ambulatoire dans le bloc Delessert depuis 2007.
- Trois salles de chirurgie programmée et une salle d'urgence dans le bloc Le Lorier pour la chirurgie gynécologique et obstétricale. Le bloc opératoire est considéré comme vétuste.

BUCA a ouvert en mai 2012 et fut rebaptisé bâtiment Meyniel du nom d'un chef du service des urgences de TNN décédé en 2011. Le bloc Gabriel-Meyniel a été transféré le 3 septembre 2012 et a ouvert peu après. Il se compose de 13 salles opératoires et d'une salle de radiologie interventionnelle au rez-de-chaussée commun aux deux bâtiments<sup>7</sup>. En effet, les bâtiments Meyniel et Gabriel sont côte à côte et le bloc opératoire comprend les six salles préexistantes du bloc Gabriel et les sept salles d'interventions situées dans le nouveau bâtiment Meyniel. Il regroupe les blocs de Behier, Delessert, Gabriel, les 3 salles

---

<sup>7</sup>ANNEXES IV, V et VI pour les plans.

de chirurgie gynécologique programmée et la radiologie interventionnelle. Les salles dédiées aux urgences obstétricales et à la Procréation Médicalement Assistée (PMA) restent dans le bâtiment Le Lorier. Par conséquent, le bloc opératoire comprend des activités de chirurgie digestive, urologique, thoracique, ORL, gynécologique, et enfin, de chirurgie ambulatoire.

La chirurgie ambulatoire devait rester dans les deux salles du bâtiment Grégoire, mais le chef du service d'urologie, responsable de la mise à jour du projet médical, a plaidé pour inclure l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) dans le bloc conventionnel. Chef de projet de la thématique prioritaire du Siège sur les blocs opératoires, il a une vision claire des offres sur l'ensemble de l'AP-HP et en a tiré cette conclusion. De son point de vue, la chirurgie ambulatoire est amenée à se développer et à remplacer, à terme, la chirurgie conventionnelle. Dédier seulement deux salles à la chirurgie ambulatoire revient donc rapidement à la cantonner dans un espace restreint, nuisible à son essor et sans possibilité d'expansion, ni de mutualisation des équipements. C'est pourquoi la solution du bloc commun fut retenue, à l'inverse de l'UCA du site Saint-Antoine (SAT). A fin avril 2012, l'activité ambulatoire s'effectue dans deux salles d'interventions dédiées et 8 à 10 places autorisées, soit 16,7% du global des interventions.

Comment passer de plusieurs blocs mono-disciplinaires à un bloc commun multidisciplinaire, d'une somme de spécialités à une entité unique ?

Après avoir étudié les difficultés et les réussites de la mise en place du bloc commun lors de son ouverture (1.), nous montrerons les mesures mises en œuvre au cours de l'année qui a suivi cette ouverture ainsi que les solutions qui pourraient être recherchées afin d'améliorer encore le fonctionnement de ce bloc commun de chirurgie conventionnelle et ambulatoire (2.).

En tant qu'élève directeur d'hôpital, il me paraissait intéressant d'étudier les avancées de ce bâtiment, que j'avais eu la chance de visiter juste avant la fin des travaux lors de mon stage d'ouverture. Le retrouver fonctionnel et « habité » un an plus tard et observer les évolutions m'a paru pertinent. Je trouvais également intéressant de confronter les points de vue subjectifs que j'entendais avec des données brutes sur l'activité et le fonctionnement du bloc opératoire Gabriel-Meyniel. De plus, je souhaite travailler dans une structure hospitalière comprenant un bloc opératoire et cette expérience de mise en œuvre d'un nouveau bloc ne peut que m'être profitable dans ma future carrière.

## Méthodologie

J'ai été présentée par le président du conseil de bloc à l'ensemble des cadres médicaux et paramédicaux du bloc opératoire lors du conseil de bloc du 9 juillet 2013. J'y ai indiqué rapidement mon sujet de mémoire en précisant aux membres du conseil que je prendrais contact avec eux ultérieurement. La prise de rendez-vous s'est faite par téléphone ou courriel. Les entretiens avaient lieu dans le bureau de mes interlocuteurs selon la méthode des entretiens semi-directifs. Il s'agit au total de huit entretiens, réalisés entre juillet et septembre 2013 dont la liste est en ANNEXE VII. Je voulais avoir une vision globale et diversifiée du bloc. Ainsi, j'ai rencontré la directrice de site, la directrice des soins du site, l'ingénieur en organisation, la cadre supérieure du bloc, l'ancien président du conseil de bloc, l'actuel président du conseil de bloc, la cadre administrative de la structure et la directrice déléguée du « hors pôle bloc ». Du fait de leur emploi du temps, je n'ai pu m'entretenir avec des Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat (IBODE). Pour chaque entretien, je préparais une grille de questions ouvertes visant à instaurer un dialogue et permettant aux acteurs interrogés d'aborder tous les points qui leur venaient à l'esprit concernant le bloc opératoire. J'ai pratiqué l'écoute active et avais préparé quelques questions de relance. Une partie des questions était commune, l'autre étant adaptée à chaque interlocuteur (grille d'entretien en ANNEXE VIII). Les entretiens duraient entre 1h30 et 4h30, selon le temps disponible et les éléments recueillis. La prise de notes était manuscrite, puis tapée une fois l'entretien terminé. En cas de doute, je demandais des précisions, puis classais les éléments de manière thématique en veillant à incorporer tout ce qui m'avait été dit. Le classement commun à tous les entretiens reprenait la biographie, les relations avec l'encadrement/collègues/équipe, les projets professionnels et personnels, les impressions sur le bloc lors de son ouverture et actuellement, les difficultés rencontrées et/ou ressenties lors de l'ouverture du bloc et actuellement, etc.

Par ailleurs, j'ai pu récupérer beaucoup d'éléments bibliographiques concernant ce bloc et les autres blocs opératoires du GH grâce au travail de préparation de la visite de certification début juin 2013. J'ai également bénéficié de l'importante base documentaire conservée par le service de documentation de l'AP-HP situé dans l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et des archives de l'AP-HP situées rue des Minimes dans le 5<sup>e</sup> arrondissement, où j'ai pu me rendre. J'ai également pu me rendre au centre de documentation du Ministère de la Santé pour des éléments bibliographiques que je

n'avais pu trouver ailleurs. Etre localisée à Paris facilite les recherches bibliographiques liées à la rédaction d'un mémoire et mon travail s'en est trouvé enrichi.

De plus, j'ai assisté aux conseils de bloc du site de Tenon et aux réunions du Comité de Pilotage (COPI) conduites par GE sur ce bloc, j'en ai également récupéré les éléments écrits (éléments présentés en séance et comptes-rendus). C'est la directrice déléguée aux blocs opératoires, dont le bureau est proche du mien, qui me tenait au courant des dates et me transmettait les documents. Ces réunions m'ont permis d'actualiser mes connaissances sur le bloc Gabriel-Meyniel par rapport aux entretiens que j'avais déjà menés et de suivre les projets en cours ou à venir. Elles étaient également un lieu d'observation des relations existant entre les acteurs, éléments que je pouvais confronter aux verbatim recueillis lors des entretiens. J'ai assisté au séminaire de blocs réunissant l'ensemble des professionnels de santé et les directions autour de plusieurs thématiques variées fin mars 2013. J'ai participé à un des ateliers, ce fut très enrichissant et une manière de recueillir les impressions de personnels divers (du brancardier au chirurgien). J'ai également passé une journée dans le bloc opératoire dans le cadre d'un de mes dossiers, en plus des visites en compagnie de directeurs.

Enfin, j'ai pu récupérer des données brutes, comme les taux d'activité ou d'occupation des blocs, des données sur les effectifs passés et présents et les commandes de matériel stérile et non stérile ainsi que plusieurs tableaux de références de matériel. Il me paraissait important de les confronter aux impressions des acteurs recueillis lors des entretiens et d'étayer ma réflexion.

## **1 Réussites et difficultés de mise en œuvre d'un bloc commun rencontrées lors de son ouverture :**

Selon le chef de projet de la thématique blocs opératoires à l'AP-HP, le nouveau bloc commun Gabriel-Meyniel représente à la fois un changement de culture dû au changement d'organisation et un changement de structure avec l'ouverture du bloc. Ce changement de structure a permis une remise à plat des organisations ; le bloc commun supposait également l'appropriation d'un outil de travail partagé entre plusieurs disciplines et l'adoption de règles communes. Cette opinion est partagée par la cadre supérieure de bloc qui précise qu'un bloc commun est un endroit neutre, un plateau pluridisciplinaire avec un mode de fonctionnement beaucoup plus indépendant qu'un bloc mono-disciplinaire géré par un service. Bien que l'organisation au sein d'un service pouvait déjà être transversale, elle le devient d'autant plus, en passant de l'échelle d'un service à cinq disciplines. Le bloc opératoire peut alors devenir prioritaire dans la prise de décision, c'est au service de s'adapter au bloc commun et non l'inverse, y compris dans l'organisation du personnel.

Au départ, somme de plusieurs blocs spécialisés (ou multidisciplinaire pour le bloc Gabriel), le bloc commun Gabriel-Meyniel a ouvert en septembre 2012 et regroupe cinq spécialités. Le groupe de travail sur l'ouverture du bloc commun a développé une stratégie ambitieuse (1.1), cependant, la mise en œuvre quotidienne montre que des organisations et la gestion des ressources peuvent encore être améliorées (1.2).

Ces changements structurels et organisationnels ont lieu dans un contexte de forte activité, qui caractérise les blocs opératoires de TNN. Le taux d'ouverture moyen<sup>8</sup> en 2011 est de 73%, soit le meilleur du GH. Le Temps Réel d'Occupation de la Salle sur le Temps de Vacation Offert (TROS/TVO) est de 77% et le taux de débordement de 4% sur l'ensemble des blocs, sachant que la cible ANAP est d'être inférieur à 5%. Le taux d'interventions non programmées est de 19,3%, soit très supérieur à la cible de 10% fixée par le groupe Siège sur la thématique prioritaire<sup>9</sup> et celui d'interventions non exploitables de 6,4%, supérieur à la cible de 5% fixée en 2012 par le groupe Siège sur la thématique prioritaire<sup>10</sup>. En avril 2012, juste avant l'ouverture du bloc commun, le taux d'ouverture est de 78,20%, néanmoins inférieur à la cible fixée par le Siège à 81%. Le taux d'occupation est de 78,87%, supérieur à la cible fixée par le Siège à 77,6% mais inférieur à la cible de

---

<sup>8</sup> Cf. ANNEXE IX pour les définitions des ratios utilisés au bloc opératoire.

<sup>9</sup> AP-HP, 2012, *Vers des blocs plus sûrs et plus performants, recommandations élaborées par le groupe « optimiser l'organisation des blocs opératoires » - projets prioritaires pour l'AP-HP – 2012*, p 12

<sup>10</sup> AP-HP, 2012, *Vers des blocs plus sûrs et plus performants*, op.cit., p 10.

85% fixée par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). En 2012, 5153 interventions ont été réalisées dans les blocs de TNN, 868 interventions ont été réalisées en ambulatoire, soit 16,8% du total des interventions.

## **1.1 Une stratégie ambitieuse pour les blocs opératoires :**

### **1.1.1 Structures médicales, coordination et gouvernance des blocs opératoires du groupe hospitalier :**

La totalité des blocs opératoires du groupe hospitalier a été regroupée et isolée avec le plateau d'endoscopies de TNN au sein du Comité Exécutif Local (CEL), et placée sous l'autorité de la direction du GH. La chirurgie gynécologique de TNN et la chirurgie ambulatoire de SAT appartiennent également à cette structure, mais sont encore rattachées à leurs services et non à la structure hors pôle des blocs opératoires. La présentation de cette entité en Comité de Direction (CODIR) en juin 2012 prévoyait une évolution vers une structure polaire avec une première conférence stratégique des blocs en septembre 2012. Lors du premier comité stratégique des blocs opératoires le 16 mai 2012, qui succède au Comité de Pilotage (COPI) « Projet d'efficience des blocs opératoires de HUEP » créé en mai 2011, le président de la Commission Médicale d'Etablissement Locale (CMEL) spécifie que l'identification officielle d'un pôle pour les blocs revêt un intérêt majeur et essentiel tant pour les personnels, les activités partagées que pour l'harmonisation et la gestion. En terme d'affichage, les blocs forment une cohérence de pôle médico-technique avec une activité, des recettes et des enjeux communs de qualité et de sécurité tels que précisés dans la certification à travers la Pratique Exigible Prioritaire (PEP) spécifique. Le directeur du GH répond lors de ce comité qu'il veut attendre les résultats de la réflexion qui a lieu au niveau de l'AP-HP. Il indique que c'est sans aucun doute un outil de pilotage qui permettra d'asseoir une démarche de management.

Les intérêts d'une mise en commun sont multiples. Une structure unique permet d'avoir une vision globale de l'activité et des ressources, et donc une visibilité à plus long terme, d'engager la réflexion sur le dimensionnement des surfaces, des équipes et des spécialités à un niveau macroéconomique, déclenche une harmonisation des procédures, permet un regard transversal et des expertises croisées entre équipes. De plus, la mise en commun vise à une amélioration des relations dans les interfaces blocs/stérilisation et blocs/pharmacie –magasins des Dispositifs Médicaux (DM) avec les suivis d'indicateurs tels « le nombre de non-conformités » ou la traçabilité des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI), une relance de projets sur la qualité du codage, en lien avec le Département de l'Information Médicale (DIM) ou du paramétrage des outils informatiques

tels que les logiciels CRWeb (pour les comptes-rendus) ou IPOP. Enfin, elle offre une meilleure visibilité des blocs opératoires pour l'extérieur et peut permettre une plus grande attractivité des personnels pour les blocs opératoires.

Des réunions du comité stratégique sont programmées une fois par trimestre avec un ordre du jour portant sur l'activité des blocs, le suivi du développement de l'ambulatoire, le suivi et l'évaluation du codage des actes, la préparation de la certification et une thématique particulière et/ou saisonnière (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), investissements, plan de formation, suivi annuel de l'utilisation des vacances). Le comité stratégique des blocs du GH a cependant été rapidement réorienté dans la perspective de la visite de certification HAS de juin 2013.

La mise en place du GH a conduit à la création d'un conseil du bloc du GH avec comme objectif une entité bloc indépendante des services cliniques et médico-techniques. Le médecin coordonnateur est un anesthésiste chef de service du site de SAT, assisté du chef de service urologie de TNN. Il est nommé pour quatre ans par le directeur du GH, sur proposition du président de la CMEL, parmi les présidents de conseils de blocs des sites. Il est responsable du bon fonctionnement des conseils de blocs des sites et représente le GH dans la cellule bloc au niveau central de l'AP-HP<sup>11</sup>. Une cadre administrative a été nommée en mai 2011 afin d'assurer le suivi des activités et de l'EPRD de cette structure « hors pôle ». Un directeur délégué a également été nommé, il s'agit de la directrice des soins du site d'Armand Trousseau-La Roche Guyon (TRS-LRG). Enfin, le conseil de bloc GH se compose également des trois responsables des conseils de bloc du GH (SAT, TNN, TRS). « Une structure de gouvernance commune des blocs opératoires regroupant l'ensemble des sites du GH a été constituée début 2012, sur proposition du directeur du GH et du président de la CMEL. Son organisation répond aux recommandations du groupe « optimiser l'organisation des blocs opératoires », au titre des projets prioritaires 2012 pour l'AP-HP. La mission de cette structure commune de bloc opératoire est la mise à disposition pour l'activité chirurgicale de plateaux techniques adaptés aux projets médicaux, efficaces et sûrs. »<sup>12</sup>. Le projet s'articule autour de deux volets. Le premier concerne la gouvernance des blocs incluant la gestion des ressources humaines et matérielles, la mise en place de procédures de bonnes pratiques et le suivi de la démarche de certification. Le second volet concerne l'adéquation des moyens mis à disposition avec les projets médicaux respectifs. La structure architecturale des blocs du groupe hospitalier se compose de quatre blocs opératoires sur le site Armand Trousseau (TRS), trois sur SAT et quatre sur TNN avant le regroupement Gabriel-Meyniel. Les

---

<sup>11</sup> AP-HP, 2012, *Vers des blocs plus sûrs et plus performants, recommandations élaborées par le groupe « optimiser l'organisation des blocs opératoires » - projets prioritaires pour l'AP-HP – 2012*, p 5.

<sup>12</sup> Extrait du projet médical « hors pôle bloc opératoire » de mai 2012.

dépenses globales des Titres 1, 2 et 3 (données 2011) se montent à 24,12M€ pour l'ensemble des blocs opératoires du GH. Les dépenses de personnel non médical représentent 7,01M€ en permanent, 0,282M€ en remplacement et 0,280M€ en heures supplémentaires. En 2011, on recense 9 170 interventions programmées, 1 972 urgences de jour et 429 interventions au titre de la Permanence des Soins en Etablissement de Santé (PDSES) soit un total de 11 571 interventions sur l'ensemble des blocs et une augmentation de 2% par rapport à 2010. Le conseil de bloc du GH s'appuie sur les conseils de bloc opératoire de chaque site et assure la coordination et le suivi de leurs actions. La gouvernance supra GH des blocs opératoires par le conseil de bloc GH a pour objectifs l'harmonisation des pratiques et des modalités de gouvernance locale, la préparation des modalités de contractualisation interpôles et la définition et validation des grandes lignes régissant les vacations opératoires par spécialités.

Mis en place conformément à la circulaire n°DH/FH/2000/264 du 19 mai 2000, le rôle du conseil de bloc d'un site est d'élaborer des règles de fonctionnement relatives à l'organisation du plateau technique, à la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, aux conditions de travail des personnels et aux conditions d'exercice des praticiens opérateurs et anesthésistes<sup>13</sup>.

Lors du premier comité stratégique des blocs opératoires le 16 mai 2012, le président de la Commission Médicale d'Etablissement Local a précisé les rôles des conseils de blocs « locaux » et leur lien avec le comité. Les conseils de bloc locaux assurent la cohérence et le pilotage sur chacun des sites dont le lissage de l'utilisation prévisionnelle des blocs par spécialité et l'ouverture et la fermeture de salles. Au niveau du comité sont abordées les réflexions de politique et stratégie de fonctionnement – l'activité ambulatoire, l'activité d'urgence et de PDSES, le fonctionnement avec les Salles de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI). Les réunions du conseil de bloc de TNN sont mensuelles avec un ordre du jour et un compte-rendu.

Une présentation schématique des structures organisationnelles et de leur rôle est en ANNEXE X.

En parallèle, la mission des consultants GE organise des comités de pilotage réguliers auxquels sont conviés les acteurs du bloc et la direction de TNN et du GH pour avancer sur la thématique prioritaire « optimisation de l'organisation des blocs opératoires et développement de la chirurgie ambulatoire ».

---

<sup>13</sup>MeaH, septembre 2006, *Recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées dans des blocs opératoires*, p 59.

La structuration du bloc opératoire passe par l'organisation et la répartition des vacations opératoires. L'ingénieur en organisation du site a été chargé de réaliser ce travail. Il est parti des temps constatés d'opération dans le logiciel IPOP, a ajouté le temps de remise en conditions des salles, une marge et les a convertis en vacation. Le président du conseil de bloc a décidé de mettre la plus petite marge de manœuvre pour les vacations d'urologie (son propre service), ce qui fut un élément clef dans la négociation avec les différents chirurgiens. Par ce biais, il montrait aux autres chefs de services qu'il faisait lui-même des efforts et concessions. C'est en effet le président du conseil de bloc qui a porté les réformes auprès du personnel médical. Il s'agissait, selon lui, d'un long et difficile travail de concertation en raison du lien puissant entre un chef de service et son accès au bloc opératoire. Un chirurgien définit son activité par le nombre et le type d'interventions qu'il effectue, par conséquent, son accès au bloc opératoire est une question primordiale. De plus, un bloc mono-disciplinaire s'adapte à l'activité du service, et donc aux exigences des chirurgiens qui le considèrent comme leur territoire, comme indiqué précédemment. Il en résulte que l'ouverture d'un bloc commun remet en cause ce lien en imposant des plages par spécialité. Trois mois de négociations furent nécessaires pour aboutir à un planning initial de vacations. Le président du conseil de bloc a convoqué chaque chef de service dans son bureau, en présence du directeur du groupe hospitalier, afin de signer solennellement le planning des vacations. Le président du conseil de bloc précise que les vacations mises en place ne sont pas figées et changeront en fonction du développement des activités<sup>14</sup>.

Le bloc commun Gabriel-Meyniel, est, comme son nom l'indique, sur deux bâtiments. Par conséquent, la répartition des salles ne peut cantonner une discipline chirurgicale à une salle précise car les salles opératoires du nouveau bâtiment Meyniel sont plus modernes que celles du bâtiment Gabriel. Une certaine équité a donc été prise en compte, d'où un mélange des spécialités dans les différentes salles et une contrainte supplémentaire dans la répartition des vacations. De plus, pour des raisons de coût, seules deux salles opératoires ont été plombées afin d'éviter les radiations des amplificateurs de brillance. Nous verrons que cette décision est remise en cause après une année de fonctionnement.

La cadre supérieure de bloc est chargée à son arrivée à l'été 2012 de se saisir du dossier certification. Les auto-évaluations du quatrième trimestre 2011 et de mai 2012 avaient conduit à coter les blocs de TNN en C, à 53% avec une moyenne de 47,5% sur le GH. Parallèlement, une lettre du 16 juillet 2012 du comité stratégique des blocs du GH faisait le bilan de l'évaluation réalisée au sein du GH sur l'utilisation de la check-list (CL) au bloc opératoire. Elle apparaissait insuffisamment réalisée, souvent mal formalisée et de

---

<sup>14</sup> Répartition des vacations en mars 2013 en ANNEXE XI.

grandes disparités existaient entre les blocs opératoires et entre les activités chirurgicales au sein d'un même bloc. La check-list (CL) de la Haute autorité de santé (HAS) –nommée « sécurité du patient au bloc opératoire » - est adaptée de celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et contient 22 critères répartis en 10 items de sécurité, de la vérification de l'identité du patient à sa prise en charge post-opératoire. Elle est obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Son implantation est évaluée dans le cadre de la procédure de certification V2010<sup>15</sup>. C'est un des points prioritaires listé par le groupe de pilotage du Siège sur les blocs opératoires et il figure dans les recommandations du groupe de travail<sup>16</sup>. Le comité stratégique demandait dans la lettre de juillet 2012 de communiquer au sein des bureaux de pôles et de désigner un référent chargé de l'information sur la CL et du suivi de son application dans chaque spécialité chirurgicale. Ce référent sera en contact avec le conseil de bloc de chaque site afin de suivre cet indicateur. Par ailleurs, la mise en place du registre des maintenances techniques et biomédicales était un des objectifs fixés à TNN par le groupe de travail du GH sur la certification.

La check-list est un élément important de la certification HAS. Or, la « CL n'est pas toujours utilisée de manière optimale. L'efficacité repose autant sur son contenu que sur la manière de l'utiliser. En effet, la vérification de chaque item est nécessaire pour acter des éléments incontournables de sécurité dans le but d'imposer un arrêt de la procédure et la prise de décision concertée en cas de non-conformité. De plus les modalités de vérification des items, par voie orale et croisée, ainsi que le déroulement de la vérification des items en trois étapes : avant l'induction anesthésique, avant l'intervention, après l'intervention chirurgicale, doivent être respectés. La CL permet la vérification et le partage de l'information entre le chirurgien, l'anesthésiste, les infirmiers, les infirmiers de bloc opératoire et les infirmiers anesthésistes. Son efficacité repose sur la standardisation et la formalisation de la communication entre les différents membres de l'équipe. »<sup>17</sup>. La CL « sécurité du patient au bloc opératoire » figure en ANNEXE XII.

Il en résulte que les sujets qualité étaient nombreux à l'ouverture du bloc Gabriel-Meyniel. Un travail important semblait nécessaire au regard des constats en perspective de la visite de certification de juin 2013.

---

<sup>15</sup>Propos introductif dans AUDO N., TRIADOU P. (dir), 2012, *une démarche d'amélioration de l'utilisation de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »*, op.cit., p 4.

<sup>16</sup> AP-HP, 2012, *Vers des blocs plus sûrs et plus performants*, op.cit., p 8.

<sup>17</sup>AUDO N., TRIADOU P. (dir), 2012, *une démarche d'amélioration de l'utilisation de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »*, Mémoire Master professionnel sciences technologies santé, mention santé publique, spécialité sécurité sanitaire et qualité des soins, Université Paris VII Descartes, service de formation continue, p 40.

Lors de l'ouverture du bloc Gabriel-Meyniel, les relations avec la stérilisation centrale du site ont dû être redéfinies. La cadre supérieure de bloc et la responsable de la stérilisation ont trouvé un accord concernant la responsabilité du circuit du matériel entre le bloc opératoire et la stérilisation. La charge en incombe à la stérilisation après un pré-traitement par le bloc et des membres de l'équipe du bloc ont été déployés en renfort. Le fait que les deux équipes étaient alors en sous-effectif a créé quelques tensions avant qu'un accord ne soit trouvé.

Afin de travailler sur la gestion du matériel manquant, la cadre supérieure de bloc a mis en place une infirmière d'interface en septembre 2012 au sein du bloc opératoire. Son rôle est de passer dans les salles opératoires tous les matins afin de lister le matériel manquant et de commencer à préparer les chariots de matériel pour les interventions du lendemain. Elle essaye de régler les problèmes en première intention et, en cas d'échec, elle fait appel à la cadre de bloc chargée du matériel. L'infirmière d'interface fait également le lien entre le bloc opératoire et la stérilisation afin de lister le matériel urgent devant revenir de la stérilisation pour les opérations du lendemain. La cadre supérieure de bloc a mis en place à cet effet un cahier de suivi de la stérilisation, qui comprend les boîtes parties en stérilisation et liste le matériel manquant dans chaque boîte ainsi que le matériel abîmé. Le rôle d'interface ne peut être occupé par un personnel non médical passé par une seule spécialité car sa connaissance des matériels doit être sur toutes les disciplines. Son bureau permet de voir les patients arriver dans le bloc et est partagé avec le binôme de régulation.

### **1.1.2 La nécessité d'une forte présence de l'encadrement médical et paramédical :**

Une structure aussi complexe qu'un bloc commun nécessite un encadrement tant médical et paramédical performant.

L'encadrement médical s'appuie sur le président du conseil de bloc, nommé pour quatre ans par le directeur du GH sur proposition du président de la CMEL<sup>18</sup>. Le chef du service d'urologie l'a exercé pendant trois ans et confie que c'est un vrai métier, chronophage, qui s'ajoute aux autres fonctions de tout professionnel de santé. Le responsable médical des blocs a les missions suivantes :

- Garantir la qualité des soins et la prise en charge des patients,
- Organiser, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement des blocs, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement des blocs,

---

<sup>18</sup> AP-HP, 2012, *Vers des blocs opératoires plus sûrs et plus performants*, p 4.

- Organiser le comité stratégique des blocs,
- Coordonner et arbitrer le conseil de bloc,
- Assurer le pilotage médico-économique des blocs dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens délégués aux blocs,
- Elaborer et proposer les actions à mettre en œuvre dans le cadre de son domaine de responsabilité,
- Faire appliquer les règles de fonctionnement internes au bloc opératoire, définies dans la charte de bloc,
- Etre force de proposition pour des projets d'amélioration<sup>19</sup>.

Au-delà de ces missions, le président du conseil de bloc a mené les négociations sur la répartition des vacances, qui a structuré le nouveau bloc commun.

Faisant suite à deux cadres supérieures de bloc restées 18 mois chacune, une cadre supérieure de bloc fut recrutée le 2 juillet 2012. Elle prenait son premier poste en tant que cadre supérieure, avec une très bonne expérience des blocs opératoires par sa formation initiale d'Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat (IBODE), puis la mise en place et l'encadrement du bloc de chirurgie ambulatoire d'un établissement de l'AP-HP durant dix ans. Son expérience a été reconnue au niveau du Siège car elle a fait partie du groupe projet institutionnel en 2011 sur la chirurgie ambulatoire. Ce groupe projet a réalisé le document parcours patient ambulatoire (DPPA), qui commence à être déployé sur TNN à partir de l'été 2013. Après un mois d'observation et un mois de vacances, sa feuille de route est validée par le directeur du GH début septembre 2012. Elle décide de se focaliser sur les aspects d'organisation, de compétences et sur l'encadrement, avec le soutien de la direction de site et des soins du site, qui suivent régulièrement son travail. Son positionnement en tant que cadre supérieure de santé n'est pas forcément bien compris par les personnels du bloc, médicaux et non médicaux. Les chirurgiens en particulier confondent ce rôle avec celui de cadre de proximité, qui est davantage dans les salles opératoires, gérant les problèmes au quotidien. Elle envisage son rôle dans la construction de la stratégie globale de développement du bloc et appréhende son fonctionnement à une échelle macroéconomique.

Avant l'ouverture du bloc Gabriel-Meyniel et l'arrivée de la cadre supérieure de bloc, plusieurs cadres de bloc ont été choisis pour différentes missions.

Selon un document émanant de la direction des soins, la cadre de bloc opératoire, issue d'un autre site du GH, est chargée par la direction des soins de la supervision de l'ensemble des blocs, de l'état des lieux et plan d'action sur le bloc Gabriel et du recrutement. Le cadre préparateur en pharmacie est chargé de l'état des lieux du matériel

---

<sup>19</sup> Source : fiche de poste de responsable médical des blocs du site Armand Trousseau

et des équipements, en lien avec les cadres du bloc, des commandes et de la logistique du bloc. La faisant-fonction (FF) de cadre IBODE s'occupe de l'organisation de la continuité de fonctionnement du bloc Gabriel, de la gestion des équipes, du planning et de la formation. La cadre IBODE est chargée de l'organisation de la continuité de fonctionnement des blocs Le Lorier et Delessert, de la gestion des équipes, du planning et de la formation. Une cadre supérieure, le cadre Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE) chargé de la salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI) et la cadre en charge de l'ambulatoire participent à la permanence de régulation du bloc Gabriel. Enfin, la cadre de bloc opératoire et la cadre supérieure sont missionnées pour la préparation de l'ouverture des blocs de Meyniel. Certaines missions entrent dans le champ de compétences de la cadre supérieure de bloc arrivée en juillet 2012, notamment celles confiées à la première cadre de bloc, ce qui peut entraîner des tensions et nécessite une mise au point.

Comme indiqué précédemment, tous les blocs opératoires ont été séparés des services dans les structures de gestion du GH courant 2011 et rattachés à une nouvelle structure, dite de « hors pôle bloc ». Le GH a recruté une cadre administrative en mai 2011 afin d'avoir un pilotage en termes de contrôle de gestion. Aucun cadre paramédical ne fut nommé, comme c'est habituellement le cas, afin de constituer un trio de pôle composé du CAP, du CPP et d'un chef de pôle. La mission initiale de la cadre administrative de ce « hors pôle bloc » (ou CAP pour cadre administrative de pôle) est la production, l'analyse et le partage des tableaux de bord. Elle est également chargée du suivi de l'activité des blocs opératoires, en lien avec les chefs de blocs et du suivi des indicateurs de performance et des dépenses en Dispositifs Médicaux (DM), DMI et consommables. Elle assume, de ce fait, une partie des missions dévolues à la « cellule de supervision du bloc »<sup>20</sup>, elle fournit au conseil de bloc des indicateurs comme les taux de débordement et taux d'occupation des salles ainsi que la répartition réelle des vacances par spécialité. Par ailleurs, elle répond à des demandes particulières émanant d'autres CAP, de chirurgiens ou de la direction. Son rôle de cadre administrative d'un hors pôle est complexe car les blocs constituent une entité très disparate et où les services de soins sont consommateurs d'une dépense dont ils n'ont pas conscience.

La stratégie ambitieuse élaborée dans la préparation de l'ouverture du bloc commun Gabriel-Meyniel se déploie progressivement. Sa mise en place montre que certaines organisations sont à améliorer et que la gestion des ressources peut encore être optimisée.

---

<sup>20</sup>MeaH, septembre 2006, *Recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées dans des blocs opératoires*, p 61.

## 1.2 Des organisations et une gestion des ressources à fluidifier :

### 1.2.1 Les circuits logistiques et l'organisation spatiale du bloc :

Conçu comme modèle de bloc commun associant chirurgies traditionnelle et ambulatoire, le bloc opératoire Gabriel-Meyniel pâtit d'une organisation spatiale longiligne qui complexifie les missions dévolues à la logistique. Il s'agit d'un seul bloc de treize salles opératoires, le long d'un couloir de desserte de 50 mètres<sup>21</sup>. Selon le chef du service d'urologie, le bloc commun permet de passer progressivement du tout conventionnel à une plus grande partie des opérations en ambulatoire. Il permet également de mutualiser les équipements et les personnels.

L'hôpital TNN connaît une mauvaise réputation dans la gestion de son matériel en 2012. Les IBODE font état de DMS ou DMI manquants, cassés ou introuvables dans les réserves au sein des blocs opératoires avant le regroupement, notamment dans le bloc Gabriel. C'est pourquoi des membres du Département de la Politique Logistique (DPL) du Siège de l'AP-HP ont été missionnés sur le bloc opératoire Gabriel. Il s'agissait de maîtriser les dépenses des Dispositifs Médicaux (DM), DMS et DMI. Cette mission s'inscrivait dans le cadre du projet logistique du GH 2011-2015<sup>22</sup>. Elle avait permis de mettre en exergue des matériels coûteux servant à des spécialités ayant déménagé, des DMS ou DMI périmés faute d'avoir été rangés et un sur-stockage dû à la multiplication des réserves intermédiaires. Par ailleurs, la traçabilité des boîtes et des instruments lors de leur départ à la stérilisation n'était pas optimale. Selon la norme ISO 8402, la traçabilité se définit comme « l'aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'un produit ou d'un processus de délivrance d'un service au moyen d'identifications enregistrées »<sup>23</sup>. Elle est indispensable dans la gestion des boîtes de stérilisation et des instruments dans un souci de sécurité sanitaire.

Cette dernière prend en effet toute son ampleur dans un bloc opératoire. Il faut une adéquation optimale entre la production (l'activité opératoire) et les moyens disponibles dont notamment les dispositifs médicaux (DM) stériles, à usage unique ou restérilisables<sup>24</sup>. La gestion des DM, leur préparation et leur dispensation relèvent des missions de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI), conformément à la loi. Le pharmacien

---

<sup>21</sup> L'organisation des circuits patients en ANNEXE VI permet de visualiser le bloc opératoire.

<sup>22</sup> Direction des Achats et Prestations Logistiques (DAPL), 2011, *Projet logistique 2011-2015*, p 24.

<sup>23</sup> D'après CONGE Elisabeth, avril-juin 2010, « Le cadre réglementaire de la traçabilité au bloc opératoire », *Interbloc*, Tome XXIX, n°2, p 103.

<sup>24</sup> ADVENIER-IAKOVLEV E., TESMOINGT C., MONNOT V., DUCHAUSSOY A., CHENAILLER C., MARIANI, A-M., ROUX F-X, PAUBEL P., 2010, « Elaboration d'un outil d'évaluation du circuit des dispositifs médicaux stériles dans un bloc opératoire de neuro-chirurgie », *Hygiènes*, volume XVIII, n°2, p 121.

doit participer à la sécurisation de ce circuit<sup>25</sup>, mais ne peut s'appuyer que sur peu de textes réglementaires. Les bonnes pratiques hospitalières et sa ligne particulière numéro 1 traitent seulement de la préparation des DM restérilisables<sup>26</sup>. Deux autres textes réglementaires<sup>27</sup> fixent les règles particulières de matériovigilance exercées sur les DMI et concourent à la sécurité sanitaire par la mise en place d'une traçabilité. Il est obligatoire de tracer les DMI depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009<sup>28</sup>. Enfin, le décret relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations incite à la sécurisation du circuit des médicaments et des DM<sup>29</sup>.

Le déménagement du matériel dans le nouveau bloc était l'opportunité de repartir de zéro dans l'organisation des réserves et la gestion du matériel. Cependant, le déménagement semble s'être fait sans véritable tri préalable. Par conséquent, les matériels inutilisés, voire inutilisables car périmés, ont simplement changé de réserve. Pourtant, les missions de la cadre administrative du « hors pôle bloc » comprennent un suivi des dépenses en DM, DMI et consommables et une analyse des commandes de matériel et le cadre chargé des commandes a justement été mis en place mi-2011 ou début 2012 pour connaître les besoins des opérateurs et commander en fonction de l'activité. Il n'en demeure pas moins que les réserves du bloc Gabriel-Meyniel sont multiples et comprennent des DMS et DMI non utilisés au quotidien dans les proportions commandées. La réputation de mauvaise gestion du matériel a, par conséquent, perduré malgré l'installation dans le nouveau bloc commun.

A la décharge des cadres chargés de la gestion du matériel, la conception même du bloc opératoire n'est pas optimale pour une bonne gestion des réserves. L'arsenal stérile se trouve en effet à une extrémité du bloc, dans la partie neuve (bâtiment Meyniel). Les IBODE en salle opératoire doivent donc parcourir ce long couloir pour aller chercher un matériel manquant en urgence, d'où la multiplication de réserves intermédiaires. De plus, les magasins logistiques de TNN sont dans des locaux sous-dimensionnés, ce qui implique de fréquentes demandes d'approvisionnement auprès des fournisseurs. Les services cliniques et médico-techniques le savent, et, en prévision d'une éventuelle

---

<sup>25</sup> Loi n°92-1279 du 8 décembre 1992 relative à la pharmacie et au médicament et décret n°2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé publique.

<sup>26</sup> Arrêté du 22 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière. Ligne directrice particulière n°1 : préparation des dispositifs médicaux stériles.

<sup>27</sup> Décret n°2006-1497 du 29 novembre 2006 fixant les règles particulières de la matériovigilance exercée sur certains DM et modifiant le code de la santé publique et arrêté du 26 janvier 2007 relatif aux règles particulières de la matériovigilance exercée sur certains DM, pris en application de l'article L.5212-3 du code de la santé publique.

<sup>28</sup> Décret n°2006-1497 du 29 novembre 2006, op. cité.

<sup>29</sup> Décret n°2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L.5212-3 du code de la santé publique.

rupture d'approvisionnement, stockent. Le bloc opératoire n'échappe pas à cette logique et des cartons de matériel se retrouvent dans un des bureaux de cadre, sorte de « réserve sauvage ». Dans l'arrêté du 7 janvier 1993, relatif aux caractéristiques du secteur opératoire, l'article 3 énumère les fonctions qui sont obligatoirement assurées dans le secteur opératoire : le 6° point précise : « La préparation et la distribution des produits, médicaments et matériels nécessaires à la réalisation des fonctions précitées, de même que le stockage indispensable à leur disponibilité immédiate » font partie de ces obligations. D'où l'importance d'une gestion afin d'éviter une rupture de stocks<sup>30</sup>. La direction des achats et prestations logistiques est consciente de la vétusté des locaux et en cherche d'autres afin d'améliorer les conditions de fonctionnement des magasins sur TNN. Le sur-stock, dû à une crainte de rupture de stock, entraîne à la fois l'immobilisation d'une quantité de produits non utilisés (stock mort), un risque de péremption accru et une occupation d'une place trop importante, une désorganisation de la réserve et une immobilisation du budget qui n'autorise pas d'autres achats<sup>31</sup>, ce qui apparaît inacceptable en ces temps de restriction budgétaire et recherche de l'optimisation des dépenses.

Concernant le stockage des Déchets Assimilables à des Ordures Ménagères (DAOM) et Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI), les locaux à déchets n'étaient pas prévus dans les étages du bâtiment Meyniel dans le plan originel. En effet, l'architecte a considéré que tous les services de soins allaient descendre au rez-de-chaussée mettre la totalité de leurs déchets dans un grand local commun. Le bloc opératoire se retrouve avec un seul local à déchets, qui est rapidement saturé, au vu de l'activité des treize salles opératoires et de la salle de radiologie interventionnelle. En réponse à cette difficulté, la Direction des Achats et Prestations Logistiques (DAPL) a mis en place un calendrier de ramassage régulier. Les services logistiques vident le local à déchets quatre fois par jour.

### **1.2.2 Un recrutement du personnel soignant indispensable, mais complexe :**

Une grève du personnel fin 2010 et un préavis de grève en 2011 sont la conséquence de revendications sur des effectifs soignants jugés trop faibles, en particulier les IBODE et

---

<sup>30</sup>DECLOEDT-RUDA C., HEMICI F. (dir), 2000, *Bloc opératoire et gestion des stocks*, Mémoire de maîtrise de sciences et techniques des organisations sanitaires et sociales option gestion hospitalière, GH PSL : institut d'enseignement supérieur des cadres hospitaliers, p 47.

<sup>31</sup>DECLOEDT-RUDA C., HEMICI F. (dir), 2000, *Bloc opératoire et gestion des stocks*, Mémoire de maîtrise de sciences et techniques des organisations sanitaires et sociales option gestion hospitalière, GH PSL : institut d'enseignement supérieur des cadres hospitaliers, p 80.

IDE dans les blocs opératoires. Le nombre d'infirmier/IBODE par salle en 2010 était de 2,8 en moyenne sur l'AP-HP, avec un écart-type entre 1,5 et 3,6. A TNN, le nombre d'IBODE est de 32,4 Equivalents Temps Pleins (ETP), avec 2,3 IBODE par salle, soit inférieur à la moyenne AP-HP (2,8). Le nombre d'actes par IBODE était de 784 (moyenne AP-HP de 528) et les ICR<sup>32</sup>/IBODE de 113 004, soit le deuxième plus élevé, pour une moyenne AP-HP de 80 677. Sur l'ensemble de l'AP-HP en septembre 2011, 53% d'IDE font fonction d'IBODE au bloc opératoire et il existe 22 postes vacants, soit plus de 4% du Tableau Prévisionnel des Emplois et des Ressources (TPER). Il en résulte une augmentation des heures supplémentaires et des dépenses d'intérim (+10,3%) sur l'ensemble de l'AP-HP au premier semestre 2011 par rapport à la dépense 2010. Les données 2011 font état de 44 Equivalents temps pleins rémunérés (ETPR) sur l'ensemble des blocs de TNN pour la totalité des Aide-Soignant (AS), Agent des Services Hospitaliers (ASH), l'encadrement, les IDE, les IBODE et les adjoints administratifs. Selon un entretien, le taux d'IBODE titulaires par rapport au nombre total d'IBODE et d'IDE n'est plus que de 10-15%, ce qui implique une certaine « déprofessionnalisation » du bloc opératoire. Le GH fait donc appel à l'intérim pour compenser, en attendant de recruter. En janvier 2013, le taux d'intérim chez les IBODE était de 34%, ce qui correspond à 12,5 ETP et est noté comme un facteur de désorganisation par le COPIL performance des blocs et de la chirurgie ambulatoire de TNN. En effet, l'acte opératoire est multidisciplinaire et repose sur une synergie, et non, uniquement sur une somme de savoirs et compétences<sup>33</sup>. C'est pourquoi, il est important de fidéliser les personnels et d'instaurer un climat de confiance entre les professionnels. Ce climat ne peut se construire avec un fort turn-over. Par conséquent, les recrutements de personnels, si possible formés au bloc opératoire, apparaissent comme une priorité à l'ouverture du nouveau bloc.

En vue de l'ouverture du bloc Gabriel-Meyniel, un recalcul des effectifs a été réalisé par l'ingénieur en organisation, selon les ratios de personnel fournis par le Siège. Ils ont été calculés sur la base d'une journée de travail de 9 heures. L'organisation qui en découle implique une fermeture de la moitié des salles opératoires pendant une heure à cause de la pause déjeuner. En effet, la pause réglementaire étant de 30 minutes, la moitié des salles s'arrête pour que la première moitié de l'effectif aille déjeuner et remplace ensuite la deuxième moitié de l'effectif partant déjeuner à son tour. Selon un entretien, les horaires des Personnels Non Médicaux (PNM) sont très variés, tous les agents commencent à des horaires différents avec des temps de travail disparates, ce qui rend difficile l'optimisation des effectifs par rapport à l'activité des salles opératoires.

---

<sup>32</sup> Indice de Coût Relatif.

<sup>33</sup> SHARSHAR S., ALAME A., GAUDELET D., décembre 2007, « Le bloc opératoire, laboratoire de la nouvelle gouvernance hospitalière », *Interbloc*, Tome XXVI, n°4, p 257.

Le calcul effectué sur les effectifs a conduit le GH à vouloir mettre en place une dynamique de recrutement. Or, les IBODE sont une ressource rare sur l'AP-HP et plus particulièrement sur le GH. Les changements dans l'encadrement et la réorganisation des blocs opératoires ont eu pour conséquence des départs d'IBODE expérimentés.

A l'AP-HP, l'école d'IBODE a une capacité d'accueil de 60 élèves par an. La formation dure 18 mois, d'octobre de l'année n à avril de l'année n+2. Chaque année, en moyenne 50 étudiants intègrent effectivement l'école, soit une dizaine en deçà du quota. 70% d'entre eux proviennent de l'AP-HP et sont pris en charge en promotion professionnelle<sup>34</sup>. Le volume de candidats en charge reste généralement toujours inférieur à la prévision et donc au besoin.

Tableau des élèves IBODE pris en charge au titre de la promotion professionnelle au sein de l'AP-HP.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de prises en charge prévues au budget	50	50	45	45	40	35
Nombre d'élèves financés	32	36	36	30	25	26
Nombre de financements non utilisés	18	14	9	15	15	9

*Source : Commission Médicale d'Etablissement du 5 juillet 2011 et DRH de l'AP-HP pour les données 2012 et 2013. Le nombre d'élèves financés en 2013 peut varier d'un ou deux par rapport aux reports.*

Le manque d'attractivité pour ce métier a des causes multiples. Parmi celles-ci, peuvent être avancés la durée de la formation, le lieu d'exercice du métier, la rémunération et, surtout, la possibilité d'exercer en tant qu'IDE faisant fonction, qui présente l'avantage de préserver les possibilités d'activité professionnelle dans d'autres spécialités médicales que la chirurgie de bloc.

A cela s'ajoute le contexte particulier du GH. Les blocs opératoires de TNN souffrent d'une mauvaise réputation. La réputation provient en partie d'une mauvaise image sur une gestion des matériels inadéquate et en partie des ratios d'IBODE parmi les plus faibles de l'AP-HP ce qui implique une forte charge de travail des agents en poste. Un

<sup>34</sup> Commission Médicale d'Etablissement du 5 juillet 2011.

cercle vicieux s'est installé depuis quelques années. La mauvaise réputation entraîne un recrutement insuffisant en termes d'effectifs, ce qui implique une forte charge de travail par agent due à un faible ratio de personnel, ce qui, à son tour, alimente la mauvaise réputation.

La direction et l'encadrement comptaient sur la nouvelle organisation du bloc commun pour régler le problème du matériel. Cependant, le nouveau bloc regroupant cinq disciplines et la multidisciplinarité demandée peut rendre les candidats au métier d'IBODE réticents. Maîtriser cinq disciplines demande beaucoup de temps et d'investissement personnel. Dans cette optique, le président du conseil de bloc a décidé qu'il serait demandé à chaque IBODE de ne maîtriser qu'un des deux blocs de disciplines qu'il définit, à savoir « gynécologie-urologie-digestif » ou « thoracique-oto-rhino-laryngologie (ORL) ». L'organisation du bloc par métier a permis de réduire le sentiment d'insécurité des IBODE, qui n'ont plus à connaître toutes les disciplines, au risque de ne pas les maîtriser entièrement. Ce schéma institutionnalise la fin d'un modèle ancien où un IBODE est attaché à un chirurgien et ne travaille que lorsque le chirurgien est au bloc. La mutualisation des personnels est à l'œuvre au sein du bloc Gabriel-Meyniel. Les chirurgiens ont demandé l'existence d'infirmiers référents sur chaque spécialité. Afin de mutualiser les équipes, les IDE et IBODE sont bi-référents, in extenso référents sur deux spécialités, à part les IDE et IBODE nouvellement recrutés, qui sont généralement placés sur une seule spécialité.

Les ressources en personnel paramédical (IDE et IBODE) ont également été réorganisées dès l'ouverture du bloc en septembre 2012. La cadre supérieure de bloc met en place un binôme de régulation PM/PNM avec un médecin anesthésiste tournant et une IDE ou une IBODE. Elle avait défini les missions, compétences et connaissances de la régulation et le profil retenu fut celui d'une IBODE. La mesure fut contestée au départ, au motif que cette IBODE n'était donc plus dans les salles opératoires, alors que cette ressource humaine est rare au bloc. Après un an de fonctionnement, cette IBODE alterne avec une IDE ayant de l'expérience en ambulatoire, possédant par conséquent une polyvalence dans les disciplines. La régulation a en charge le programme opératoire quotidien et gère les descentes de patients des services via le brancardage, les annulations de programme, le passage en SSPI et la remontée des patients dans leur service lors d'une hospitalisation conventionnelle. Le binôme a également une expertise sur le positionnement des patients sur la table opératoire et le matériel nécessaire à chaque intervention. L'anesthésiste a autorité pour insérer les urgences dans le programme et éviter un taux de débordement trop important en fin de journée. En effet, si un patient ne peut être endormi pour cause d'horaire de travail dépassé, le chirurgien ne

peut passer outre cette décision. Le mécanisme de régulation correspond au mécanisme de supervision décrit dans le recueil de bonnes pratiques au bloc opératoire<sup>35</sup>. Confier la régulation à un binôme médical-paramédical offre une plus grande légitimité pour changer le programme opératoire du jour en fonction des événements. En effet, un régulateur paramédical seul aurait eu davantage de difficultés à imposer ces changements au personnel médical (chirurgiens et anesthésistes). Le bureau de régulation a changé d'emplacement au sein du bloc opératoire depuis sa mise en œuvre. La nouvelle localisation permet aux régulateurs de voir les patients arriver dans le bloc, ce qui améliore son fonctionnement. En effet, à l'image d'un « contrôleur aérien, cette fonction nécessite une vision large du déroulement des opérations. »<sup>36</sup>. La personne chargée de l'interface avec la stérilisation partage ce bureau. Cependant, le bureau de la cadre supérieure de bloc n'est pas adjacent, comme préconisé par BOUGEARD et SFEZ. Le chirurgien ORL souligne qu'il est nécessaire de laisser des marges de manœuvre aux personnels, les chirurgiens peuvent trouver eux-mêmes des compromis avec les médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) et les IADE de leur salle le jour de l'intervention.

GE constate en juillet 2013 que l'infirmier régulateur est davantage centré sur ses tâches et moins « pollué » par les tâches annexes. Tous les soirs, la régulation appelle les services pour savoir si le premier patient du programme du lendemain est rentré dans l'établissement et savoir où il est couché afin de préparer le premier brancardage. Cependant, cet agent a parfois des difficultés à localiser l'unité du premier patient du lendemain pour organiser le brancardage, selon le constat fait par GE. Le rôle de régulateur est primordial dans l'organisation du programme opératoire d'un bloc commun, davantage éloigné des services cliniques qu'un bloc mono-disciplinaire, et par là-même, disposant de moins de souplesse dans son fonctionnement quotidien.

En mai 2012, le bâtiment Meyniel ouvre ses portes avec des vagues de déménagements successives. Le bloc opératoire commence son activité en septembre 2012, fort du travail accompli en amont sur la stratégie globale, les aspects de gouvernance, l'organisation pratique du bloc et le personnel médical et non médical. Ce travail ne s'arrête pas à l'inauguration du bloc et a continué dans un souci d'optimisation du bloc opératoire.

---

<sup>35</sup> MeaH, septembre 2006, *Recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées dans des blocs opératoires*, p 42.

<sup>36</sup> BOUGEARD C., SFEZ M., 2005, « Relations structure-activité : l'architecture au service de l'organisation, de la qualité et de la sécurité », *Risques et qualité*, volume II, n°2, p 99.

## **2 Avancées et perspectives pour un fonctionnement optimisé du bloc commun :**

En un an de fonctionnement, les équipes du bloc opératoire et la direction ont travaillé ensemble sur l'amélioration de nombreux points, tant du côté des ressources humaines (2.1) que de l'organisation et des secteurs logistiques (2.2). Des projets restent à mettre en place à compter de fin 2013 et des enseignements sont à tirer pour les autres blocs opératoires du GH sur la réorganisation d'un bloc.

Le travail accompli a permis une amélioration des indicateurs d'activité du bloc opératoire. En effet, en avril 2013, le taux d'ouverture des blocs opératoires de TNN est de 81%, taux le plus élevé de l'AP-HP, dont la moyenne est de 65% environ. Ce taux est supérieur à celui observé en 2012 avant l'ouverture du bloc commun. Le taux d'utilisation est de 78,6%, parmi les quatre plus élevés de l'AP-HP et supérieur à la moyenne AP-HP qui est d'environ 76%. Les taux d'ouverture et d'utilisation montrent une bonne optimisation des plages opératoires avec un taux de débordement de 3,4%, mais ils restent inférieurs aux cibles fixées par l'ANAP. Le taux d'interventions non exploitables est de 2,5%, soit inférieur à la cible de 5% fixée par le groupe Siège sur la thématique prioritaire<sup>37</sup> et 793 reports d'intervention sur 4247 patients ont eu lieu. L'urologie représente 33% des opérations, suivie par la gynécologie, qui représente 26%. Viennent ensuite l'ORL (15%), la chirurgie thoracique et vasculaire (11%), la chirurgie digestive et viscérale (11%), cathéter douleur (3%) et la stomatologie (1%). Par rapport au premier semestre 2012, l'activité d'urologie a augmenté de 6,89% et celle de chirurgie digestive et viscérale de 4,31%. Les autres activités ont diminué. Au total, la variation est négative à -3,45% entre le premier semestre 2012 et le premier semestre 2013. En 2013, 5109 interventions ont été réalisées dans les blocs de TNN, soit une diminution de 1% par rapport à 2012. Le nombre d'interventions réalisées en ambulatoire a augmenté de 5% et représente 17,9% des interventions. Entre les premiers trimestres 2012 et 2013, la durée calculée d'intervention TROS a augmenté de 8%. Le nombre d'interventions hors ouverture diminue de 10%, de 492 à 485 opérations. Dans les 13 salles de Gabriel-Meyniel, 2 541 interventions ont été réalisées au deuxième trimestre 2013 (avril-juin), avec 2,8% d'interventions non exploitables. Le taux d'interventions non programmées est de 7,3%. Le temps non utilisé représente 21,5% du temps, soit légèrement supérieur à la cible de 20% fixée par le groupe Siège sur la thématique prioritaire<sup>38</sup>. Ces derniers indicateurs de performance montrent que des possibilités d'amélioration demeurent, malgré des changements en termes d'encadrement et de composition de l'équipe paramédicale.

<sup>37</sup> AP-HP, 2012, *Vers des blocs plus sûrs et plus performants*, op.cit., p 10.

<sup>38</sup> AP-HP, 2012, *Vers des blocs plus sûrs et plus performants*, op.cit., p 12.

## **2.1 Les nouvelles orientations de la politique organisationnelle :**

### **2.1.1 Malgré de nombreux changements, la politique managériale du bloc commun reste perfectible :**

Le chef du service d'urologie de TNN décide de laisser sa place en tant que président du conseil de bloc début 2013.

Le changement de présidence est officialisé lors du séminaire de bloc organisé le 29 mars 2013. Le nouveau président du conseil de bloc, chirurgien ORL, salue le travail de son prédécesseur à cette occasion. Les deux praticiens soulignent la qualité de la transition. L'ancien et le nouveau présidents étaient présents lors de la visite du bloc Gabriel-Meyniel par les experts-visiteurs de la HAS début juin 2013 afin de répondre aux questions et assurer une continuité de l'information. Le nouveau président envisage son rôle sous deux aspects différents. D'une part, celui de président du conseil de bloc avec un pilotage à moyen et long terme du bloc opératoire, et, d'autre part, le rôle de chef de bloc, de régulateur médical au quotidien, dans un rôle exécutif. Ce rôle, selon lui, doit être dévolu à un chirurgien. Un exemple du rôle de chef de bloc est d'aller demander aux chefs de service de veiller à ce que tous les opérateurs respectent le planning et notamment les horaires. En effet, un retard pénalise tout le circuit patient. Son rôle est d'expliquer aux chirurgiens que le bloc opératoire est une somme de concessions, et lui seul peut le faire, de son point de vue. Il comprendrait davantage les contraintes des chirurgiens que la cadre supérieure de bloc. Il qualifie son travail de gestion des egos de chacun. Cette interprétation du rôle de chef de bloc est en contradiction avec le recueil publié par la MeaH en 2006<sup>39</sup>. En effet, selon ce guide de bonnes pratiques, le chef de bloc encadre l'ensemble du personnel NON médical du bloc et, dans la majorité des cas observés, il s'agit du cadre infirmier de bloc opératoire. Il est « responsable de la définition, de la coordination et du contrôle de l'ensemble des activités de soins au niveau du plateau technique opératoire. Il est garant de la qualité, de la coordination et de l'harmonisation des soins prodigués sur l'ensemble du plateau technique tant au niveau technique que relationnel. » Il est également responsable des plannings de l'équipe paramédicale, rôle assuré depuis l'ouverture de Meyniel par une des cadres de santé du bloc opératoire à TNN. La notion de chef de bloc est également « réservée » à un cadre de santé IBODE selon les recommandations du groupe de travail AP-HP sur les blocs opératoires<sup>40</sup>. Il est chargé de manager l'équipe d'encadrement IBODE et d'ajuster les organisations et les ressources en personnel paramédical et personnel non médical<sup>41</sup>.

---

<sup>39</sup>MeaH, septembre 2006, *Recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées dans des blocs opératoires*, p 60.

<sup>40</sup> AP-HP, 2012, *Vers des blocs opératoires plus sûrs et plus performants*, p 4.

<sup>41</sup> AP-HP, 2012, *Vers des blocs opératoires plus sûrs et plus performants*, p 6.

La lecture des comptes-rendus de conseils de bloc récents permet de se rendre compte du faible taux de présence des opérateurs<sup>42</sup> (chirurgiens). En effet, en dehors du président, seuls deux ou trois chefs de services sont présents. Une corrélation existe peut-être entre ce taux de présence et le nombre de décisions prises en conseil de bloc, qui sont également peu importantes. Une interrogation demeure sur le sens de la causalité, si la corrélation est avérée. Le fait de ne pas décider en conseil de bloc peut désintéresser les chirurgiens, qui ne se déplacent plus. A l'inverse, l'absentéisme en conseil de bloc peut empêcher toute prise de décision.

Les relations entre le président du conseil de bloc et la cadre supérieure de bloc ont évolué, notamment depuis le changement de président en 2013. Néanmoins, au sein du bloc opératoire, il est important d'avoir un exercice de l'autorité par une entité unique, ou par des agents parlant d'une même voix, sans quoi des conflits d'autorité peuvent se faire jour traduisant des objectifs contradictoires. Lors des entretiens, deux points de vue me furent donnés, qui laissent à penser que l'autorité est, pour une partie, toujours séparée entre responsable du PM et responsable du PNM, et, pour l'autre interviewé, que l'autorité est unique à la fois sur le PM et le PNM. L'enjeu concernait surtout l'autorité « hiérarchique » sur le PNM, y compris sur son personnel d'encadrement. Sans dialogue entre les deux parties sur ce point spécifique, l'exercice de l'autorité reste dual. Le COPIL performance des blocs opératoires et de la chirurgie ambulatoire de TNN, auquel participe GE, précise que le binôme formé par le coordonnateur médical et le cadre supérieure de bloc est au cœur de la gouvernance des blocs. A l'image du binôme directeur du GH-président de la CMEL, son bon fonctionnement est garant de celui des blocs opératoires et d'un climat social serein.

Cette hésitation entre la relation hiérarchique et le partenariat se ressent également dans les rapports entre le personnel médical et la cadre supérieure de bloc. Alors que l'encadrement non médical peut se considérer dans une ligne hiérarchique différente du personnel médical, certains chirurgiens peuvent se focaliser sur l'ancienne fonction des cadres (IBODE ou IADE par exemple) et agir comme détenteur « légitime » de l'autorité fondée sur le lien hiérarchique entre un chirurgien et son IBODE. L'activité hospitalière s'est construite à partir du modèle des professions, in extenso de la compétence et de la qualification. Cependant, elles doivent tenir compte de politiques publiques ayant une logique différente des logiques professionnelles. Les hospitaliers auront à coopérer et ne seront plus jugés à l'aune de leur qualification, mais des résultats obtenus. Ainsi, la

---

<sup>42</sup> Idée tirée de LEVALLOIS DESHORMIERE N., ROBLES G., avril 2006, « Organisation et gestion d'un bloc opératoire », *Gestions hospitalières*, p 263.

hiérarchie des professions basée sur le savoir académique en est bousculée<sup>43</sup>. Le bloc opératoire de TNN n'échappe pas à ce changement de paradigme. Les relations entre le personnel médical et la cadre supérieure de bloc ont évolué. Le nouveau management public implique une relation d'égalité entre ces deux catégories de professionnels et non une relation hiérarchique comme par le passé. Ce changement peut impliquer certaines frictions et mises au point, afin de se régler dans l'intérêt des patients. A cela s'ajoute le positionnement stratégique et non plus dans le fonctionnement quotidien du bloc de la cadre supérieure. Certains chirurgiens peuvent mal comprendre ce positionnement et confondre cadre supérieure et cadre de proximité.

Le positionnement des trois cadres de santé au bloc opératoire (hors cadre de chirurgie ambulatoire) a été revu par la cadre supérieure de bloc. Il se présente selon les modalités suivantes :

- un cadre chargé des ressources humaines, des plannings, des formations et des compétences.

- un cadre chargé du matériel.

- un cadre chargé des commandes, en particulier de la traçabilité des DMI et des endoscopes souples.

La cadre supérieure de bloc précise que ce positionnement est identique à celui mis en place à son arrivée. Néanmoins, un document interne de la direction des soins laisse entendre que le rôle dévolu au cadre chargé du matériel était plus important avant son arrivée. Cet élément a pu jouer dans les relations entre les deux agents. Malgré la réorganisation de l'encadrement mise en œuvre par la cadre supérieure à son arrivée, la définition des rôles de chacun ne semble pas encore suffisamment claire, en particulier en ce qui concerne la gestion du matériel. Ainsi, GE demande à définir précisément les rôles de chaque cadre et agent sur la gestion du matériel lors du COPIL sur la thématique prioritaire du Siège du 20 septembre 2013.

La faisant fonction de cadre dédiée aux ressources humaines est partie à l'école de cadres en septembre 2013. Elle a été remplacée à cette date par une autre cadre, sur les mêmes missions.

La préparation de la certification avait énormément mobilisé les cadres, notamment la cadre supérieure de bloc. Depuis septembre 2013, l'encadrement peut à nouveau se focaliser sur son rôle premier qui est l'encadrement des équipes paramédicales du bloc opératoire. Selon le nouveau président du conseil de bloc, les équipes non médicales ont

---

<sup>43</sup> SCHWEYER F-X., décembre 2007, « Hôpital, les métiers en réforme », *Interbloc*, Tome XXVI, n°4, p 262.

peut-être été un peu « délaissées » durant la préparation de la certification. Les bureaux des cadres sont à l'entrée du bloc, mais dans la zone non stérile ce qui accentue cette impression, car les cadres peuvent être présents dans le bloc, mais non visibles dans le couloir desservant les salles opératoires.

Dans l'optique de la visite de certification de juin 2013 et dans un souci de management d'équipe et de transmissions d'informations, la cadre supérieure de bloc a mis en place dès novembre 2012 une réunion bi-mensuelle avec toute l'équipe non médicale (IDE, IBODE, AS, brancardier...). Elle a lieu le mercredi matin entre 7h et 8h30, avec une libération des AS à 8h pour la préparation des salles. Cette réforme fut contestée à sa mise en place par des chirurgiens, au motif que cela retardait l'horaire de la première incision en théorie à 8h30, soit un report de trente minutes par rapport au démarrage du programme. Face à cette réaction, la réunion est passée au lundi matin depuis le mois septembre 2013, journée où les incisions commencent toujours avec retard. De plus, il était prévu que la périodicité devienne mensuelle après la certification, soit septembre 2013. La nouvelle organisation est trop récente en octobre 2013 pour en tirer un bilan.

Le vendredi 29 mars 2013 fut une journée banalisée sur l'ensemble du bloc opératoire Gabriel-Meyniel pour la tenue d'un séminaire. Seules les urgences furent prises en charge ce jour-là. Il s'agissait d'instaurer ou de restaurer un dialogue entre tous les acteurs. Six thèmes avaient été retenus que sont les ressources humaines, l'hygiène et la sécurité au bloc, la CL et les événements indésirables (EI), la programmation, la régulation et, en dernier lieu, le matériel. Ce séminaire fut qualifié de « réussi » par les organisateurs, la direction et les cadres de bloc. La participation fut importante avec plus de 80 personnes de tout grade en cette veille du week-end de Pâques, qui se sont exprimées en toute franchise au sein des ateliers. A cet égard, le séminaire de bloc a rempli le rôle de la « commission des utilisateurs du bloc »<sup>44</sup>. En effet, ce séminaire a permis de « valider les règles de fonctionnement du bloc opératoire qui s'imposent à tous les acteurs ». Le séminaire devait permettre de jeter les bases d'une nouvelle charte de bloc. Les réflexions ont abouti à des degrés divers.

Dans l'atelier ressources humaines, après un sondage rapide, l'ambiance apparaît comme ce qui plaît le plus dans le bloc opératoire, tant entre collègues qu'entre catégories de personnel. La technologie disponible et l'enrichissement mutuel sont cités en deuxième. Les IADE mettent en avant les possibilités de formation. Trois plans d'actions ont été écrits par ce groupe de travail. Le premier porte sur la fidélisation des personnels et figure en ANNEXE XIII. Sur chaque sujet –reconnaissance, respect des

---

<sup>44</sup>MeaH, septembre 2006, *Recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées dans des blocs opératoires*, p 58.

engagements, réflexions sur le temps de travail, etc - des actions et un porteur de projet ont été identifiés, avec un état d'avancement et, si possible, une date butoir. Le deuxième aborde la question de l'attractivité, notamment via une prime mensuelle. La proposition d'assouplir les horaires de travail n'a pas été validée, étant donné que le travail inverse a été fait entre 2012 et 2013 (ANNEXE XIV). Le troisième propose des actions concernant la formation, avec un focus sur le métier d'IBODE et les liens avec la stérilisation (ANNEXE XV).

Le deuxième atelier sur l'hygiène et la sécurité s'est focalisé sur les tenues, le nettoyage des salles et les déchets. Un consensus n'a pas été trouvé sur la présence de smartphones, livres et revues professionnelles dans les salles opératoires. Un rappel a été fait sur les tenues au bloc opératoire et particulièrement dans les salles d'intervention. Elles doivent obligatoirement être en non tissé, avec possibilité d'un tee-shirt propre en dessous, les casaques en tissu sont à proscrire. Le principe de couleurs de pyjama différentes entre le bloc et les unités a été validé afin de réguler les passages des personnels et de différencier les personnels des blocs de ceux des services de soins. Le COFIL du 20 septembre 2013 a fait état de sorties des blocs en tenue, ce qui peut porter atteinte aux normes d'hygiène au sein du bloc opératoire. Ce point n'a donc pas été amélioré en cinq mois.

L'atelier « CL et EI » a rappelé les rôles de chacun et les règles de bonne conduite, tout en insistant sur le rôle du Comité de Retour d'Expérience (CREX) des EI (ANNEXE XVI).

L'atelier programmation, quant à lui, a repris le processus cible, depuis la prise de rendez-vous jusqu'au staff de lissage transversal dans l'objectif d'arrêter le programme de la semaine suivante (ANNEXE XVII). Le plan d'actions vise à améliorer la lisibilité du programme pour l'ensemble des acteurs, séparer les rôles entre les staffs cliniques de spécialités et le lissage et adapter la salle opératoire à la chirurgie réalisée. Il propose de former tout le personnel au logiciel IPOP, afin que celui-ci devienne le principal vecteur d'information (ANNEXE XVIII).

L'atelier régulation reprend le processus de lissage le jour de l'intervention, en mettant en exergue le rôle de la cellule de régulation mise en place par la cadre supérieure de bloc. Il identifie des problèmes et propose un plan d'action, notamment sur une identification d'un référent chirurgical et d'un référent médecin anesthésiste réanimateur (MAR) par spécialité et la mise en place d'une liste de patients non programmés par spécialité. L'appel la veille au soir au service pour confirmer le premier patient du lendemain est également institutionnalisé (ANNEXE XIX). Ce groupe de travail a identifié le goulet d'étranglement en SSPI, point qui est repris dans le COFIL du 20 septembre 2013. L'optimisation des plages opératoires d'un bloc commun suppose également une optimisation dans l'organisation des structures d'aval, particulièrement la SSPI.

Enfin, l'atelier matériel n'a pu aborder qu'une partie du processus de gestion du matériel réutilisé (boîtes et sous-sachets) passant par la stérilisation. Les dysfonctionnements relevés sont nombreux lors de la préparation du matériel et sa gestion le jour de l'intervention (ANNEXE XX). En guise d'exemple, les dates de péremption ne sont pas notées, les libellés des instruments ne sont pas harmonisés dans les réserves, lors de la stérilisation, le mélange des boîtes ne permet pas d'identifier les matériels manquants et une boîte peut être remise en circulation alors qu'une partie de son matériel est cassée et non remplacée.

Il semblerait que certains plans d'actions soient suivis dans le temps. La charte de bloc a été réactualisée et validée par le conseil de bloc du site. L'ensemble des circuits patient et logistiques, les fiches de traçabilité, les rôles et responsabilités de chaque professionnel figurent en annexe.

Le départ rapide du cadre IADE chargé de la SSPI pour l'école d'IADE en juin 2013 a également déstabilisé l'organisation. L'annonce a précédé son départ de deux jours et l'impression exprimée lors des entretiens est celle d'une précipitation et de dossiers laissés inachevés, notamment concernant les plannings des équipes. La cadre de réanimation assure l'intérim avant l'arrivée d'un cadre supérieur au 15 octobre 2013. Il manquera toujours cependant un cadre de proximité en octobre 2013 pour gérer cette équipe jugée « compétente » et travaillant de façon mutualisée depuis le regroupement des disciplines au sein du bloc commun Gabriel-Meyniel.

### **2.1.2 Une mise en œuvre ambitieuse de la politique logistique via l'organisation et la programmation du bloc opératoire :**

Le taux de débordement, pourtant inférieur à la cible fixée par l'ANAP, est considéré comme trop important pour les membres du conseil de bloc. En théorie, seules deux salles opératoires sur les treize sont censées déborder mais, en pratique, le taux de débordement est supérieur. Le logiciel IPOP, utilisé pour établir le programme opératoire, associe des durées types à chaque intervention. Le thésaurus des temps opératoires n'est pas pertinent, selon le conseil de bloc, qui a chargé en septembre 2013 l'ingénieur en organisation du site de les revoir en mobilisant les anesthésistes et les chirurgiens. Les anesthésistes sont intervenus sur les temps pré-opératoires et les chirurgiens sur les temps des opérations chirurgicales pour les adapter aux temps réels d'une induction et d'une intervention. Le travail sur le thésaurus correspond à un des points de vigilance indiqués par la Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitalier (MeaH) sur la mise en place d'une programmation opératoire. En effet, « les durées des interventions des

propositions de programme doivent être régulièrement comparées aux durées réelles pour éviter des programmes « trop ambitieux » qui sont a priori compatibles avec la durée de la vacation mais qui, a posteriori, engendrent systématiquement des débordements, lesquels entraînent une dégradation des conditions de travail (impact sur l'organisation de la vie privée des agents) et des surcoûts de fonctionnement (heures supplémentaires). »<sup>45</sup>

La volonté de la direction et des cadres est, qu'à l'avenir (fin 2013), les chirurgiens et les anesthésistes inscrivent la durée estimée de l'opération lorsqu'ils la programment. Charge ensuite aux secrétaires médicales de vérifier la cohérence avec les durées indiquées dans le thésaurus mis à jour. Ce travail permettra les comparaisons entre temps théorique et temps réel. Cependant, les chirurgiens notent que pour certaines disciplines, notamment l'ORL et le vasculaire, inscrire une durée n'est pas aisé car plusieurs opérations sont réalisées en même temps, ce qui conduit à sélectionner des parties de temps opératoire dans le logiciel. La cadre supérieure de bloc, forte de son expérience sur le logiciel spécifique utilisé à l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP) a demandé la mise en place d'une durée d'intervention par type et par opérateur. Il ne s'agit pas de pointer les chirurgiens, ni de les comparer, mais de pouvoir appeler le patient une demi-heure avant l'heure prévisionnelle d'intervention dans un souci de meilleure gestion des flux. Cette anticipation est un élément de gestion indispensable au sein d'un bloc aussi important et regroupant cinq disciplines différentes et localisées dans des services dissociés. Ce logiciel est uniquement déployé à l'HEGP, les autres hôpitaux de l'AP-HP utilisent le logiciel IPOP, qui permet seulement de distinguer un temps Junior et un temps Senior. Le temps Senior, plus court, permet aux opérateurs de programmer davantage d'interventions dans un temps donné. Lorsque le programme est chargé, il peut donc être choisi, quel que soit le chirurgien qui opérera, ce qui est un dévoiement du système.

Lors du COPIL du 20 septembre 2013, GE a recommandé l'établissement d'un palmarès par spécialité et/ou par opérateur des écarts entre durée programmée et durée réelle, qui serait présenté régulièrement en conseil de bloc. Il n'est pas sûr que les anesthésistes et chirurgiens y soient favorables. Chaque spécialité comprend ses spécificités, ce qui rend les comparaisons complexes, y compris au sein d'une même discipline chirurgicale.

En amont de la réunion de lissage du jeudi matin permettant de fixer le programme opératoire du bloc pour la semaine suivante, les membres du conseil de bloc ont émis la volonté de mettre en place une réunion de pré-lissage par spécialité. Cette réunion devrait permettre d'organiser et de figer la programmation opératoire de la discipline sur la semaine, afin d'harmoniser le nombre de malades opérés chaque jour. C'est une réunion

---

<sup>45</sup>MeaH, septembre 2006, *Recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées dans des blocs opératoires*, p 41.

organisationnelle à la discrétion de chaque spécialité chirurgicale théoriquement mise en place dans tous les services depuis la fin mars 2013. Les réunions de pré-lissage donnent l'opportunité à chaque spécialité d'évoquer les problèmes d'organisation qui peuvent se régler en interne, redonnant ainsi à la réunion de lissage son rôle de vue d'ensemble et d'organisation pratique. La mise en place au sein des services s'est faite plus ou moins rapidement. L'urologie a été le premier à mettre en œuvre cette recommandation en mars 2013. En avril, ce sont les services de gynécologie et de chirurgie thoracique qui ont choisi le mardi matin pour réaliser la leur. La chirurgie digestive génère peu de patients, mais de longues opérations. Dans un souci de transparence, le service prévient lorsque leur opération programmée ne prendra pas une salle d'opération pendant toute une journée. Quant au service d'ORL, il n'avait pas encore mis en place le pré-lissage en août 2013.

La réunion de lissage du jeudi matin se termine par le verrouillage de la programmation dans le logiciel IPOP pour les opérations de la semaine suivante. Le tableau opératoire est l'outil principal dans l'organisation du service. Les réunions de staff (ou lissage) permettent sa concrétisation et l'accord sur les points de technicité opératoire, de répartition des interventions entre les chirurgiens, de prévision des équipements, matériels et produits. Le constat fait en septembre 2013 par GE est que le staff permet en général de faire rentrer toutes les opérations programmées dans le programme opératoire, avec un arrangement entre les disciplines. Très souvent, le programme opératoire se retrouve modifié en fonction des urgences et impératifs médicaux<sup>46</sup>. LAFOND et al (2001) proposent que tous les changements de programme soient soumis à un responsable de la planification du bloc opératoire, à l'exception des urgences et des annulations motivées par des raisons médicales majeures si ce changement intervient dans un délai de 48 heures avant l'opération<sup>47</sup>. Il ne semble pas qu'un tel mécanisme existe dans le bloc Gabriel-Meyniel, malgré la présence du binôme de régulation. Des vacances opératoires sont prévues pour la prise en charge des urgences dans la salle 5.

Afin d'aider le travail du binôme chargé de la régulation, GENTIL (2012) propose de mettre en place un code couleur dans le programme opératoire informatisé afin de suivre en temps réel la trajectoire du patient<sup>48</sup> le jour de son opération. Chaque couleur pourrait être associée à une étape. Par exemple, le brancardage, l'induction, l'opération elle-

---

<sup>46</sup>DECLOEDT-RUDA C., HEMICI F. (dir), 2000, *Bloc opératoire et gestion des stocks*, Mémoire de maîtrise de sciences et techniques des organisations sanitaires et sociales option gestion hospitalière, GH PSL : institut d'enseignement supérieur des cadres hospitaliers, p 72.

<sup>47</sup> LAFOND N., LANDRY S., avril 2001, « Gérer plus efficacement les stocks du bloc opératoire à partir de la programmation des interventions chirurgicales », *Gestions hospitalières*, p 260.

<sup>48</sup> GENTIL S., septembre 2012, « Industrialisation des soins et gestion de l'aléa : le « travail d'articulation » au bloc opératoire, déterminants et obstacles », *Gérer et comprendre*, n°109, p 39.

même subdivisée en ouverture/opération/suture, le réveil et le retour dans le service pour la chirurgie conventionnelle, sont des étapes qui pourraient être envisagées. TNN peut s'appuyer sur l'expérience d'un des blocs de SAT, qui utilise une application informatique traçant le suivi du parcours patient en temps réel. Elle est partagée avec l'ensemble des professionnels du bloc et de l'unité.

La programmation passe, entre autres, par la répartition des vacances entre spécialités. Le travail accompli par l'ancien président du conseil de bloc nécessite des ajustements suite aux évolutions des opérateurs. Après un an de fonctionnement, la chirurgie ambulatoire semblait à l'étroit et le service d'urologie a exprimé le souhait de pouvoir développer la curithérapie prostatique, qui ne remplit pas toutes ses vacances pour l'instant. Lors du COPIL bloc avec les consultants du 20 septembre 2013, le nouveau président du conseil de bloc a envisagé de remplacer la vacation de curithérapie et celle de stomatologie par une vacation ambulatoire de plus.

Parallèlement, un scénario a été demandé à cette occasion à l'ingénieur en organisation pour envisager une organisation du personnel en 12h et des salles opératoires fonctionnant jusqu'à 18h. Cependant, un sondage en septembre 2013 auprès du PNM montre que seules deux personnes nouvellement recrutées seraient intéressées. De plus, un chirurgien plasticien en gynécologie doit arriver en novembre 2013 et a besoin de temps de bloc opératoire. Il amènera une nouvelle spécialité à TNN : la chirurgie reconstructrice et plastique. Une vacation dédiée à la prise en charge des urgences sera donnée au chirurgien plastique (un chef de clinique et un interne) en plus de la vacation de gynécologie qui leur était réservée. Enfin, le COPIL a été l'occasion de rappeler l'important travail à accomplir afin de diminuer le temps entre deux opérations.

### **2.1.3 Quel avenir pour la structure des blocs hors pôle ?**

La structuration des blocs opératoire du GH en « hors pôle bloc » est-elle pérenne ? Elle avait vocation à constituer un véritable pôle, à l'image d'autres établissements publics de santé de l'AP-HP (Saint Louis-Lariboisière par exemple) avant que cette idée ne soit laissée en suspens. En effet, depuis la première réunion du comité stratégique, la réflexion sur la structuration en pôle semble s'être arrêtée, le sujet n'ayant plus été abordé lors des comités stratégiques ou conseils de blocs GH et la structure reste en « hors pôle bloc » en octobre 2013. Pourtant, lors des entretiens, plusieurs acteurs ont fait état de leur scepticisme sur le « hors pôle bloc ». La structure pâtit à la fois d'un manque d'identification des agents en « pôle » étant donné que ce n'en est pas un, et de l'absence d'un trio de pôle constitué (pas de CPP) et reconnu au sein du GH. La cadre

administrative envisage plusieurs évolutions de son poste. Un professionnel de santé manipulateur radio, IBODE ou kinésithérapeute serait apte au pilotage du bloc, au motif qu'ils sont, par leurs professions, au carrefour de toutes les pathologies. Leur connaissance du bloc est, par conséquent, approfondie et ils sont amenés, en tant que cadre, à mettre en application les normes de contrôle de gestion. A l'image des autres CAP du GH, son rôle est de mutualiser les ressources, mais il est remis en cause par la grande diversité des blocs opératoires, ce qui ne permet pas une gestion globale des blocs. En effet, seule l'endoscopie digestive est commune à deux sites. La seule mixité et donc mutualisation envisageable concerne le brancardage et l'hygiène des locaux. Le GH pourrait envisager une nouvelle structure de gouvernance comprenant un CAP et des cadres supérieurs de blocs par site. Le contrôle de gestion (dépenses de matériel et ressources humaines) pourrait être tenu par la Direction des Finances et du Contrôle de Gestion (DFCG) ou la Direction des Ressources Humaines (DRH).

Transformer la structure en pôle pourrait rendre davantage visible la définition des missions stratégiques au niveau du GH. Les chirurgiens peuvent se considérer comme des utilisateurs du bloc, et non des acteurs de sa gouvernance, bien que le coordonnateur médical des blocs siège au Comité Exécutif, à l'image des chefs de pôle. Les anesthésistes et les chirurgiens n'ont aucun retour sur les dépenses qu'ils génèrent alors que les recettes sont rattachées aux services d'hospitalisation. Les pôles utilisateurs n'ont pas conscience de leurs dépenses. Pour tenter de rattacher les dépenses aux services et aux pôles utilisateurs, la cadre administrative a détourné un des systèmes d'information. Dans la case « n° besoin » au sein du logiciel de commande SAP où figure normalement le nom du cadre qui passe la commande de matériel, elle a demandé au cadre du bloc commun de TNN chargé des commandes d'y inscrire la discipline qui effectue la commande. Ainsi, elle peut connaître les dépenses qui relèvent de chaque discipline et ce qui relève du bloc commun (draperie...). Elle propose le nombre d'interventions comme possible clef de répartition des dépenses communes. A l'avenir, le contrôle de gestion pourra donc suivre et imputer les dépenses aux pôles s'il le désire.

Selon SHARSHAR (2007), un fonctionnement harmonieux du bloc opératoire nécessite des réunions régulières et apaisées entre tous les acteurs et corps de métiers<sup>49</sup>. Or, cette situation diffère à TNN malgré des améliorations. D'un côté, il existe une réunion des personnels non médicaux une fois par semaine, comme énoncé plus haut. D'un autre côté, le nouveau président du conseil de bloc mentionne des réunions entre chirurgiens, auquel il précise ne pas toujours se rendre. Une réunion liant PM et PNM n'a jamais été

---

<sup>49</sup> SHARSHAR S., ALAME A., GAUDELET D., décembre 2007, « Le bloc opératoire, laboratoire de la nouvelle gouvernance hospitalière », *Interbloc*, Tome XXVI, n°4, p 260.

évoquée dans les entretiens, ni mentionnée dans les documents internes. Pourtant, ce pourrait être un lieu d'échange utile au bon fonctionnement du bloc opératoire et à l'entente des équipes. GENTIL (2012)<sup>50</sup> appuie cet argument. Pour cet auteur, des moments de rencontre réguliers entre acteurs ayant des fonctions et venant de services différents doivent offrir aux personnels la possibilité d'échanger, de s'expliquer et de faire remonter les dysfonctionnements. Cet espace doit servir à discuter des problèmes rencontrés et élaborer collectivement des solutions afin d'améliorer dans le temps la capacité du collectif à gérer l'aléa via une démarche participative de proposition et une remontée des projets venant du terrain. Néanmoins, il ne doit pas être un prétexte à l'élimination de tous les temps d'échange possibles entre les acteurs du bloc. En effet, GENTIL (2012) constate que la planification ne prend pas en compte ces temps d'échange car elle obéit à des impératifs de vitesse et de débit. Les temps de rencontre entre acteurs n'y ont pas leur place car ils ne sont pas anticipables, donc programmables. En effet, les dialogues interviennent uniquement lorsque des aléas surviennent dans le programme opératoire. Lorsque des temps d'échange sont planifiés, il s'agit uniquement d'information descendante, selon les entretiens que l'auteur a menés. La « chasse au recoupement des tâches » met en péril des valeurs de solidarité, qui constituent le fondement du travail d'articulation entre acteurs du bloc opératoire. C'est pourquoi cet auteur préconise la mise en place d'un espace de passage obligatoire. Ce peut être, selon elle, le bureau de la régulation du bloc, comprenant également du matériel, afin que tous les acteurs aient une raison de passer dans cet espace. Elle soutient que l'activité dialogique est une composante essentielle du travail d'articulation et que la communication est un processus régulateur et non perturbateur, en cas d'occurrence d'un évènement. Si les dispositifs gestionnaires sont en partie habilitants, ils sont également contraignants puisqu'ils vont astreindre l'action. C'est un biais auquel les cadres du bloc de TNN, aussi bien médicaux que paramédicaux, devront prêter attention dans leur volonté de réguler toujours davantage afin d'optimiser le temps d'utilisation du bloc opératoire. La communication constitue un des principaux vecteurs de l'information, et l'instauration d'un dialogue est essentielle entre professionnels de bloc issus de professions et spécialités différentes afin d'apprendre à travailler ensemble dans l'optique d'une meilleure prise en charge du patient.

La cadre supérieure de bloc a prévu, en effet, de travailler avec la nouvelle cadre sur les nouveaux plannings. La réunion de lissage du jeudi permet d'arrêter le programme opératoire, et, par conséquent, de répartir les personnels non médicaux sur les vacances. La régulatrice n'a donc pas à accomplir cette tâche et peut se concentrer sur le

---

<sup>50</sup> GENTIL S., septembre 2012, « Industrialisation des soins et gestion de l'aléa : le « travail d'articulation » au bloc opératoire, déterminants et obstacles », *Gérer et comprendre*, n°109, p 41.

fonctionnement du bloc au quotidien. Si les effectifs sont réduits durant une journée, la cadre supérieure de bloc et la cadre chargée des ressources humaines ont la possibilité de s'en rendre compte en amont ce qui permet, par exemple, d'appeler les chirurgiens pour savoir s'ils ont vraiment besoin d'un instrumentiste au jour prévu ou si le type d'opération nécessite uniquement la présence d'un IBODE « circulant » hors du champ opératoire. A terme, la cadre supérieure de bloc aimerait réaliser ce travail de répartition des PNM avant la réunion de lissage du jeudi matin afin de réduire les demandes d'intérimaires et davantage se situer dans la prévision et non la gestion de l'urgence. La gestion des plannings est facilitée par le recours à des intérimaires, sous forme d'une équipe d'habitues qu'a réussi à constituer l'encadrement du bloc au fil des mois, comme nous le verrons plus loin.

Dans un souci de meilleure gestion du planning et notamment du début de programme, la cadre supérieure de bloc a demandé à fiabiliser le premier patient de la journée au moins la veille à 16 heures afin d'aider le travail de la régulatrice le jour de l'intervention. Lors de la réunion du COPIL de septembre 2013, il a été noté qu'un rappel de cette règle était à faire aux services cliniques. La directrice des soins de TNN a également mis en place un groupe de travail sur le circuit du patient à l'été 2013 avec les cadres d'hospitalisation.

Enfin, la cadre supérieure de bloc propose de suivre l'exhaustivité du codage des actes de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), le taux d'annulation à J0, le taux d'occupation et la CL (nombre de patients et qualité du remplissage des grilles) comme indicateurs clefs du bloc opératoire. Le COPIL de septembre 2013 a mis en exergue le taux d'annulation du bloc opératoire. La cadre administrative du « hors pôle bloc » se propose de vérifier dans IPOP si un échange de salle opératoire ou de jour d'opération entre deux patients est compté comme une annulation dans le logiciel. Les données font état de trois à quatre annulations par jour, ce qui paraît élevé. C'est pourquoi elle se propose de réaliser un pointage à la main sur une huitaine de jours dans le courant du mois d'octobre 2013. Elle suivra en cela la démarche de SCIARD et al (1996)<sup>51</sup>. Les auteurs avaient réalisé une analyse des causes d'annulation des interventions programmées en distinguant les annulations d'interventions des modifications (horaire déplacé dans la même journée). A contrario, les annulations regroupent toute annulation définitive ou tout report à une autre date, ultérieure ou antérieure. Ils avaient identifié des causes de type médical, non anticipables au niveau du bloc et des causes de type organisationnel, considérées comme anticipables ou réductibles. Les premières sont liées à la pathologie du patient, à l'urgence, la vacance

---

<sup>51</sup> SCIARD M., VOLEON F., MINVIELLE E., mai 1996, « Comment maîtriser l'aléa au bloc opératoire ? », *Gestions hospitalières*, p 386.

d'une place ou le fait qu'une place était réservée pour une urgence, mais n'a pas été utilisée. Les secondes trouvent leur origine en amont du bloc, du fait, par exemple, des caractéristiques sociales du patient qui ne sont en général pas saisies dans les logiciels ; au sein du bloc avec, entre autres, l'absence de personnel médical ou non médical et, enfin, en aval du bloc avec un manque de place en réanimation, ce qui a été identifié à TNN en septembre 2013.

## **2.2 Un accent mis sur l'optimisation des ressources :**

### **2.2.1 Un travail actif de recrutement paramédical :**

Le recrutement et la fidélisation de personnel non médical était une nécessité pour assurer un niveau d'activité important afin de rentabiliser et amortir le nouveau bâtiment sans augmenter fortement les dépenses d'intérim et dépasser la cible fixée chaque année par le Siège.

Le TPER des IBODE a été revu à la hausse, il est en octobre 2013 de 29 ETP. L'effectif réel était de 27,5 ETP en juillet 2013. Pour fonctionner correctement, le bloc opératoire et la stérilisation avaient besoin de sept intérimaires par jour en juillet 2013, ce qui montre que la politique de recrutement de 2012 n'a pas porté totalement ses fruits. Les consultants de GE ont insisté sur le besoin de recruter, en particulier des IBODE et militent pour l'augmentation du TPER de 29 à 33 ETP en septembre 2013. Ce point faisait partie de leur bilan présenté le 20 septembre 2013, en présence de la direction et des personnels d'encadrement du bloc ainsi que des référents du Siège sur la thématique prioritaire « optimisation de l'organisation des blocs opératoires et développement de la chirurgie ambulatoire ». Les bilans complets du travail des consultants sur le bloc opératoire et l'ambulatoire au sein de Gabriel-Meyniel sont en ANNEXE XXI.

La direction centrale des soins et activités paramédicales du Siège de l'AP-HP a organisé une journée d'échanges IBODE-IADE le 15 mars 2013. Elle avait pour objectif une mise en lumière de ces professionnels afin d'attirer et surtout de fidéliser ces personnels au sein de l'AP-HP. La pénurie d'IBODE est générale, mais touche particulièrement le GH, comme indiqué précédemment.

Le GH a mis en place une politique de communication active dont l'objectif est de recruter du personnel non médical, notamment les IBODE. La cadre supérieure de bloc a identifié les facteurs clefs de succès d'un recrutement d'IBODE. Selon elle, cette catégorie de professionnels recherche des horaires, des conditions de travail et un certain niveau de salaire. C'est pourquoi, elle a axé sa réflexion et ses efforts sur l'organisation de travail,

qui conditionne en grande partie les conditions de travail. Une organisation génératrice de dysfonctionnements ne permet pas de recruter, et surtout, de fidéliser les personnels. Elle souligne l'importance du travail collectif accompli dans ce but depuis son arrivée.

Le premier axe consistait à fidéliser les personnels en place et de créer un noyau fixe de personnel intérimaire. La directrice des soins du site et la cadre supérieure de bloc ont organisé une journée portes ouvertes à destination des agences d'intérim. Elle a permis d'échanger sur les attentes respectives des deux parties et sur les perspectives du bloc, les horaires de travail et la nouvelle organisation mise en place. Les intérimaires qui souhaitent réaliser des missions au sein du bloc Gabriel-Meyniel doivent maîtriser au moins trois des cinq spécialités pratiquées pour être acceptés. Les horaires de travail ont été revus. L'organisation de travail est toujours sur une base de neuf heures par jour, mais les horaires sont désormais identiques pour tous, titulaires et intérimaires depuis mi-octobre 2012. La cadre chargée plus spécifiquement des ressources humaines PNM craignait qu'un horaire fixe et identique pour tous tarisse la manne des intérimaires, indispensables pour faire tourner le bloc opératoire. Ce ne fut pas le cas. Le personnel n'arrive plus à l'ouverture des salles à 8 heures mais à 7 heures 30 et les salles sont ouvertes progressivement entre 7 heures 30 et 8 heures, pour une première incision à 9 heures après le contrôle des salles, l'introduction du matériel et l'accueil du patient. Cette nouvelle organisation peut contribuer à fluidifier les circulations de matériels et de patients au sein du bloc, et faciliter la prise en charge des patients par le brancardage central.

Le bilan en septembre 2013 est un travail régulier avec deux ou trois agences d'intérim et des intérimaires réguliers et connus des chirurgiens. Le nouveau président du conseil de bloc note que la fidélisation des intérimaires les amène à vanter le bloc opératoire à l'extérieur de telle façon que la réputation du bloc s'améliore petit à petit. Les intérimaires venant de province pour plusieurs jours ont une chambre disponible sur TNN. TNN s'est, en quelque sorte, aligné sur la concurrence des établissements privés en mettant à disposition deux chambres sous conditions. Cependant, la titularisation d'IDE et d'IBODE intérimaires est rendue difficile par la non reprise de l'ancienneté dans la profession. Des agents ayant dix ou quinze ans d'expérience en tant qu'intérimaire peuvent commencer leur carrière à des échelons très bas, ce qui se ressent dans la rémunération.

Le deuxième axe concerne le recrutement d'IDE faisant fonction d'infirmier de bloc et d'infirmiers de bloc diplômés d'Etat. Face à l'inquiétude de devoir maîtriser cinq disciplines très différentes, il a été convenu que les IDE et IBODE devraient, dans un premier temps, en connaître seulement deux.

La cadre supérieure de bloc souligne l'attractivité d'un bloc qui ne propose pas qu'une amplitude horaire en 9 heures, mais en 10 ou 12 heures. Sur les cinq personnes

recrutées, seules deux ont finalement opté pour les 12 heures, mais toutes ont eu le choix. Leurs horaires de travail respectent la nouvelle organisation mise en place par l'encadrement. Le fait d'avoir un bloc neuf est également un argument de recrutement non négligeable.

En 2012, le bloc opératoire a recruté quatre IDE espagnoles sans aucune expérience de bloc opératoire. En 2013, le bilan se solde à deux départs dans des établissements privés, sans doute à cause d'une promesse de rémunération plus élevée. En septembre 2013, quatre autres IDE espagnoles ont été recrutées à des dates différentes, la dernière arrivant le 1<sup>er</sup> octobre. Le recrutement de personnel étranger permet de lutter contre la pénurie de personnel non médical. Néanmoins, les IDE recrutées doivent être formées aux spécificités d'un bloc opératoire et au vocabulaire technique.

Le GH s'appuie également sur les sorties d'école d'IDE qui ont permis de recruter deux jeunes diplômés en septembre 2013. L'encadrement a beaucoup communiqué sur le bloc, notamment par l'intermédiaire d'un film vantant la profession d'IBODE sur le site de vidéos Youtube et réalisé par la direction de la communication du GH dans les blocs opératoires de TNN<sup>52</sup>. Une IDE sortant d'école, qui hésitait entre les urgences et le bloc de TNN a confié avoir pris la décision d'aller au bloc suite au visionnage du film.

Afin d'attirer des IBODE, le GH a mis en place une surprime semestrielle spécifique aux IBODE de 80 euros par mois. La décision fut prise lors du COPIL « Performance des blocs opératoires et de la chirurgie ambulatoire » de TNN du 27 février 2013. Le GH a également bénéficié du regroupement du service d'ORL de l'hôpital Bichat avec celui de la Pitié Salpêtrière impliquant un « surplus » d'infirmiers (IDE et IBODE), à qui une nouvelle organisation est proposée et qui peut ne pas leur convenir. Le bloc Gabriel-Meyniel a, par conséquent, réussi à embaucher trois IBODE au deuxième semestre 2013.

Le GH compte également sur ses ressources en interne et encourage la promotion professionnelle. Trois IDE travaillant au bloc opératoire sont parties en école d'IBODE en septembre 2012, pour une formation de 18 mois, soit une sortie prévue en avril 2014. La directrice des soins de TNN suit leur parcours et elle a le sentiment que ces élèves veulent revenir travailler dans le bloc Gabriel-Meyniel. Si TNN arrive à les recruter, la directrice des soins de TNN pense que le site aura inversé la tendance de « mauvaise réputation ». Une IDE est déjà revenue en tant qu'IBODE en mars 2013, suite à la politique de promotion professionnelle. Le bouche à oreille commence à fonctionner parmi le PNM et une IDE en disponibilité est revenue travailler au bloc opératoire grâce à cela.

---

<sup>52</sup> Vidéo disponible à l'adresse suivante (05/10/13) : <http://www.youtube.com/watch?v=Y8d7X-s9BuA>

L'ambiance au bloc opératoire entre les chirurgiens est considérée comme « assez bonne » par l'ancien président du conseil de bloc, qui souligne la logique d'entraide qui prédomine et l'enrichissement mutuel en observant les interventions d'autres spécialités. La cadre supérieure de bloc souligne cette qualité de relations entre les IBODE, IADE et AS lors de ses entretiens de recrutement. Elle insiste sur l'accessibilité des chirurgiens face aux questions des PNM et leur soutien aux projets des IBODE. De plus, ils souhaitent avoir davantage d'instrumentistes à leurs côtés lors des interventions et apprécient d'avoir un IDE ou IBODE référent de leur discipline avec qui travailler. L'ambiance au bloc opératoire a également été mentionnée comme point positif par les professionnels lors du séminaire. Cette qualité des relations se retrouve dans le soutien que les directions de site et du GH apportent au projet organisationnel. Un projet sans soutien a beaucoup moins de chances de se concrétiser. En cette période de réorganisation et de regroupements que traverse l'AP-HP, ce peut être un argument de poids auprès des personnels.

En septembre 2013, le travail collectif de communication autour du projet organisationnel a donc permis de recruter quatre IDE espagnoles, une IDE revenant de disponibilité, deux élèves IDE sortant de l'école et trois IBODE. Ce succès permet d'occuper tous les postes inscrits au TPER et de recréer une dynamique positive. Un effectif complet pourra peut-être favoriser l'augmentation des plages opératoires et l'ouverture des salles jusqu'à 18 heures, comme ce qui est préconisé par l'ANAP et le Siège. En effet, le temps conventionnel d'ouverture d'un bloc opératoire est de 50 heures par semaine, soit 10 heures par jour entre 8 heures et 18 heures du lundi au vendredi.

L'impact des recrutements sur l'intérim n'est pas encore visible en septembre 2013 car les agents recrutés doivent d'abord être formés pendant un mois sur une spécialité, sachant que les IDE et IBODE doivent maîtriser au moins deux spécialités pour la bonne marche du bloc opératoire. Il faut en moyenne quatre mois à une IDE pour être opérationnelle. GE préconise de mettre en place un travail de suivi mesurant le délai entre les dates d'arrivées des agents et leur date prévisionnelle de « mise en production » et de comparer ces données aux dépenses d'intérim. Selon la cadre supérieure de bloc, les résultats ne seront pas visibles avant décembre 2013, voire début 2014. Afin de former les personnels nouvellement recrutés aux spécificités d'un bloc opératoire, un IBODE intérimaire a été désigné pour remplir des missions d'enseignements depuis juin 2013 en tant que référent compétences. Le travail de définition du programme de formation et de titularisation de cet agent est en cours en octobre 2013. Cela montre également le succès de la politique mise en place envers les intérimaires, certains d'entre eux devenant ainsi référent pour les IBODE titulaires qui prennent leur fonction au sein du bloc commun.

## 2.2.2 Une nécessaire adéquation entre les organisations logistiques, le circuit du patient et l'activité du bloc :

Le brancardage a bénéficié d'une nouvelle organisation mise en place en mai 2013. Auparavant, les brancardiers du bloc allaient chercher les patients dans les services, se chargeaient du transport des patients dans le bloc (entre les salles d'intervention et la SSPI par exemple) et ramenaient les patients dans leur chambre une fois l'intervention terminée. L'équipe de brancardiers du bloc opératoire est désormais dédiée aux salles opératoires, le hors bloc étant assuré par le brancardage central. Le brancardage est un élément déterminant de l'efficacité du bloc car tout retard est préjudiciable au programme opératoire, qui serait décalé. L'organisation du brancardage doit, par conséquent, permettre d'acheminer le bon patient au bon moment en minimisant les temps d'attente, dans l'intérêt du patient<sup>53</sup>. Lors de sa mise en place, des difficultés sont apparues dans la plage horaire 12 heures - 14 heures mais le nouveau président du conseil de bloc constate une amélioration depuis juillet 2013. La nouvelle organisation semble fonctionner en octobre 2013, avec un seul problème sur la régulation du brancardage central en sortie de SSPI qui forme un « goulet d'étranglement ». Le brancardage central a amélioré les conditions de travail des AS du bloc opératoire. De plus, la cadre supérieure de bloc désirerait revoir les organisations de travail en lien avec les services afin d'éviter la prémédication systématique des patients. Ainsi, au lieu de descendre de leur service jusqu'au bloc en brancard, ce qui mobilise deux brancardiers, les patients non endormis pourraient descendre en chaise roulante avec un seul brancardier pour les conduire. Mis en place à partir du 23 septembre 2013, ce schéma d'organisation participe à l'optimisation des ressources humaines.

Après un an de fonctionnement, une problématique se fait jour sur l'utilisation des salles plombées. Seules deux salles sont plombées sur les treize du bloc opératoire, il s'agit des salles 9 et 10<sup>54</sup>, malgré les demandes du GH de plomber davantage de salles lors de la construction et l'appui de l'ancien président du conseil de bloc en ce sens. Or, les amplificateurs de brillance, qui ont une production radioactive, peuvent être utilisés dans toutes les salles. Ainsi, la radioactivité peut se diffuser dans les salles du bloc, sans que la protection des salles ne soit optimale. Des mesures d'ambiance en mSv/mois ont été relevées entre juillet 2012 et février 2013 et l'Autorité de Sécurité Nucléaire (ASN) a émis des remarques sur ce point, auxquelles le GH a répondu par une étude sur la réelle

---

<sup>53</sup>MeaH, septembre 2006, *Recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées dans des blocs opératoires*, p 53.

<sup>54</sup> Plans du bloc en annexes IV, V et VI.

utilisation des amplificateurs de brillance dans les salles. Plomber une salle revient à fermer une salle d'intervention donc implique une perte d'activité sans compter le coût des travaux estimé à 40 000 euros par salle. Les deux salles plombées étaient utilisées jusqu'en juillet 2013 majoritairement par les chirurgies thoracique et digestive. Les urologues pouvaient utiliser les amplificateurs de brillance dans une salle non plombée ce qui entraînait la diffusion de la radioactivité dans les salles attenantes. C'est pourquoi, le nouveau président du conseil de bloc a demandé à la chirurgie digestive de réaliser un échange de salle opératoire avec l'urologie à l'été 2013, pour limiter la propagation. Etant donné l'utilisation actuelle des amplificateurs de brillance, le conseil émis par le président du conseil de bloc est de radioprotéger deux salles supplémentaires (les salles 8 et 12), ce qui conduirait la salle 11 à être radioprotégée par les parois plombées des salles 10 et 12. Ainsi, le bloc commun aurait 5 salles radioprotégées pour 4 amplificateurs et permettrait de ne plus réaliser des utérosopies dans la salle 7, traditionnellement réservée à l'ORL.

Inscrite dans le projet logistique du GH 2011-2015, l'objectif de la mission du Département de la Politique Logistique du Siège de l'AP-HP (DPL) sur les blocs opératoires de TNN (bloc de gynécologie compris) était de «maîtriser le processus de gestion des commandes et des stocks en visualisant l'adéquation des produits commandés et l'activité opératoire, la fréquence des livraisons, la gestion des péremptions, de réduire la valeur immobilisée des stocks aux besoins réels et de garantir la sécurité des approvisionnements. »<sup>55</sup>. Ce travail a eu lieu au sein du bloc Gabriel-Meyniel entre mars et octobre 2013. A.RAMBAUX définit un stock comme «l'ensemble des marchandises ou articles accumulés dans l'attente d'une utilisation ultérieure plus ou moins proche, et qui permet d'alimenter les utilisateurs au fur et à mesure de leurs besoins sans leur imposer les délais et les à coups d'une fabrication ou d'une livraison par un fournisseur.»<sup>56</sup> La mission visait à « définir le niveau de stock pour les 100 produits les plus onéreux et les 100 valeurs immobilisées les plus importantes et de travailler sur les besoins d'achat, les consommations et les niveaux de stocks par produit. »<sup>57</sup> La DPL a permis une réorganisation des réserves, notamment l'arsenal stérile et une diminution du nombre de réserves intermédiaires. Une organisation correcte des réserves permet d'éviter les erreurs de commande, de savoir rapidement quel est le stock disponible et de se rendre compte des risques de rupture. Elle représente également un gain de temps lors de la préparation des chariots d'interventions<sup>58</sup>. Grâce au travail de la DPL, une réorganisation des réserves a été menée, avec l'installation d'étagères et de rangements

---

<sup>55</sup> DAPL, 2011, *Projet logistique 2011-2015*, p 24.

<sup>56</sup> RAMBAUX, A., 1969, *Gestion économique des stocks* IN DECLOEDT-RUDA C., HEMICI F. (dir), 2000, op cité, p 24.

<sup>57</sup> DAPL, 2011, *Projet logistique 2011-2015*, p 24.

<sup>58</sup> DECLOEDT-RUDA C., HEMICI F. (dir), 2000, *Bloc opératoire et gestion des stocks*, p 17.

dans deux réserves supplémentaires remplaçant les réserves « sauvages ». L'arsenal stérile a également été repensé et une réserve stérile adjacente lui a été octroyée. En effet, les DMS et DMI étaient parfois stockés au sein de l'arsenal stérile dans des étagères trop petites, ce qui conduisait à abîmer les contenants jusqu'à déchirer les emballages, empêchant l'utilisation du matériel. Un travail d'inventaire a été fait sur les dispositifs les plus coûteux, de manière à limiter les stocks. Le cadre préparateur en pharmacie responsable des commandes a reçu une feuille de route sur ces références à ne pas commander pour cause de stock suffisant et coûteux. La mission a également permis de mettre en lumière les références qui n'étaient plus consommées. Elle a donc réalisé deux fichiers. Le premier comprend les références qui pourraient être utilisées dans les autres blocs opératoires du GH et une bourse aux échanges doit être organisée en ce sens. Le second comprend les références inutilisées et inutilisables dans le GH. Le cadre chargé des commandes a été missionné pour demander des factures d'avoir aux fournisseurs concernés. Cela permettra de réaliser des économies sur les commandes à venir de matériel nécessaire. Le suivi a permis une diminution des achats, notamment sur les DMS sur trois mois avec une moyenne de 90 000 euros par mois au lieu de 145 000 euros en février 2013, mais il semblerait que cette feuille de route ne soit plus complètement suivie<sup>59</sup>. Le travail est moins visible sur les DMI avec une légère diminution en avril 2013 avant que les commandes ne repartent à la hausse et passent de 83 000 euros à 124 000 euros en mai 2013. Sur les références suivies, les commandes par mois ne doivent pas dépasser le stock mensuel, qui correspond à la consommation moyenne observée. Néanmoins, l'inventaire sur les instruments n'a pas encore été fait.

Le travail mené par la mission de la DPL a cherché à pallier le manque de traçabilité logistique qui existait au sein du bloc. JOSEPHSON (2010)<sup>60</sup> la définit comme une information permettant de savoir à tout moment où se trouve un produit donné, ce qui est une source d'information pertinente pour l'analyse des flux. La réussite d'une bonne traçabilité des DMS et DMI repose sur une collaboration étroite entre la pharmacie et le bloc opératoire. A TNN, cette collaboration semble encore à construire, à l'image du travail qui a déjà été effectué sur l'unité de stérilisation. Le pré-rapport de la certification HAS note qu'il n'existe pas de traçabilité exhaustive des DMI transmise à la pharmacie. Selon DECLOEDT-RUDA (2000)<sup>61</sup>, le projet de suivi des stocks dans un bloc opératoire doit s'inscrire dans le projet d'établissement et demande l'implication des directions, ce qui est le cas dans le GH avec la Direction des Achats et Prestations Logistiques (DAPL). Les locaux des magasins d'approvisionnement de TNN sont localisés en sous-sol, sans

---

<sup>59</sup>L'ANNEXE XXII présente le récapitulatif des commandes de DMS et DMI

<sup>60</sup>JOSEPHSON A., avril-juin 2010, « La traçabilité des dispositifs médicaux implantables », *Interbloc*, Tome XXIX, n°2, p 106.

<sup>61</sup>DECLOEDT-RUDA C., HEMICI F. (dir), 2000, *Bloc opératoire et gestion des stocks*, Mémoire de maîtrise de sciences et techniques des organisations sanitaires et sociales option gestion hospitalière, GH PSL : institut d'enseignement supérieur des cadres hospitaliers, p 53.

accès voirie ni ascenseur dédié et divisés en deux magasins (« hôtelier » et « pansements »). La DAPL travaille activement sur la définition d'une nouvelle localisation des magasins qui soit plus cohérente, pour, à terme, éviter une double gestion, limiter le surstockage, les réserves intermédiaires au sein des services et les difficultés d'approvisionnement. En vue d'atténuer les impacts du surstockage, STEINBERG et al. (1982)<sup>62</sup> suggèrent un recours à la planification des besoins matières (*Material Requirements Planning*, MRP) pour gérer les stocks du bloc opératoire. La planification des besoins matières est un système proactif de gestion des stocks qui, en fonction des besoins prévus pour un horizon de temps donné, cherche à déterminer le moment précis où les différentes ressources matérielles sont requises. Ce système planifie les articles et composants en fonction des besoins, permettant une meilleure synchronisation entre l'offre et la demande. Cette planification serait rendue possible par le fait qu'une grande partie des interventions chirurgicales sont programmées des jours, voire des semaines à l'avance<sup>63</sup>. La mise en place d'un MRP nécessite la maîtrise de trois intrants que sont les listes de préférences des médecins quant aux fournitures et instruments à utiliser lors des interventions (que l'on peut associer aux nomenclatures), la fiche descriptive et l'état des stocks pour les produits utilisés par le bloc opératoire et le programme opératoire (type et temps d'intervention)<sup>64</sup>. LAFOND et LANDRY (2001) précisent que la construction et le maintien d'une liste de préférences pourrait comprendre plus de 5000 références pour un établissement de santé moyen, nécessitant un effort très important pour sa création et un effort constant pour sa mise à jour. STEINBERG et al. (1982) et SHOWALTER (1987)<sup>65</sup> proposent une liste des informations qui devraient être disponibles au sein des fiches descriptives, notamment un code article unique, une description de l'article, le code de plus bas niveau (nomenclature), la quantité en stock et les données relatives aux activités d'approvisionnement (taille de lot, point de commande, délais, fournisseurs habituels et potentiels, etc). Enfin, le programme opératoire permettrait d'identifier la demande planifiée. Cependant, le fait qu'il ne soit jamais définitif est une difficulté pour une bonne gestion des stocks.

En dernier lieu, un travail reste à mener sur la périodicité des commandes auprès de fournisseurs extérieurs, qui, selon la cadre supérieure de bloc, est parfois imposée par les fournisseurs et non par les besoins et le dimensionnement des réserves du bloc opératoire. La mise en place du service facturier, ou concentration du paiement des factures au Siège de l'AP-HP, implique également une surveillance, puis une interdiction

---

<sup>62</sup>STEINBERG, E., KHUMAWALA R.B., SCAMELL R., 1982, « Requirements Plannings Systems in the Health Care Environment », *Journal of Operations Management*, vol 2, n°4, p253.

<sup>63</sup> LAFOND N., LANDRY S., avril 2001, « Gérer plus efficacement les stocks du bloc opératoire à partir de la programmation des interventions chirurgicales », *Gestions hospitalières*, p 261.

<sup>64</sup> LAFOND N., LANDRY S., avril 2001, op cité, p 260.

<sup>65</sup> SHOWALTER M.J., 1987, « Are Manufacturing Inventory Concepts Applicable for Materiel Management in Hospital? », *Hospital Materiel Management Quarterly*, vol.8, n°4.

de toute commande dite « hors marché », sous peine de voir ces factures rejetées. Un travail de régularisation des marchés existants est mené en ce sens par la cellule des marchés du GH. Les pharmaciens ont leur rôle à jouer, notamment lors de commandes de matériel spécifique par les chirurgiens. La cadre administrative du « hors pôle bloc » comptait proposer à la DAPL que les commandes « hors marché » des chirurgiens sur du matériel spécifique soient soumises à la signature du chef de service et du chef de pôle. Le service facturier central devrait de toute manière rejeter toutes les factures « hors marché » depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2013.

La visite de certification a été l'occasion d'efforts très importants à tous les niveaux du bloc opératoire. Les audits à blanc ont été, selon plusieurs entretiens, « une catastrophe », en particulier sur l'application de la CL. A cet égard, un groupe de travail a été constitué le 15 novembre 2012. Le premier audit en février-mars 2013 sur la CL a été réalisé par une cadre supérieure de l'AP-HP, souvent expert-visiteur pour la HAS. Il en est ressorti un document écrit et structuré sur lequel la cadre supérieure de bloc a basé son plan d'actions. Les constats ont permis d'objectiver des éléments et de faire prendre conscience à tous du travail encore à parcourir avant juin 2013. Le séminaire de bloc du 29 mars 2013 a permis de constater que la CL n'était pas réalisée de façon optimale. Elle était vécue comme une contrainte, remplie individuellement et non collectivement, et les agents n'avaient pas réellement conscience de son bénéfice, notamment les personnels médicaux qui s'impliquaient peu. Un deuxième audit centré sur le respect du Time Out a été réalisé par les IADE en juin 2013 après la certification. Le Time Out est le temps de pause à respecter avant la première incision. Des efforts avaient été faits pour la visite de certification sur la CL, mais GE note qu'ils ont diminué pendant l'été 2013. Le pré-rapport de la visite de certification note que la CL est mise en œuvre « partiellement ». Les consultants GE précisent lors du COPIL du 20 septembre 2013 que l'auto-audit est une pratique qui devrait être renouvelée régulièrement pour vérifier l'appropriation de la CL par les professionnels du bloc avec l'établissement d'un palmarès sur la réalisation de la CL, présenté en conseil de bloc, voire affiché au sein du bloc opératoire.

La visite des experts-visiteurs de la HAS s'est tenue sur le GH entre le 3 et le 14 juin 2013. Le pré-rapport remis pendant l'été cote l'organisation du bloc opératoire (critère 26.a) en C, à 70%. Les experts notent que les processus à risque ont été identifiés partiellement et suivis de mesures de prévention adaptées aux architectures respectives des blocs du GH. Sur le site de TNN, la rédaction d'une cartographie des risques liés à l'activité interventionnelle a débuté et un calendrier de son achèvement est déterminé. Trois blocs du GH, dont Gabriel-Meyniel ont élaboré des classeurs spécifiques pour accueillir et intégrer les nouveaux arrivants. Le signalement des évènements indésirables

s'articule autour de deux supports sur tous les blocs opératoires du GH : l'application informatique institutionnelle OSIRIS et un registre papier sur chaque secteur opératoire. Les experts valident la charte de bloc réactualisée après l'ouverture du bloc commun et le règlement intérieur. Ils notent que le bloc de TNN a développé différents supports papier de liaison péri-opératoires. Enfin, les pratiques professionnelles s'appuient en grande partie sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.

La chirurgie ambulatoire a été intégrée très tard dans le projet médical de construction du bâtiment Meyniel. Ses flux logistiques ne sont donc pas aussi optimisés que ce qui peut être observé sur d'autres structures telles que l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) de SAT. Les patients ambulatoires de TNN effectuent leur admission au troisième étage de Meyniel avant d'être brancardés au bloc par deux agents et ramenés de la même manière. Cette organisation utilise deux brancardiers et prend du temps, sans doute l'une des raisons pour laquelle l'activité est moindre que pour l'UCA de SAT. De plus, les interventions simples ne nécessitant pas d'anesthésie générale ne sont pas forcément réalisées en fin de programme (Port-a-cath (PAC) et pose de sondes JJ). Ainsi, les anesthésistes peuvent ne pas être mobilisés pendant une partie de leur temps de travail et peuvent être mobilisés par une fin de programme nécessitant une induction, conduisant à des heures supplémentaires de cette catégorie de professionnels de santé. L'activité de chirurgie ambulatoire a pourtant augmenté de 10% entre juillet 2012 et juillet 2013, en particulier grâce à l'urologie, avec une progression sur les taux des 38 gestes marqueurs. Le taux de rotation est de 1, ce qui signifie qu'un fauteuil correspond à un patient, dans une journée, il pourrait encore être amélioré, selon les consultants de GE. Le Document Parcours Patient Ambulatoire (DPPA) a été déployé sur l'unité pendant l'été 2013. Il s'agit d'un dossier papier regroupant toutes les informations sur un patient et permettant un suivi jusqu'au coup de téléphone du lendemain. D'après un premier bilan en septembre 2013, il est apprécié par les équipes et constitue un levier majeur pour l'amélioration des appels de la veille en fournissant un script type, ce qui permet aux agents de toujours récupérer les informations essentielles. Le travail en termes d'organisation opérationnelle entre 2012 et 2013 a porté sur le désengorgement des consultations d'anesthésie, par une ouverture anticipée par rapport au service. Néanmoins, dans leur bilan du 20 septembre 2013, les consultants de GE notent encore une trop grande fréquence dans les rajouts au programme opératoire d'ambulatoire la semaine précédant les interventions (hors Interruption Volontaire de Grossesse). Il en résulte que les patients ne sont pas encore passés par la consultation d'anesthésie avant le staff qui bloque la programmation de la semaine suivante. Enfin, GE note que l'unité est saturée à 12 patients par jour travaillé, d'où le recours à un « ambulatoire forain », soit le fait de programmer des patients pris en charge au titre de l'ambulatoire dans le programme de chirurgie

conventionnelle. Enfin, le bilan de GE se termine par l'indication qu'un tableau de bord de pilotage ambulatoire est en construction en septembre 2013.

L'attention portée à l'optimisation des ressources, tant humaines que matérielles, ne s'arrête pas en octobre 2013. Les équipes de direction et du bloc opératoire portent encore en gestation de nombreuses réformes et pourront utiliser quelques pistes issues d'autres structures.

### **2.2.3 Les futurs axes de performance de proximité :**

En termes d'organisation des ressources humaines, la cadre supérieure de bloc aimerait qu'un agent unique et identifié de tous s'occupe de l'interface pendant le programme opératoire d'une semaine. Cela passe par l'organisation des plannings avec des roulements sur une semaine pour le rôle d'interface, et non des roulements quotidiens pour faciliter l'identification de l'agent par les équipes médicales et paramédicales.

Les recrutements successifs impliquent un recensement par les cadres des besoins en formation et des dysfonctionnements dus à une méconnaissance du bloc opératoire. Un plan de formation est par conséquent à construire, avec un travail sur les compétences de base que sont la gestion du mobilier d'une salle d'opération, les étapes de l'ouverture d'une salle, la préparation du matériel, etc.

Afin d'optimiser l'utilisation des ressources du bloc opératoire, la MeaH propose de mettre en place un mode de gestion des absences des praticiens opérateurs<sup>66</sup>, des médecins anesthésistes<sup>67</sup> et du personnel non médical<sup>68</sup>. Les absences concernent aussi bien les congés ou séminaires prévus de longue date que les absences ponctuelles pour maladie ou autre. Un entretien avait en effet mis en avant une mauvaise planification des congés du PNM pour le 15 août 2013. Les effectifs étaient insuffisants pour assurer l'ouverture de toutes les salles prévues ce jour-là, ce qui avait conduit à fermer des salles qui auraient dû être ouvertes. L'objectif de la régulation des absences est double. Il s'agit en premier lieu d'utiliser au maximum de leur capacité les salles opératoires afin de faciliter le financement du renouvellement des équipements (les recettes T2A devant financer les investissements). En second lieu, il s'agit de veiller à ce que les équipes planifiées en salle soient effectivement occupées en salle le temps prévu afin de ne pas rémunérer des personnels ne travaillant pas effectivement. En cas d'absence d'un opérateur, le recueil

---

<sup>66</sup>MeaH, septembre 2006, *recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées dans des blocs opératoires*, p 65.

<sup>67</sup>MeaH, septembre 2006, op.cit., p 68.

<sup>68</sup>MeaH, septembre 2006, op.cit., p 70.

rédigé par la MeaH préconise que la spécialité du praticien s'organise pour occuper la vacation ou la salle libérée. La régulation des médecins anesthésistes consiste à assurer une présence d'anesthésistes réanimateurs conforme à la planification, comme pour la régulation du personnel non médical. Ce rôle devrait être dévolu à la cellule de supervision, or, les missions de la cellule de supervision sont assumées à TNN par plusieurs acteurs, cadre administrative et binôme de régulation notamment. Identifier un régulateur dans le but de mettre en place un mode de gestion des absences pourrait être une piste d'amélioration.

Au niveau de la logistique, les cadres du bloc veulent s'appuyer sur le travail de la DPL pour réaliser un référentiel sur les commandes de matériel, ainsi qu'un référentiel concernant la traçabilité des réparations. Les fournisseurs de matériel peuvent livrer la mauvaise quantité, au mauvais endroit au mauvais moment, ce qui rend difficile un suivi des commandes. La directrice des soins de TNN recommande le recrutement d'un logisticien formé spécifiquement à la gestion des commandes de matériel de bloc. Elle étaye sa réflexion sur la formation « gestionnaire de bloc »<sup>69</sup>, créée à la demande du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon et dispensée à la faculté de Dijon. Le rôle de ce logisticien serait d'assurer le lien entre le bureau des achats et le logisticien au bloc. La cadre supérieure de bloc prévoit de créer un poste d'AS logistique au bloc, tenu par deux personnes qui coordonneraient les livraisons avec les magasins logistiques. Elle pourra pour cela s'appuyer sur la fiche de poste d'IDE ou d'AS logistique créée par le groupe « attractivité et fidélisation des cadres » en janvier 2013 comportant des membres de la DRH et de la Direction des Soins et Activités Paramédicales du Siège de l'AP-HP, même s'il s'agit d'une version projet, (ANNEXE XXIII) pour définir ses missions par rapport aux cadres de proximité. La directrice des soins de TNN s'appuie sur l'exemple de la réanimation, où la gestion du matériel s'est grandement améliorée depuis l'arrivée d'un logisticien formé. Les dysfonctionnements sur la maintenance et une traçabilité sur le circuit des réparations sont encore observés en octobre 2013, d'où la future mise en place d'un document de suivi. Un classeur de stérilisation regroupant la composition de chaque boîte et son rangement est également à mettre en place, en lien avec le logiciel OPTIME utilisé par la stérilisation.

La gestion des vacations est en question au deuxième semestre 2013, avec l'arrivée de nouveaux opérateurs, comme énoncé plus haut, mais également du fait d'autres problématiques. D'une part, la stomatologie serait amenée à quitter l'établissement en mars 2014. Or, c'est une discipline travaillant beaucoup en ambulatoire, ce qui libérerait

---

<sup>69</sup>Informations disponibles (20/09/13) : <http://www.u-bourgogne-formation.fr/-Logistique-appliquee-au-Bloc-.html>

des vacances. D'autre part, le COPIL du 20 septembre 2013 a fait état de « l'ambulatoire forain » pratiqué par la chirurgie gynécologique. En pratique, les agents couchent « virtuellement » dans le logiciel de programmation les patients dans des lits pour une journée et occupent une partie de leurs vacances de chirurgie conventionnelle par de la chirurgie ambulatoire lorsque les vacances de chirurgie ambulatoire sont complètes. Or, les patients placés en chirurgie conventionnelle ne prennent pas le « circuit » ambulatoire. Ainsi, le problème existe en amont sur les consultations d'anesthésie. Il faudrait alors transformer des consultations d'anesthésie d'opérations en conventionnel en consultations estampillées « chirurgie ambulatoire ». Le nombre de patients resterait identique, vu que tous ont une consultation d'anesthésie obligatoire avant leur intervention. Le bloc commun conventionnel-ambulatoire trouve une utilité pratique par la souplesse qu'il autorise entre vacances de chirurgie conventionnelle et vacances de chirurgie ambulatoire. Au sein d'une structure dédiée, le développement de la chirurgie gynécologique ambulatoire serait freiné par des vacances non extensibles. Pourtant, s'appuyant sur son expérience, la cadre supérieure de bloc souligne que les structures satellites regroupant les consultations, le bloc opératoire d'ambulatoire, la salle de réveil et la salle d'aptitude à la rue sont préférables pour développer l'ambulatoire. Dans le cas d'un bloc commun comme à TNN, deux cultures doivent cohabiter. Dans un bloc conventionnel, les habitudes de la chirurgie conventionnelle sont fortement présentes, il est donc difficile de mettre en place un nouveau mode de pensée étant donné que l'ambulatoire est davantage centré sur la planification par l'organisation que la chirurgie conventionnelle. Associer les deux blocs est également une question de maturité d'équipe, travail qui est conduit depuis l'ouverture de Gabriel-Meyniel et est encore amené à se renforcer au fil du temps.

La programmation peut encore être améliorée, par exemple en ajoutant les poses de ports à cathéter (PAC), se faisant sous anesthésie locale, après le programme ambulatoire, in extenso lorsque l'anesthésie générale s'arrête à 15 heures et non en milieu de programme. Un tel changement suppose une organisation au préalable, qui reste à construire et, étant donné qu'un seul chirurgien s'occupe des PAC en 2013, multiplier les vacances pour cette activité n'est pas indispensable. Par ailleurs, le COPIL du 20 septembre 2013 note des déversements de la réanimation dans la salle de réveil et une régulation à améliorer dans le brancardage. L'encadrement du bloc se propose de lister les dysfonctionnements et d'en identifier les causes sur une semaine dans le but d'en faire le compte-rendu à un prochain conseil de bloc.

Par conséquent, les futurs axes de performance de proximité sont nombreux afin d'optimiser l'utilisation des ressources, tant humaines que matérielles.

## Conclusion

La mise en place d'un bloc regroupant des activités de chirurgie conventionnelle et ambulatoire de cinq disciplines est le fruit d'une réflexion menée pendant plusieurs années, à la fois par les acteurs du bloc et par la direction. Le bloc opératoire Gabriel-Meyniel fonctionne depuis plus d'un an, les progrès ont été notables, les idées de développement et d'amélioration y sont nombreuses, afin d'utiliser au mieux ce que les agents considèrent comme un très bel outil de travail.

Chaque bloc opératoire a son histoire, sa culture, et, par conséquent, la vertu d'exemple de la construction de ce bloc est limitée. Néanmoins, si un tel travail est à nouveau mené sur le groupe hospitalier, les personnels de Tenon pourront apporter leur expérience et leur vécu afin de ne pas reproduire ce qu'ils considèrent comme des erreurs ou approximations et sauront exactement sur quoi porter leurs efforts. Le fait de ne pas associer les chirurgiens à la gestion du matériel, de ne pas étudier en profondeur les liens entre le bloc et son environnement hospitalier (services cliniques, stérilisation) ont été notés comme des erreurs. Les entretiens ont surtout permis de prendre conscience que l'ouverture d'un tel bloc et son organisation requièrent un temps et une énergie qui ne doivent pas être sous-estimés. Le temps mobilisé pour la construction des vacations a manqué pour d'autres thématiques, ce fut un choix. La satisfaction des opérateurs sur la répartition des vacations montre que ce travail a pris du temps, à bon escient, mais aux dépens d'autres sujets.

Le bloc opératoire d'un établissement est une somme de professions et de personnalités qui se côtoient au quotidien. Le bon fonctionnement d'un bloc repose avant tout sur les ressources humaines, qui doivent travailler en bonne intelligence. Cela passe par une écoute mutuelle et un engagement des acteurs, sans compter un soutien constant de la part de l'équipe de direction.

---

## Bibliographie

---

ADVENIER-IAKOVLEV E., TESMOINGT C., MONNOT V., DUCHAUSSOY A., CHENAILLER C., MARIANI, A-M., ROUX F-X, PAUBEL P.,2010, « Elaboration d'un outil d'évaluation du circuit des dispositifs médicaux stériles dans un bloc opératoire de neuro-chirurgie », *Hygiènes*, volume XVIII, n°2, pp121-126.

AP-HP, 2012, *Vers des blocs opératoires plus sûrs et plus performants : recommandations élaborées par le groupe « optimiser l'organisation des blocs opératoires*, 28p.

AUDO N., TRIADOU P. (dir), 2012, *une démarche d'amélioration de l'utilisation de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »*, Mémoire Master professionnel sciences technologies santé, mention santé publique, spécialité sécurité sanitaire et qualité des soins, Université Paris VII Descartes, service de formation continue.

BOUGEARD C., SFEZ M., 2005, « Relations structure-activité : l'architecture au service de l'organisation, de la qualité et de la sécurité », *Risques et qualité*, volume II, n°2, pp 95-100.

CONGE Elisabeth, avril-juin 2010, « Le cadre réglementaire de la traçabilité au bloc opératoire », *Interbloc*, Tome XXIX, n°2, pp 103-104.

DECLOEDT-RUDA C., HEMICI F. (dir), 2000, *Bloc opératoire et gestion des stocks*, Mémoire de maîtrise de sciences et techniques des organisations sanitaires et sociales option gestion hospitalière, GH PSL : institut d'enseignement supérieur des cadres hospitaliers, 139p.

Direction des Achats et Prestations Logistiques, 2011, *Projet logistique 2011-2015*, 50p.

FAGE-MOREEL V., JENNER A., HIRN, P., novembre 2012, « Gestion et réorganisation des blocs opératoires », *Gestions hospitalières*, n°520, p 543-548.

GENTIL S., septembre 2012, « Industrialisation des soins et gestion de l'aléa : le « travail d'articulation » au bloc opératoire, déterminants et obstacles », *Gérer et comprendre*, n°109, pp 34-43.

JOSEPHSON A., avril-juin 2010, « La traçabilité des dispositifs médicaux implantables », *Interbloc*, Tome XXIX, n°2, pp 105-110.

LAFOND N., LANDRY S., avril 2001, « Gérer plus efficacement les stocks du bloc opératoire à partir de la programmation des interventions chirurgicales », *Gestions hospitalières*, pp 259-263.

LEVALLOIS DESHORMIERE N., ROBLES G., avril 2006, « Organisation et gestion d'un bloc opératoire », *Gestions hospitalières*, pp 261-265.

MeaH, septembre 2006, *recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées dans des blocs opératoires*, 85p.

SCIARD M., VOLEON F., MINVIELLE E., mai 1996, « Comment maîtriser l'aléa au bloc opératoire ? », *Gestions hospitalières*, pp384-388.

STEINBERG, E., KHUMAWALA R.B., SCAMELL R., 1982, « Requirements Plannings Systems in the Health Care Environment », *Journal of Operations Management*, vol 2, n°4, pp 251-259.

SCHWEYER F-X., décembre 2007, « Hôpital, les métiers en réforme », *Interbloc*, Tome XXVI, n°4, pp 262-263.

SERAQUI M., janvier-février 1999, « architecture de l'ambulatoire », *Revue hospitalière de France*, n°1, pp 61-62.

SHARSHAR S., ALAME A., GAUDELET D., décembre 2007, « Le bloc opératoire, laboratoire de la nouvelle gouvernance hospitalière », *Interbloc*, Tome XXVI, n°4, pp 257-261.

#### Législation :

Loi n°92-1279 du 8 décembre 1992 relative à la pharmacie et au médicament et décret n°2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé publique.

Arrêté du 22 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière. Ligne directrice particulière n°1 : préparation des dispositifs médicaux stériles.

Décret n°2006-1497 du 29 novembre 2006 fixant les règles particulières de la matériovigilance exercée sur certains dispositifs médicaux et modifiant le code de la santé publique.

Arrêté du 26 janvier 2007 relatif aux règles particulières de la matériovigilance exercée sur certains dispositifs médicaux, pris en application de l'article L.5212-3 du code de la santé publique.

Documents vidéos et liens Internet :

Vidéo de présentation du bloc de Tenon (date de consultation : 05/10/13) : <http://www.youtube.com/watch?v=Y8d7X-s9BuA>

Interview de la directrice du pilotage de la transformation (date de consultation : 15/09/13) : <http://portail-cms.aphp.fr/16projetsdpt/spip.php?article73&lang=fr&dir=ltr>

---

## Liste des annexes

---

- ANNEXE I : Avantages et inconvénients d'un bloc ambulatoire intégré ou autonome.
- ANNEXE II : Interview de la directrice du pilotage de la transformation
- ANNEXE III : Plan du site de Tenon.
- ANNEXE IV : plan bloc commun côté BUCA-Meyniel.
- ANNEXE V : plan bloc commun côté Gabriel.
- ANNEXE VI : le circuit patient dans le bloc commun.
- ANNEXE VII : liste des personnes rencontrées.
- ANNEXE VIII : grille d'entretien.
- ANNEXE IX : ratios au sein du bloc opératoire.
- ANNEXE X : structures organisationnelles au sein d'un bloc opératoire.
- ANNEXE XI : répartition des plages opératoires par spécialité.
- ANNEXE XII : Check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » (HAS).
- ANNEXE XIII : plan d'action fidélisation des ressources humaines.
- ANNEXE XIV : plan d'action attractivité des personnels de bloc.
- ANNEXE XV : plan d'action formation des personnels du bloc.
- ANNEXE XVI : plan d'action CL et EI.
- ANNEXE XVII : vue du processus cible en programmation opératoire.
- ANNEXE XVIII : plan d'actions sur la programmation opératoire.
- ANNEXE XIX : plan d'actions concernant la régulation.
- ANNEXE XX : plan d'actions concernant le matériel.
- ANNEXE XXI : bilan de l'accompagnement par GE au 20 septembre 2013.
- ANNEXE XXII : récapitulatif des achats de DMS et DMI pour le bloc Gabriel-Meyniel.
- ANNEXE XXIII : fiche de poste IDE ou AS logistique.

**ANNEXE I** : avantages et inconvénients d'un bloc ambulatoire intégré ou autonome.

<b>Bloc ambulatoire intégré</b>		<b>Synthèse</b>	<b>Bloc ambulatoire autonome</b>	
<b>Inconvénients</b>	<b>Avantages</b>	<b>Critères</b>	<b>Avantages</b>	<b>Inconvénients</b>
Risque de flux incontrôlés des patients ambulatoires	Garantie si organisation stricte	Hygiène	Flore locale moins influente	
Risque de salle de réveil trop petite, sortie prématurée du bloc	Présence permanente de l'anesthésiste	Sécurité du patient	Réveil et repos spécialement dimensionnés	Présence permanente de l'anesthésiste
Temps d'attente long Mélange avec opérés lourds		Confort du patient	Spécificité d'accueil Accueil possible accompagnants	
Durée de rotations différente		Organisation	Adapté au rythme particulier du bloc de jour	Equipe médicale spécifique
Logistique lourde pour opérations légères	Globalement peu modifié Matériel lourd en commun	Coût d'exploitation	Coût réduit par intervention	Matériel à doubler (ex : radio mobile)
Gêne de chantier Contraintes de maintien d'activité	Optimisation de la surface	Faisabilité	Indépendance du chantier	Nécessite une surface supplémentaire

Source : SERAQUI M., janvier-février 1999, « architecture de l'ambulatoire », *Revue hospitalière de France*, n°1, p 62.

**ANNEXE II** : Interview de la directrice du pilotage de la transformation de l'AP-HP.

Disponible sur l'Intranet :

<http://portail-cms.aphp.fr/16projetsdpt/spip.php?article73&lang=fr&dir=ltr>

## Projets prioritaires : les équipes précisent leur feuille de route (avril 2011)

*En décembre dernier (2010), la directrice générale a identifié 16 projets de transformation prioritaires pour l'AP-HP. Aujourd'hui, les équipes projet sont en place et précisent leur feuille de route. Le point avec Sibyle Veil, directrice du pilotage de la transformation.*

### **Pourquoi avoir identifié des projets prioritaires pour l'AP-HP alors que le plan stratégique et les projets des GH ont été définis ?**

Pour passer plus vite à l'action sur certains sujets. Comme dit Mireille Faugère « on a tout écrit sur la modernisation de l'AP-HP ». Pour l'essentiel, nous savons ce qu'il faut faire. Maintenant nous devons nous concentrer sur le « comment ».

### **Qu'est ce qui caractérise un projet prioritaire ?**

Parmi tous les projets du plan stratégique, nous avons retenus ceux sur lesquels nos marges de progression sont importantes, les bonnes pratiques connues et sur lesquels des résultats concrets peuvent être obtenus dès 2011. Le plan contient des projets très importants pour l'Institution, comme la réorganisation de la cancérologie par exemple, mais ils ne peuvent pas tous être mis en place rapidement. Certains d'entre eux nécessitent encore beaucoup de concertation, de réflexion voire des investissements lourds.

D'autres projets du plan stratégique sont « mûrs » pour la mise en œuvre, donc nous nous mettons au travail. Ils nous permettront d'améliorer la qualité de prise en charge des patients, la performance de notre organisation, les conditions de travail et nous aideront à retrouver des marges de manœuvre financières.

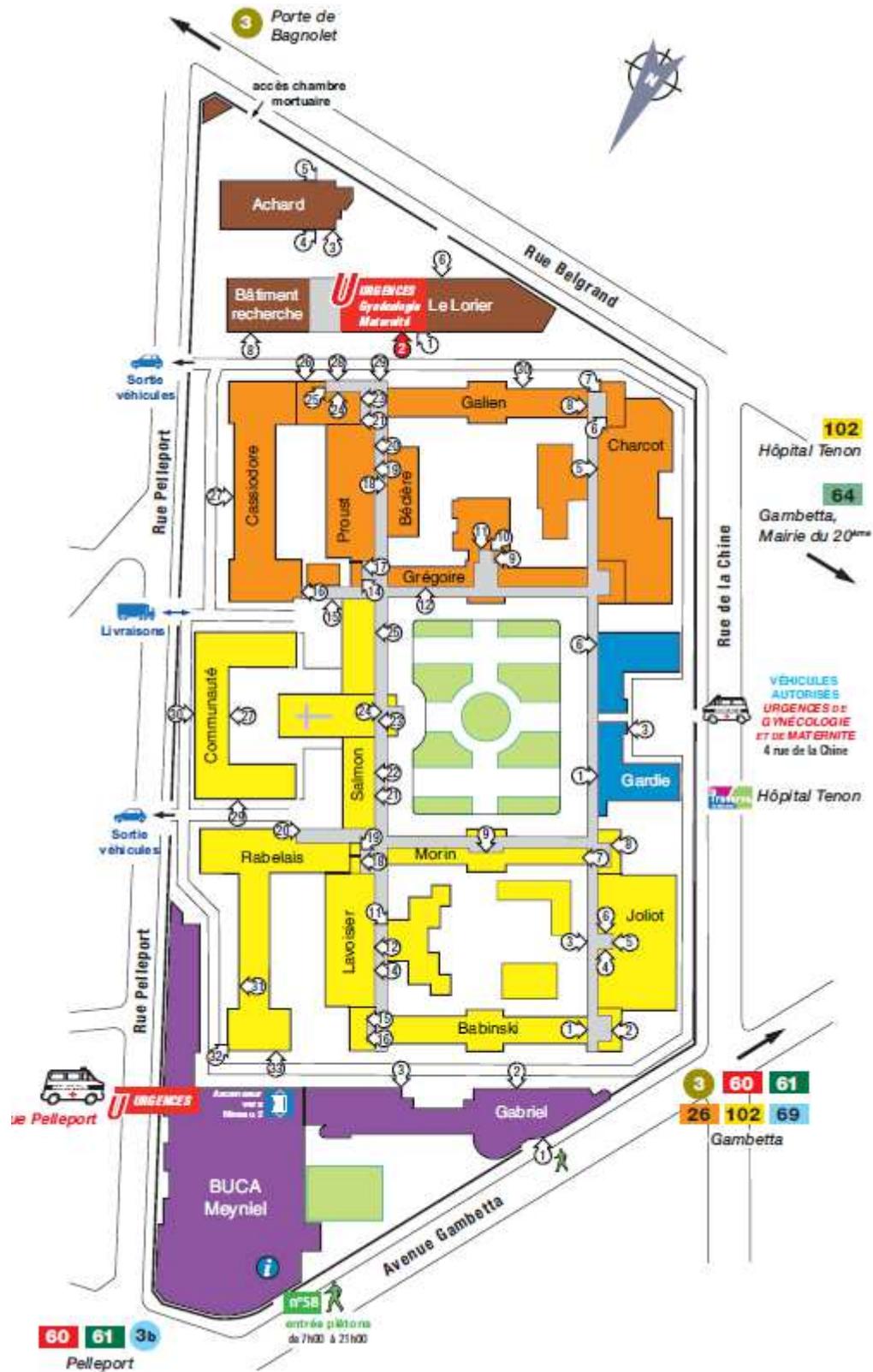
### **Chaque projet est conduit par une équipe dans laquelle travaillent des professionnels des GH et du siège. Quel est votre rôle ?**

La direction du pilotage de la transformation est une petite équipe créée pour faciliter le travail des équipes projet, pour aider à la cohérence des décisions et pour diffuser les meilleures pratiques mises en œuvre. Très clairement nous sommes en appui des équipes qui sur le terrain travaillent à la transformation de l'AP-HP. Nous voulons partir des hôpitaux pour tirer des enseignements, identifier des méthodes, qui pourront être partagées. Notre volonté est d'impulser une démarche participative, de co-construction et pragmatique. Nous ressemblons à une sorte de tour de contrôle. On aide, on oriente, on vérifie. Et en bonne tour de contrôle, nous veillons également à l'atteinte des résultats.

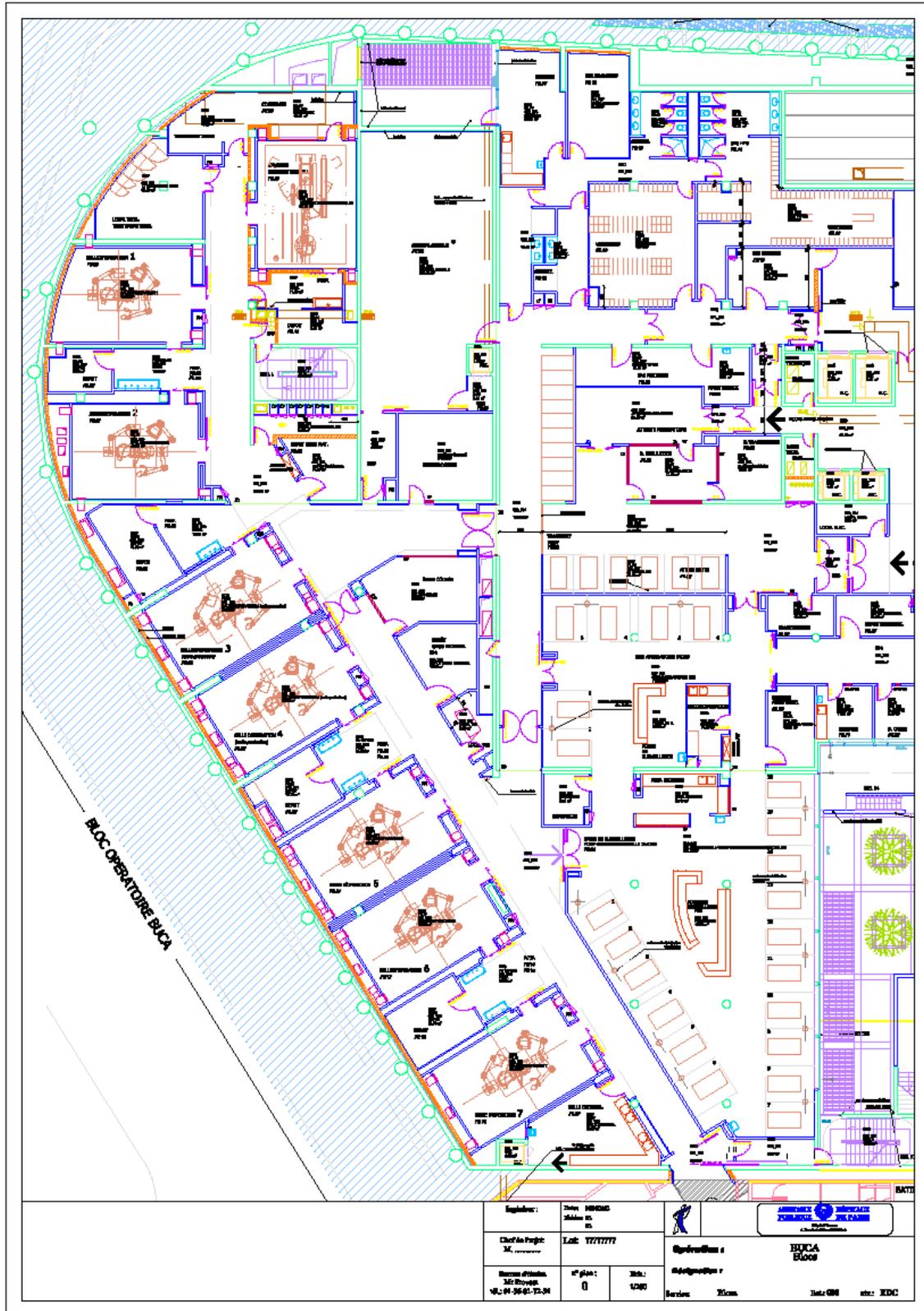
### **Où en sommes-nous aujourd'hui sur les projets ?**

Des chefs projet ont été missionnés par la directrice générale. Presque tous émanent des hôpitaux. Ce sont des médecins, des professionnels de terrain. Les équipes projets sont en place, elles sont constituées de catégories professionnelles très diverses en fonction de la nature des projets. Elles se sont mises au travail. Elles ont défini des objectifs concrets à atteindre et elles précisent maintenant leur feuille de route. Toutes seront présentées au comité de pilotage présidé par la directrice générale d'ici début mai.

ANNEXE III : Plan du site de Tenon.

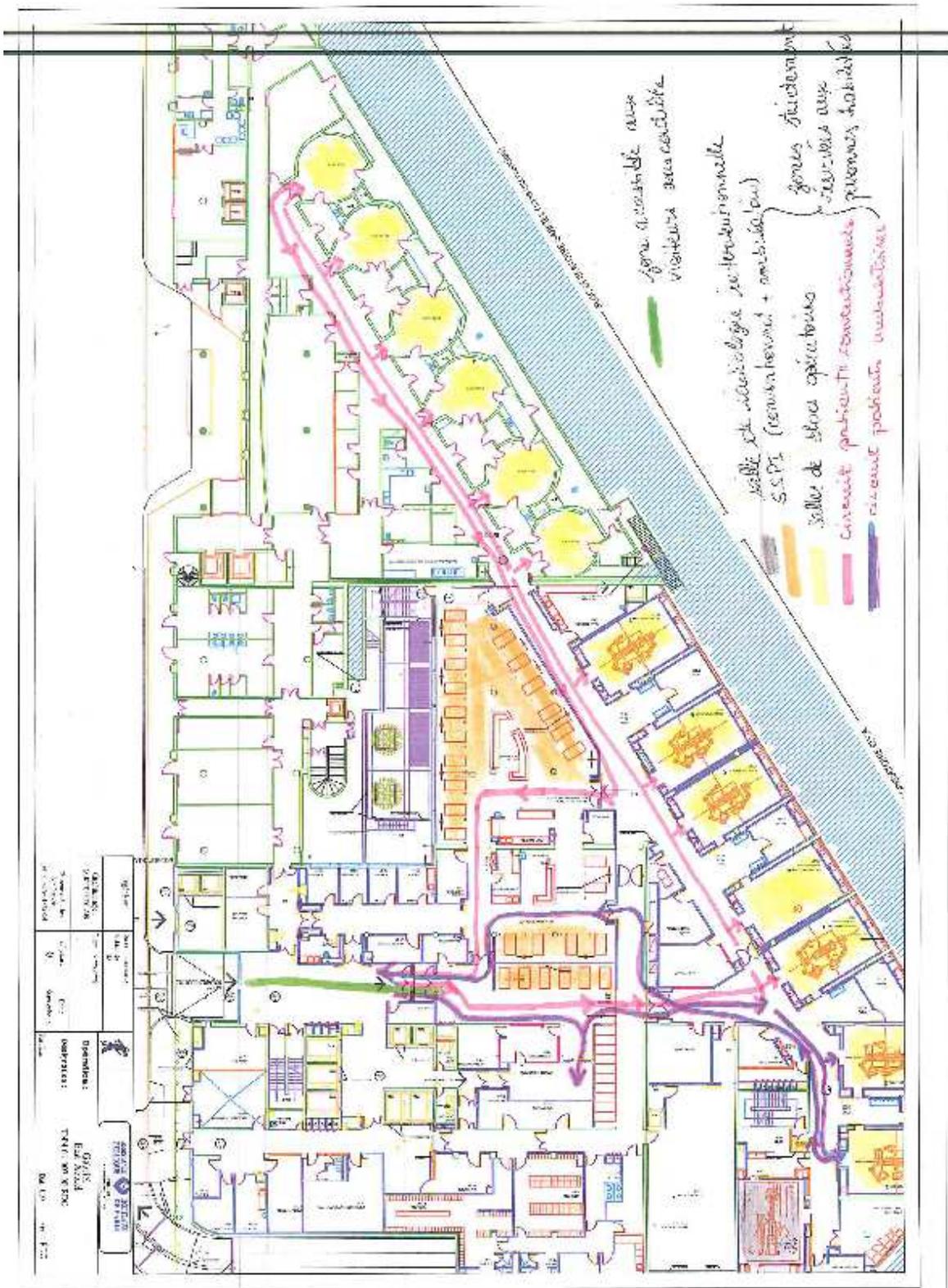


ANNEXE IV : plan bloc commun côté BUCA-Meyniel





**ANNEXE VI : le circuit patient dans le bloc commun :**



**ANNEXE VII** : liste des personnes rencontrées.

Directrice du site de Tenon.

Directrice des soins du site de Trousseau et directrice déléguée des blocs opératoires du GH jusqu'au 23/09/13.

Directrice des soins du site de Tenon et directrice déléguée des blocs opératoires à partir du 23/09/13.

Cadre supérieur du bloc Gabriel-Meyniel.

Cadre administrative du « hors pôle bloc ».

Ingénieur en organisation du site de Tenon.

Ex-président du conseil de bloc de Tenon, adjoint du coordonnateur médical du comité stratégique des blocs du GH, chef du service d'urologie, chirurgien en urologie, ancien chef de projet de la thématique prioritaire « bloc opératoire » du Siège, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (PU-PH).

Président du conseil de bloc, PU-PH, chirurgien ORL.

**ANNEXE VIII : grille d'entretien.**

Eléments biographiques.

Leur arrivée sur Tenon et sur le bloc.

Eléments subjectifs et objectifs sur l'ouverture du bloc commun.

Les difficultés rencontrées à l'ouverture du bloc.

Bilan après une année de fonctionnement.

Les difficultés aujourd'hui au sein du bloc.

Relations avec l'encadrement, l'équipe, les personnels médicaux et non médicaux.

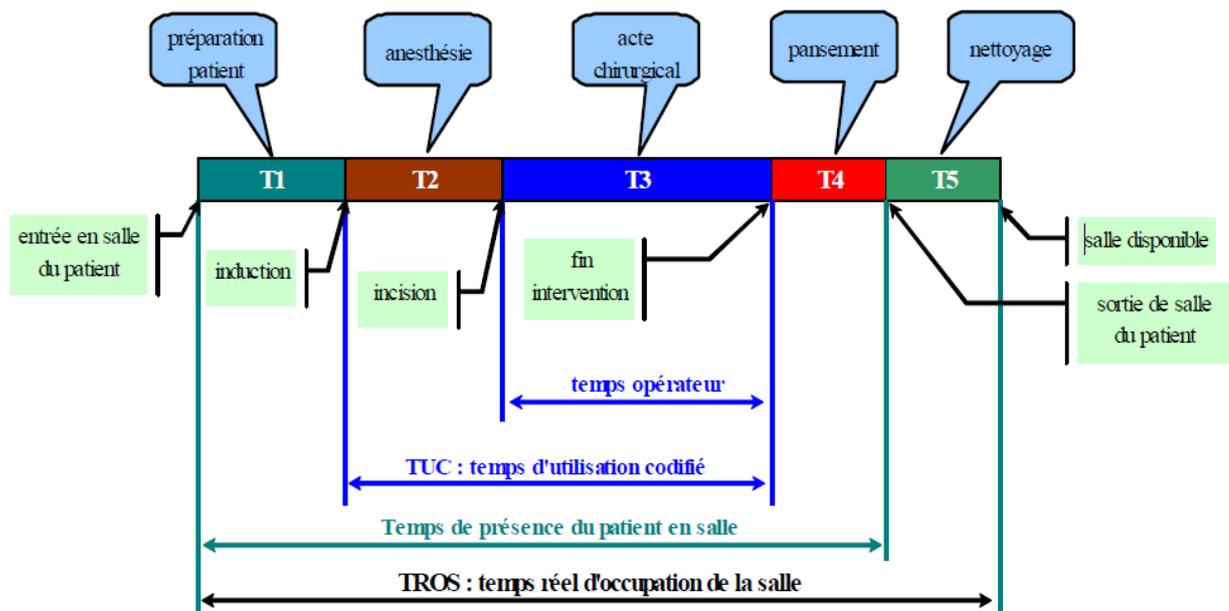
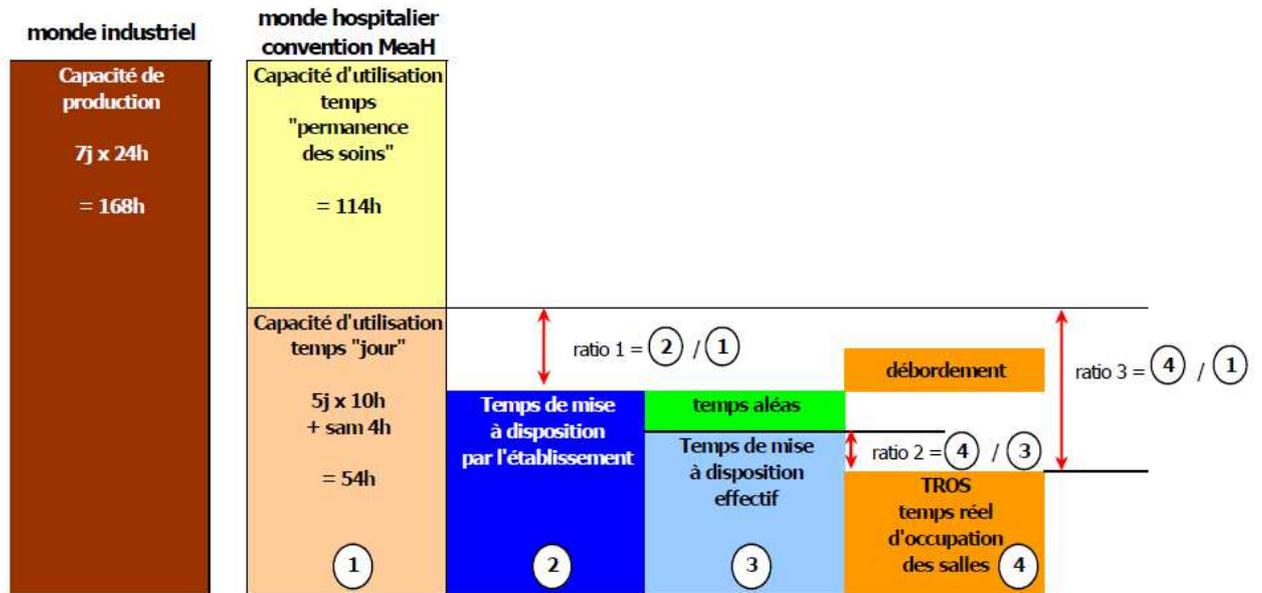
Erreurs commises lors de l'ouverture du bloc ou regrets éventuels.

Perspectives d'avenir pour le bloc (développement d'activité, recrutements, départs de personnel, chantiers à mettre en œuvre).

Questions spécifiques propres à leur rôle au sein du bloc opératoire.

Question ouverte.

## ANNEXE IX : ratios au sein du bloc opératoire.



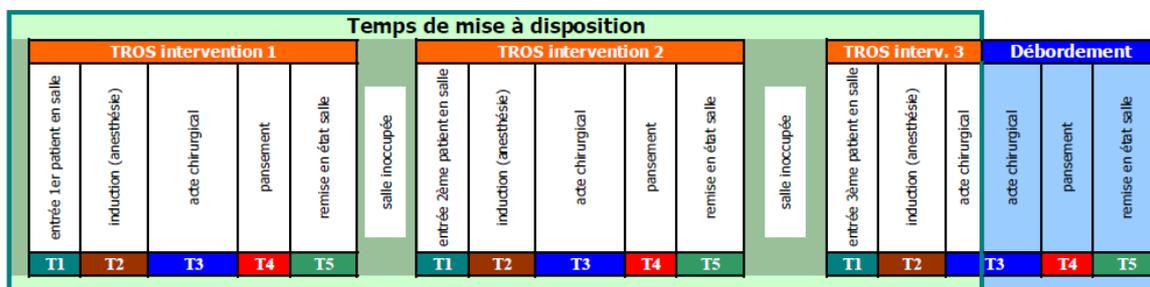
Le TROS est constitué de cinq temps :

- T1 : durée de préparation du patient : intervalle de temps entre l'entrée du patient en salle et l'induction.
- T2 durée de l'induction : intervalle de temps entre l'induction et l'incision.
- T3 durée de l'acte chirurgical proprement dit.
- T4 durée du pansement : intervalle de temps entre la fin de l'acte chirurgical et la sortie de salle du patient.
- T5 temps de remise en état de la salle.

Le TUC permet d'évaluer le temps de mobilisation du personnel médical (médecin, anesthésiste et opérateur).

Dans le cas d'une intervention finissant au-delà de la fin du « temps de mise à disposition », le TROS ne prend en compte que la durée d'intervention comprise

strictement dans le « temps de mise à disposition ». Le temps d'intervention qui « déborde » de la fin du « temps de mise à disposition » est décompté dans une rubrique dénommée « débordement ». Le temps de mise à disposition (TMD) est le temps compris entre l'ouverture, in extenso l'entrée en salle du premier IDE ou IADE, et la fermeture qui correspond à la fin de remise en l'état de la salle en fin de journée, hors permanence des soins. Le temps de débordement correspond à la prise en charge du patient et à la remise en état de la salle au-delà de l'ouverture de salle.



Le temps de vacation offert au(x) praticien(s) (TVO) est le temps compris entre l'entrée en salle du premier patient et la sortie du dernier patient. Le temps de fermeture de la salle (en fin de journée) ou de bio-nettoyage entre la fin de la vacation du matin et le début de la vacation de l'après-midi n'est pas compris dans le TVO. Cette notion correspond au temps pendant lequel une activité financée par la T2A est possible.

Le taux d'ouverture AP-HP rapporte le temps de vacation offert (TVO) au temps conventionnel AP-HP d'ouverture des salles, soit 10 heures par jour. L'objectif de cet indicateur est de comparer l'offre de vacation au potentiel d'ouverture standard de l'AP-HP.

Le taux « pourcentage de temps non utilisé » est la somme des intervalles, des retards et des fins de programme précoces au regard du temps de vacation offert (TVO). L'intervalle entre deux interventions est le temps correspondant à l'inoccupation de la salle entre ces deux interventions, c'est-à-dire entre la fin de la remise en état de la salle (temps standard) et l'entrée en salle du patient suivant. L'AP-HP fixe pour cible d'être inférieur à 20%.

Le taux de débordement est le rapport entre la somme des temps de débordement et le temps de vacation offert (TVO). Cet indicateur sert à mesurer et à corriger les débordements en fin de vacation de manière à maîtriser l'activité opératoire. Ces temps de débordement peuvent être le signe de dysfonctionnements organisationnels mais aussi d'un manque de plages disponibles.

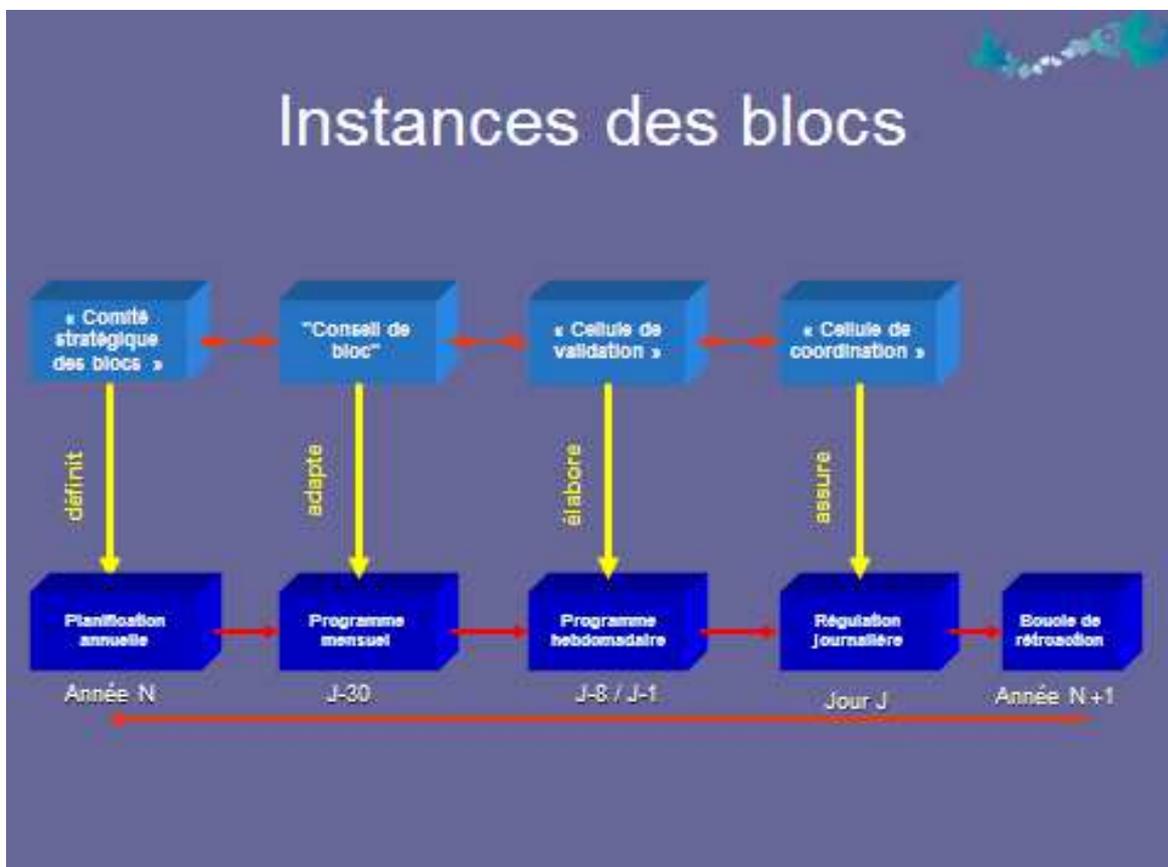
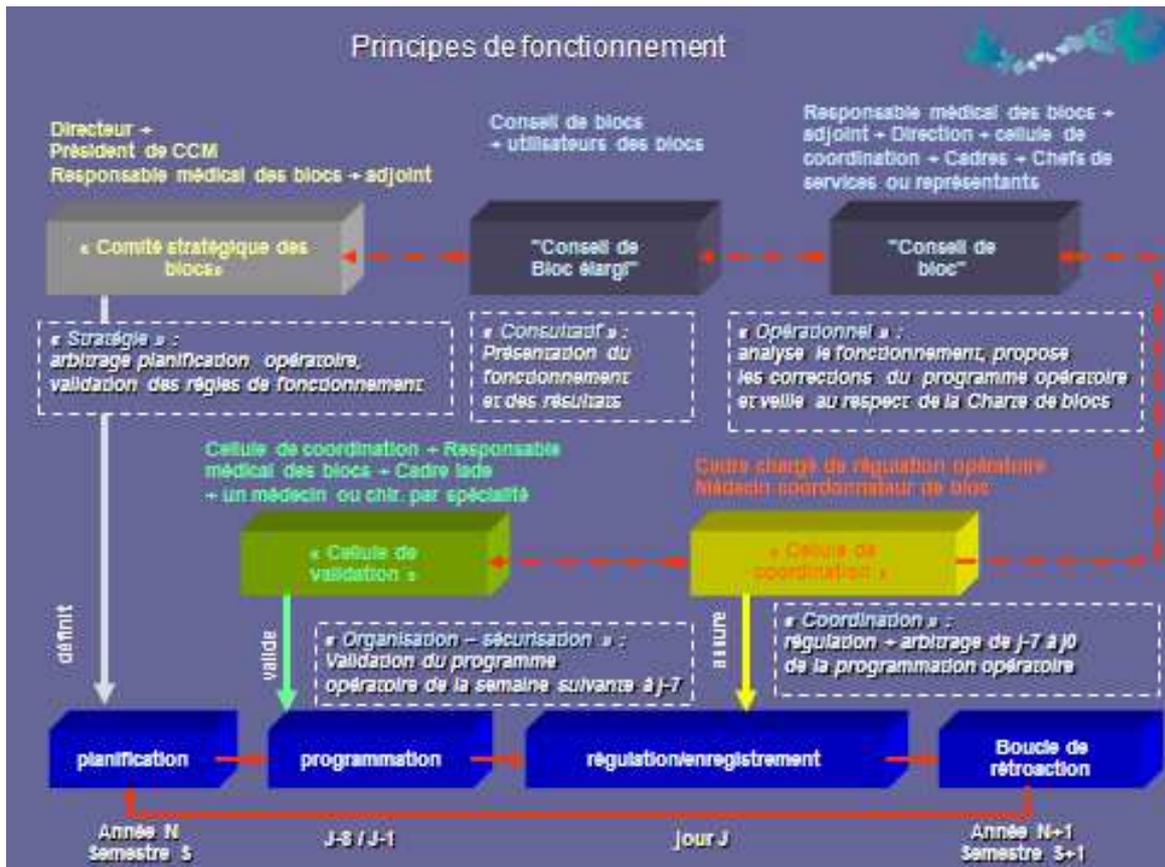
Le taux d'interventions non exploitables est le rapport entre le nombre d'interventions en erreur ou inutilisables pour le calcul des indicateurs sur le nombre total d'interventions. Les interventions non exploitables peuvent présenter les erreurs suivantes :

- date/heure d'entrée du patient en salle non renseignée.
- date/heure de sortie du patient de la salle non renseignée.
- durée d'intervention < 0.
- durée d'intervention inférieure à un seuil minimum (< 5 minutes).
- durée d'intervention supérieure à un seuil maximum (> 25 heures).
- intervention en inclusion dans une autre.

Sources : *Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques – Rapport final du chantier pilote, septembre 2006, MeaH.*  
*Et Recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées dans des blocs opératoires, septembre 2006, MeaH.*

*Et AP-HP, 2012, Vers des blocs plus sûrs et plus performants, recommandations élaborées par le groupe « optimiser l'organisation des blocs opératoires » - projets prioritaires pour l'AP-HP – 2012, 28p.*

ANNEXE X :structures organisationnelles au sein d'un bloc opératoire.



**La planification** consiste à définir (pour un semestre ou une année) :

- le nombre de vacances par praticien,
- les horaires d'ouverture des salles,
- les modalités de gestion des périodes de sur (ou sous) activité.

**La programmation** traite :

- la proposition de programme opératoire,
- la détermination des modes d'anesthésie,
- la gestion des salles, des équipements, des matériels et auxiliaires,
- les affectations de personnel,
- la gestion des modifications de programme jusqu'au jour J-1,
- l'élaboration du programme opératoire "définitif".

**La régulation** consiste à gérer les ajustements le jour J concernant :

- les dépassements ou les échanges de vacances, les affectations de personnel, les attributions de matériels.

L'enregistrement permet de consigner l'ensemble des interventions effectuées le jour J (noms des intervenants, durées des interventions, nature des incidents,...)

**La boucle de rétroaction** a deux objectifs :

- réajuster la planification en fonction de l'activité constatée, des files d'attente estimées, des capacités des unités de soins, des effectifs non médicaux disponibles,...
- réévaluer les durées d'intervention par praticien et type d'intervention (nécessaires à la programmation).

*Source : groupe projet sur la thématique prioritaire « bloc opératoire et chirurgie ambulatoire ».*

ANNEXE XI : répartition des plages opératoires par spécialité (mars 2013).

SALLES BUCA 13 SALLES : 2 AMBULATOIRES, 10 CONVENTIONNELLES, 1 URGENCE, 1 RADIO

	H/VAC	J/sem	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
<b>SALLE 12 AMBULATOIRE (du mardi au vendredi uniquement)</b>							
MATIN 8H00-10H00	2	4		UROLOGIE	UROLOGIE	UROLOGIE	UROLOGIE
MATIN 10H00-12H00	2	4		UROLOGIE	UROLOGIE	UROLOGIE	UROLOGIE
A-MIDI 12H-14H00	2	4		UROLOGIE	UROLOGIE	UROLOGIE	UROLOGIE
A-MIDI 14H00-16H00	2	4		UROLOGIE	UROLOGIE	UROLOGIE	UROLOGIE
<b>SALLE 11 AMBULATOIRE (du mardi au vendredi uniquement)</b>							
MATIN 8H00-10H00	2	4		GYNECO	ORL	DIGESTIF	THORAX
MATIN 10H00-12H00	2	4		GYNECO	ORL	DIGESTIF	THORAX
A-MIDI 12H-14H00	2	4		GYNECO	ORL	DIGESTIF	THORAX
A-MIDI 14H00-16H00	2	4		GYNECO	ORL	DIGESTIF	THORAX
<b>SALLE 10 AMBULATOIRE (jeudi et vendredi uniquement)</b>							
Matin semaines paires 8H-12H	2	2				GYNECO	ORL
Matin semaines impaires 8H-12H	2	2				GYNECO	DIGESTIF
A-midi semaines paires 12H-16H	2	2				GYNECO	ORL
A-midi semaines impaires 12H-16H	2	2				GYNECO	DIGESTIF
<b>SALLE 12 CONVENTIONNELLE (lundi uniquement)</b>							
MATIN 8H00-12H00	4	1	UROLOGIE				
A-MIDI 12H00-16H00	4	1	UROLOGIE				
<b>SALLE 11 CONVENTIONNELLE (lundi uniquement)</b>							
MATIN 8H00-12H00	4	1	GYNECO				
A-MIDI 12H00-16H00	4	1	GYNECO				
<b>SALLE 10 CONVENTIONNELLE</b>							
MATIN 8H00-12H00	4	4	DIGESTIF	DIGESTIF	DIGESTIF		
A-MIDI 12H00-16H00	4	4	DIGESTIF	DIGESTIF	DIGESTIF		
<b>SALLE 09 CONVENTIONNELLE</b>							

MATIN 8H00-12H00	4	4	THORAX	THORAX	THORAX	THORAX	THORAX
A-MIDI 12H00-16H00	4	4	THORAX	THORAX	THORAX	THORAX	THORAX
<b>SALLE 08 CONVENTIONNELLE</b>							
MATIN 8H00-12H00	4	5	UROLOGIE	UROLOGIE	UROLOGIE	UROLOGIE	DIGESTIF
A-MIDI 12H00-16H00	4	5	UROLOGIE	UROLOGIE	UROLOGIE	UROLOGIE	DIGESTIF
<b>SALLE 07 CONVENTIONNELLE</b>							
MATIN 8H00-12H00	4	5	ORL	ORL	ORL	ORL	ORL
A-MIDI 12H00-16H00	4	5	ORL	ORL	ORL	ORL	ORL
<b>SALLE 06 CONVENTIONNELLE</b>							
MATIN 8H00-12H00	4	5	GYNECO	GYNECO	GYNECO	GYNECO	GYNECO
A-MIDI 12H00-16H00	4	5	GYNECO	GYNECO	GYNECO	GYNECO	GYNECO
<b>SALLE 05 URGENCES (sauf jeudi et vendredi de 8h à 16h)</b>							
PENDANT PROG 8H-12h00	4	5		Curiethérapie	THORAX	DIGESTIF	DIGESTIF
PENDANT PROG 12H-16H	4	5		Stomatologie (sem.Impaires)	THORAX	DIGESTIF	DIGESTIF
HORS PROG. 16H - 8H00	16	7					
<b>SALLE 04 CONVENTIONNELLE</b>							
MATIN 8H00-12H00	4	5	UROLOGIE	UROLOGIE	UROLOGIE	UROLOGIE	UROLOGIE
A-MIDI 12H00-16H00	4	5	UROLOGIE	UROLOGIE	UROLOGIE	UROLOGIE	UROLOGIE
<b>SALLE 03 CONVENTIONNELLE</b>							
MATIN 8H00-12H00	4	5	UROLOGIE	UROLOGIE	DIGESTIF	UROLOGIE	UROLOGIE
A-MIDI 12H00-16H00	4	5	UROLOGIE	UROLOGIE	DIGESTIF	UROLOGIE	UROLOGIE
<b>SALLE 02 CONVENTIONNELLE</b>							
MATIN 8H00-12H00	4	5	ORL	ORL	ORL	ORL	ORL
A-MIDI 12H00-16H00	4	5	ORL	ORL	ORL	ORL	ORL
<b>SALLE 01 CONVENTIONNELLE</b>							
MATIN 8H00-12H00	4	5	THORAX	DIGESTIF	GYNECO	THORAX	GYNECO
A-MIDI 12H00-16H00	4	5	THORAX	DIGESTIF	GYNECO	THORAX	GYNECO
<b>SALLE 00 CONVENTIONNELLE</b>							
MATIN 8H00-12H00	4	5	GYNECO	GYNECO	PAC	GYNECO	GYNECO
A-MIDI 12H00-16H00	4	5	GYNECO	GYNECO	PAC	GYNECO	GYNECO

**SALLES LE LORIER : 1 SALLE D'URGENCE GYNECO, 1 SALLE AMP**

			ORL	THORAX	UROLOGIE	DIGESTIF	GYNECO
<b>TOTAL PAR ACTIVITE HORS URGENCES</b>			119%	116%	101%	110%	100%
TEMPS VACATION OFFERT	heures/sem.		92	72	144	76	112
BESOIN ESTIME	heures/sem.		77	62	143	69	112
ECART	heures/sem.		15	10	1	7	0
AMUBULATOIRE			150%	114%	114%	100%	114%
CONVENTIONNEL			116%	116%	97%	112%	98%

			ORL	THORAX	UROLOGIE	DIGESTIF	GYNECO
AMUBULATOIRE			150%	114%	114%	100%	114%
TEMPS VACATION OFFERT	heures/sem.		12	8	32	12	16
BESOIN ESTIME	heures/sem.		8	7	28	12	14

			ORL	THORAX	UROLOGIE	DIGESTIF	GYNECO
CONVENTIONNEL			116%	116%	97%	112%	98%
TEMPS VACATION OFFERT	heures/sem.		80	64	112	64	96
BESOIN ESTIME	heures/sem.		69	55	115	57	98
ECART	heures/sem.		11	9	-3	7	-2

Heures réalisées en janv et fev 2013 avec débordement après 17h			73	72,6	130,9	59	105,5
Heures réalisées en janv et fev 2013 sans débordement après 17h			71,4	66,6	123	56,4	101,9
TVO théorique à 85 % de TROS/TVO			84	78	145	66	120
Ecart en H entre besoin et TVO			8	-6	-1	10	-8

ANNEXE XII : Check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » (HAS).

Identification du patient  
Etiquette du patient ou  
Nom, prénom, date de naissance

## CHECK-LIST

### « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2011 - 01

Identité visuelle  
de l'établissement

Bloc : ..... Salle : .....

Date d'intervention : ..... Heure (début) : .....

Chirurgien « intervenant » : .....

Anesthésiste « intervenant » : .....

Coordonnateur(s) check-list : .....

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE <i>Temps de pause avant anesthésie</i>	AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE <i>Temps de pause avant incision</i>	APRÈS INTERVENTION <i>Pause avant sortie de salle d'opération</i>
<p><b>1</b> L'identité du patient est correcte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p><b>2</b> L'intervention et site opératoire sont confirmés :                      • <i>idéalement</i> par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                      • la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p><b>3</b> Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p><b>4</b> La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><b>5</b> L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnements                      • pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                      • pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*  <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i> <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><b>6</b> Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates :                      Le patient présente-t-il un :                      • risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*                      • risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*                      • risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*</p>	<p><b>7</b> Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe, en présence des chirurgien(s) – anesthésiste(s) / IADE – IBODE / IDE                      • identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                      • intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                      • site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                      • installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                      • documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><b>8</b> Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (<i>Time out</i>)                      • sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                      • sur le plan anesthésique (<i>Acte sans prise en charge anesthésique</i> (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.)) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><b>9</b> L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement. La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A</p> <p><small>N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention N/R : quand le critère est Non Recommandé pour cette intervention</small></p>	<p><b>10</b> Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :                      • de l'intervention enregistrée, <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*                      • du compte final correct des compresse, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A                      • de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A                      • si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A  <i>Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cochez N/A</i></p> <p><b>11</b> Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésiste <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*</p> <p style="text-align: center;"><b>DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *</b></p> <p style="text-align: center; font-size: small;"><u>SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT</u>                      Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe                      Chirurgien                      Anesthésiste / IADE                      Coordonnateur CL</p>

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU (DES) CHIRURGIEN(S) ET ANESTHÉSISTE(S) RESPONSABLES DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE

(1) SI LA VÉRIFICATION A BIEN ÉTÉ EFFECTUÉE, (2) SI ELLE A ÉTÉ FAITE ORALEMENT EN PRÉSENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉS ET

(3) SI LES NON-CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UNE \*) ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE.

**ANNEXE XIII** : plan d'action ressources humaines suite au séminaire de bloc sur la fidélisation des personnels.

Sujet	Actions	Etat d'avancement	Porteur	Cible
<b>Reconnaissance</b>	Respect entre les personnels	Baromètre social à mettre en place ? Réunions interprofessionnelles à suivre : élargir les CREX qui semblent bien fonctionner	Cadre IADE de la SSPI	Maintenant
	Mettre en place des référents par spécialité (x2)	Fiche de poste rédigée. Référents identifiés Réunion mercredi 17	Cadre de proximité chargé des RH	Conseil de bloc pour officialiser
<b>Respect des engagements</b>	Horaires – vacances Formation Formation IBODE Paiement des heures supplémentaires	Travail en lien avec la programmation (congrés médicaux) Formation par référents ? Départ en formation IBODE (3 candidats) ? Règles à afficher : nombre + délais	Cadre de proximité chargé des RH Formation IBODE : DRH	Avant fin avril
<b>Réflexions sur le temps de travail</b>	Mettre en place des horaires en 12h le Weekend	A valider puis mettre en place	Direction des soins et DRH	Fin juin
<b>Redéfinir les missions, les rôles et le cadre</b>	Fiches de poste Fiches de mission des IBODE Rôle cadre sur le terrain	IBODE : fait Interface stérilisation- bloc : fait Référente : fait Cadre RH : fait Gestionnaire bloc : fait Fiche de poste AS et mission as matin / midi / nuit + as logistique	Cadre supérieure de bloc.	
<b>Travail de collaboration avec l'ensemble des acteurs</b>	Fiches communes Dossier partagé	Contact pris XX Eléments envoyés par le cadre IADE de la SSPI :	Cadre supérieure de bloc	

**ANNEXE XIV** : plan d'action attractivité des personnels de bloc (atelier RH).

Sujet	Actions	Etat de validation et d'avancement	Porteur	Délais
Salaire et compensations	Prime mensuelle dès juin 2013	Prime validée par la Direction. Plans de communication à mettre en place (déjà indiquée dans fiche de poste de recrutement)	Direction des soins / DRH	Juin 2013
Aide sociale (logement, crèche)	Relancer les partenariats (Mairie, AP-HP)	Actions réalisées	DRH + Direction de site	Fait
Spécialisation dans 2 domaines maximum et possibilité de formation	Accueil de nouveau personnel : parcours de formation (implication du référent)	Référents identifiés. Dans certification Grille d'évaluation a finaliser Impliquer les référents	Cadre de proximité bloc chargé des RH	Juin 2013
Horaires de travail proposés	Proposer plus de souplesse dans les horaires	Non validé		
Valoriser le métier d'IBODE	Présenter les métiers dans les écoles IBODE et IADE Motiver les stagiaires AS, IDE, IBODE Formations vacation IFSI			
Promotion du bloc de Tenon	Mettre en place des journées portes ouvertes : - Cibler les directeurs d'écoles - Organiser les visites	A lancer	Communication	Octobre-novembre 2013
Proposition de formations (permet également d'améliorer les possibilités de développement)	Par les chirurgiens du site	Faire un planning de formation	Cadre supérieure de bloc Président conseil de bloc	Dès que possible

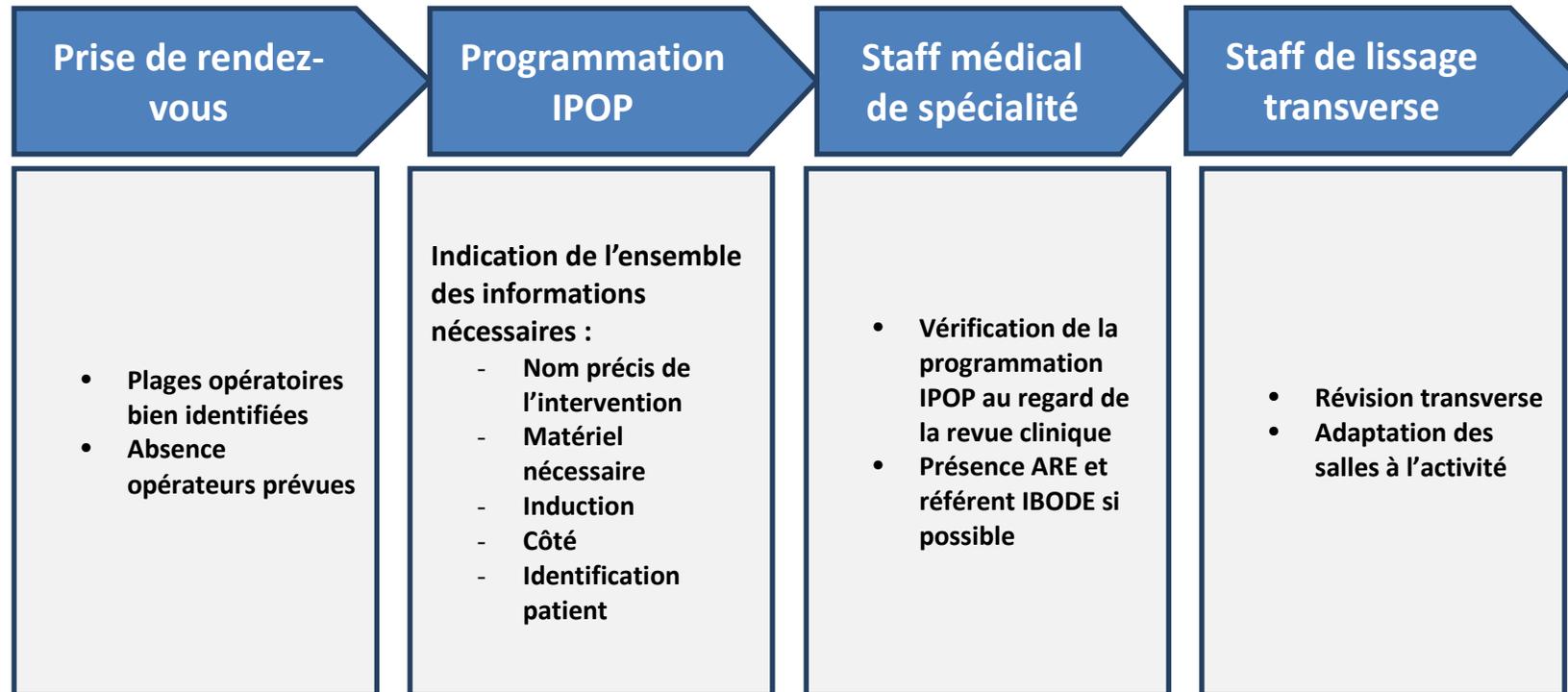
**ANNEXE XV** : plan d'action formation des personnels du bloc (atelier RH).

Sujet	Actions	Etat d'avancement	Porteur	Cible
Formation spécifique au métier d'IBODE	Mettre en place un parcours professionnalisant (personnel de stérilisation) → Stérilisation → Instrumentation	Echange le 15 mai : en commun Sté – bloc AS logistique : formation passant par la stérilisation + passage en stérilisation des AS du bloc	Cadre supérieur du bloc	Fin 2013. Démarrage avec AS logistique rapidement
Formation du personnel de la stérilisation	Connaissance des interventions	Echange le 15 mai : travail en commun Stérilisation – bloc	Cadre de proximité bloc chargé des RH	Mai-juin 2013
Formation spécifique pour ASH/AS	Formation à l'installation	1 IDE : travail en cours par spécialité pour standardiser l'installation avec les AS Vidéo sur l'installation pour éviter points de compression Formation spécifique au métier d'IBODE en lien avec école d'IBODE	Pilote : Cadre supérieur du bloc, 1 IDE. Coordonnateur médical blocs GH : Voir sur durée de formation nécessaire cadre IBODE formatrice école IBODE	Eté 2013
Mener des travaux	Participation aux travaux de recherche Ecriture de protocoles Publications	Travail en cours chez les IADE. Implication des IBODE possible ?	Cadre IADE SSPI + MAR (chef de pôle) Cadre supérieur du bloc + cadre expert	2014

**ANNEXE XVI** : plan d'action CL et EI.

Sujet	Actions	Etat d'avancement et porteur	Porteur	Cible
Checklist	Formalisation et diffusion des nouvelles règles	Revoir le processus en conseil de bloc : les IADE ne seraient pas plus indiquées pour coordonner lorsqu'il y a seulement une IBODE intérimaire nouvelle	Cadre supérieure de bloc + cadre supérieur	Conseil de bloc 16/04
	Impression A3 et affichage	Fait		Fait
	Présentation checklist + règles+film dans les staffs de spécialité		Chefs de service	Fin Avril !
	Intégrer la checklist dans la charte de fonctionnement du bloc + processus de fonctionnement	Checklist intégrée. Vérifier précision processus décrit		Fait
Evènements indésirables	Communiquer sur et utiliser le cahier de signalement des IE	Retours régulier à chaque réunion d'équipe mercredi	Cadre supérieure de bloc	Fait
	Utiliser le bilan checklist comme source d'information pour les CREX			
Intérimaire	Fiche d'accueil des intérimaires			
	Réunions du mercredi			
	Retour sur audit checklist dans le prochain			

**ANNEXE XVII** : vue du processus cible de programmation.



**ANNEXE XVIII** : plan d'actions sur la programmation opératoire.

Problème	Solution	Validation et état d'avancement	Porteur	Cible
Lisibilité du programme par l'ensemble du personnel (intitulé, durée, opérateur, matériel spécifique, côté, induction difficile)	Revoir thésaurus → lancé	Lancé	Ingénieur en organisation	Juin?
	Exhaustivité IPOP <b>Formation IPOP POUR TOUT LE MONDE</b> Toute information importante pour le bloc doit figurer dans IPOP → tout le monde doit y avoir accès	AS, IBODE, IADE Chirurgien / secrétaire : Voir avec la cadre supérieure de santé de Trousseau Priorité sur la gynéco	Cadre supérieure de bloc	
Répartition des tâches entre staff clinique et lissage (qui ne peut pas régler les problèmes propres aux spécialités):	Staff clinique : une partie du staff doit être centré sur la programmation – contrôle exhaustivité informations : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lien ARE ↔ Staff (présence ponctuelle et/ou information formalisée vers le référent ARE)</li> <li>2. Idem avec les référents du bloc (matériel)</li> </ol> LISSAGE : juste vérifier que ça passe et optimiser les plages vacantes et le cadre doit demander les informations complémentaires manquantes	A bien marché sur l'urologie. Généraliser le dispositif de pré-lissage a minima en gynécologie : prévu le lundi au détour du staff médical. ORL : pré-lissage réalisé le mercredi.	Chefs de service Président du conseil de bloc Chef de service gynécologie	Avril
Adaptation de la salle à la chirurgie qui y est réalisée	Rôle du lissage de changer les salles pour permettre à toutes les spécialités de réaliser leurs activités			

**ANNEXE XIX : plan d'actions concernant la régulation.**

Problème	Solution	Validation et état d'avancement	Porteur	Cible
Manque point d'entrée unique avec les spécialités	Identification d'un référent chirurgical par spécialité sur le bloc	Fait en gynécologie	Chefs de services / Président du conseil de bloc	
	Identification des référents MAR par spécialité Mise en place de la régulation médicale par un MAR	Référents identifiés et régulation MAR mise en place (implication hétérogène) Fiche de poste en cours de réalisation	Chef du service d'anesthésie / Pdt du conseil de bloc	
Manque de visibilité des patients en attente (urgents ou non programmés)	Mise en place d'une liste de patients non programmés par spécialité (salle virtuelle IPOP) avec envoi journalier de la liste des non programmés par référent chirurgical	Voir un chirurgien. RDV fixé la semaine prochaine	Cadre supérieure de bloc	Fait
Préparation en unités pas toujours faite sur bon patient	Mise en place de l'appel la veille au soir des unités pour confirmer le premier patient		Cadre supérieure de bloc	
Brancardage extérieur	Repousser la ligne rouge			
	Proposer des salles paires qui commencent en 1 <sup>ère</sup> et les salles impaires en second		Conseil de bloc	
Organisation AS pour sortie patient	Binôme des AS pour sortie de salle/bionettoyage : 2 AS pour 4 salles		Cadre supérieure de bloc	?
	Appel systématique des services par la SSPI à la sortie du patient		Cadre IADE SSPI	
	Ambulatoire : fermé le lundi : Port a cath ?			

**ANNEXE XX** : plan d'actions concernant le matériel.

Préparation du matériel.

Dysfonctionnement	Action proposée	Avancement et validation	Porteur	Cible
Pas de référent pour la réfection des chariots	Chaque jour, identifier une IBODE pour la préparation des chariots L'IBODE qui fait la liste du matériel urgent devra vérifier dans l'arsenal les manques		Cadres	
Missions de l'interface à préciser	Fiches de mission de l'IBODE d'interface et de l'IBO de garde à réaliser/ adapter	Fait	Cadre supérieure de bloc	
Fiches techniques incomplètes	Revoir les fiches techniques	En cours	Cadre supérieure de bloc	
Parc d'instruments à adapter au regard de la programmation	Dotation d'urgence ? Limiter sous-sachets non utilisés			
Vérification des péremptions non systématiquement réalisées	Mettre en place un planning pour la vérification des périmés par spécialité Identification des périmés à la réception de la stérilisation			
Pas d'identification au niveau des rayonnages	Harmonisation des libellés instruments			
Manque de connaissance et d'identification stérilisation / bloc	Atelier de formation et réalisation d'un catalogue photos des instruments			
	Signalement du matériel à traiter en urgence			
Problème d'étiquettes à la stérilisation sur le sachet				
	Revoir les intitulés optime		Cadre sup de bloc	

Jour de l'intervention.

Etape	Dysfonctionnement	Action proposée	Avancement et validations	Porteur	Cible
	Pasteur troué régulièrement	Achat de conteneurs métalliques Disposer d'un parc d'urgence			
J0	Etiquettes options se déchirent	Avoir des étiquettes collantes			
	Fiches de liaison mal remplies	Mettre en place des verrous pour s'assurer que la fiche de liaison est correcte et transmise			
	Feuille MJC non remplie par le chirurgien	?			
Matériel fin d'intervention	Préparation du bac : pas de procédure	Affichage procédure pré-désinfection + formation			
	Manque d'armoires de stérilisation	Garder une armoire en zone de stérilisation Appel de la stérilisation pour envoyer le matériel : utilisation des interphones			
	Vérification des non conformités pas forcément toujours bien réalisées	Mettre en place de verrous plus forts Adapter le formulaire pour mettre en évidence les problèmes. Mettre en place un tampon « 15 minutes »			

Etape	Dysfonctionnement	Action proposée	Avancement et validations	Porteur	Cible
Matériel fin d'intervention	Mélange des boîtes au moment de la décontamination rendant l'identification des manquants complexes	A définir			
Matériel lavé	Identification du matériel non conforme à améliorer	A définir			
	Casse ou perte instruments	Mettre en place autorisation écrite pour remise en circulation d'une boîte incomplète ou avec instrument cassé Avoir une finesse plus importante dans les non-conformités : matériel indispensable ou non Avoir une liste du matériel manquant ou non.	Voir ce qui a été fait à St Antoine pour le dispositif de suivi des non conformités		
	Pas de matériel suffisant pour compléter les boîtes	Faire la liste du matériel manquant pour en commander			
	Fiche de demande de matériel en stérilisation				
	Mettre en forme fiches techniques d'intervention par spécialité				

**ANNEXE XXI** : bilan de l'accompagnement par GE au 20 septembre 2013.

Bloc opératoire.

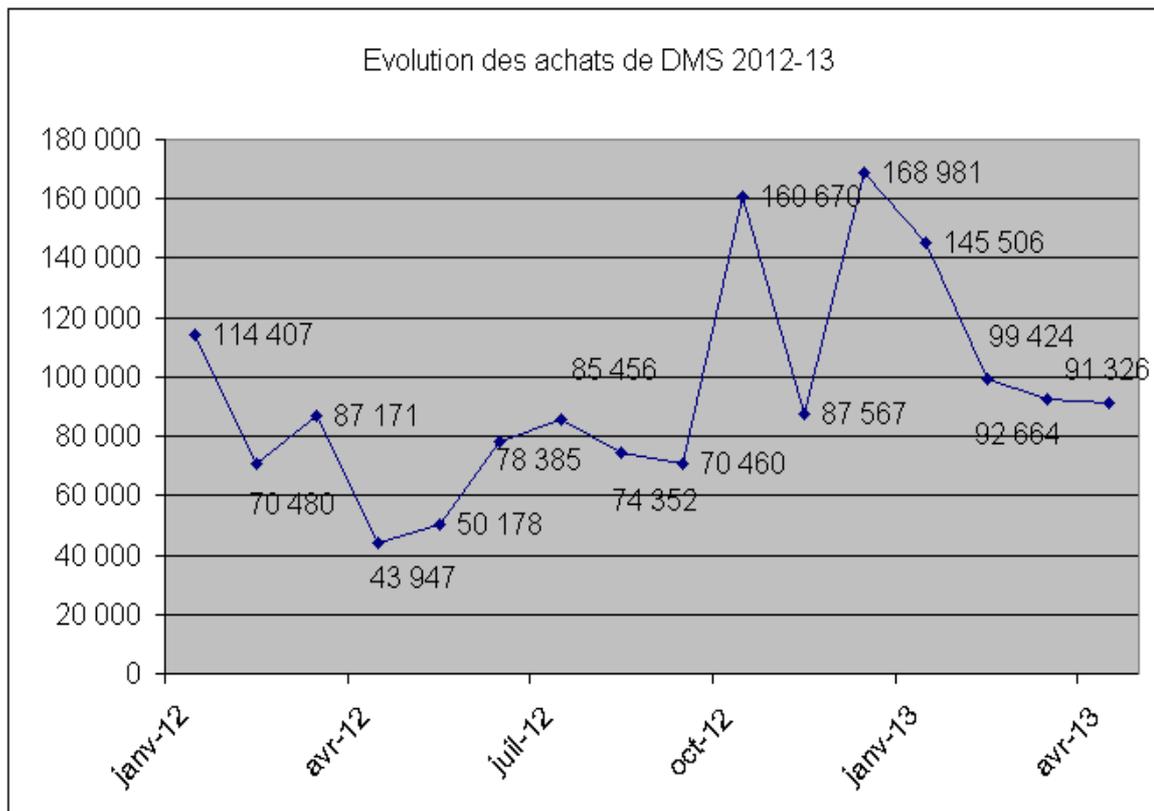
Chantier	Etat	Commentaire
<b>Check-list et OSIRIS</b>	Avancé / Moyen	RAPPEL ACTION DECIDEE 21/06: Réaliser un audit en juillet dans le bloc et rappeler les règles Audit fait : 68% des checklists sont réalisées et conformes aux exigences HAS contre 34% en avril. <b>ACTION</b> : Réaliser un auto audit - POURSUIVRE ET AFFICHER LES RESULTATS PAR ACTEUR POUR ATTEINDRE LE 100%
<b>Ressources humaines</b>	Avancé / Moyen	Recrutement en cours de 4 IDE + 1 cadre IBODE (arrivée début juillet). Organisation de l'encadrement : mission et répartition sur les personnes : quid des missions logistiques ? Arrivée d'un logisticien ? <b>ACTIONS</b> : Mettre en place l'organigramme soignant du bloc et planning prévisionnel de la réduction des dépenses d'intérim Recrutements réalisés : 5 IDE Recrutements à venir : de 3 à 4 IDE.
<b>Hygiène et sécurité</b>	Avancé / Non fait	Traçabilité du bionettoyage par les AS s'est améliorée Respect de la tenue : Pas d'évolution <b>ACTION</b> : Rappel des règles et conduite à tenir en cas de non- respect
<b>Programmation</b>	Moyen	Thésaurus revu entre M. Poiroux et les opérateurs. Intégrés dans IPOP sauf URO <b>ACTION</b> : travail avec les secrétaires sur la programmation sur IPOP (formation).
<b>Régulation</b>	Moyen	Observation mi-juillet : Amélioration : L'infirmière régulatrice est plus centrée sur les tâches, moins polluée par les tâches annexes. Difficulté : localisation des patients dans les US <b>ACTION</b> : utilisation d'ORBIS et identification du workflow à utiliser. Rappel en unité de soins que les problématiques du bloc doivent être prépondérantes. Quid de l'appel la veille au soir pour la préparation du premier patient du lendemain ?
<b>Matériel</b>	Non fait	Mission matériel en cours : reprise suite à la fin de l'audit HAS à vérifier. Amélioration sur la gestion des DM. Les problèmes subsistent. <b>ACTION</b> : définir précisément qui fait quoi sur la gestion du matériel (cf. question sur les RH)

Ambulatoire.

Chantier	Etat	Commentaire
<b>Organisation opérationnelle</b>	Avancé	<p>Document Dossier Patient Ambulatoire (DDPA) déployé et apprécié, malgré quelques réserves mineures, levier majeur pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Amélioration des appels de la veille suite à l'introduction du DPPA: Le document scripte l'appel et aide le soignant à aller à l'essentiel. Le gain de temps est considérable et permet de rassembler tous les appels sur une plage réduite.</li> <li>•Amélioration de l'exhaustivité des infos transmises vers le service grâce au DPPA.</li> </ul> <p>Forte volonté des acteurs du service de faire basculer le DDPA sur le logiciel ORBIS.</p> <p>Meilleure séparation accueil/hospitalisation, d'où des AS davantage mobilisés sur l'hébergement. Accueil sédentarisé via ½ tps thérapeutique</p> <p>Désengorgement consultation d'anesthésie par ouverture anticipé vs. ouverture du service et maintien pendant fermeture des périodes scolaires, mais tout reste concentré sur 1 médecin</p> <p>Trop de rajout à S-1 (hors IVG) : patient non vu en CS d'anesthésie avant le staff,</p>
<b>Développement d'activité</b>	Moyen	<ul style="list-style-type: none"> <li>•L'activité globalement stable même si en progrès sur les taux des 38 Gestes Marqueurs (GM).</li> <li>•Disparité importante selon les spécialités (Urologie, Digestif, Gynécologie ++, ORL, Thoracique --).</li> <li>•Unité sature à 12 patients/jour travaillé + disponibilité de la vacation de consultation d'anesthésie, l'accès au bloc étant toujours possible via des vacances traditionnelles, dans un contexte de nouvel opératoire</li> </ul> <p><b>ACTION</b> : revisiter les potentiels suite aux progrès de 2013 pour dimensionner les évolutions des consultations d'anesthésie, opportunité d'ouvrir le lundi et création nouvelle vacations dédiées ambulatoire.</p>
<b>Pilotage</b>	Avancé / Moyen	<p>Le service a refondu son tableau de bord pour suivre les annulations, maintenant automatisé. Le suivi « volume » et repli est également assurée et le recueil se fait au fil de l'eau.</p> <p>Plus d'intégration reste souhaitable, trop de sources différentes Le tableau de bord de pilotage ambulatoire est en cours de construction. Les indicateurs sont définis (cf. annexe). Le tableau de bord doit maintenant être mis en œuvre et industrialisé</p> <p><b>ACTION</b> : poursuivre la construction des tableaux de bord.</p>

**ANNEXE XXII** : Tableau et graphiques récapitulant les achats de DMS et DMI en 2012 et 2013.

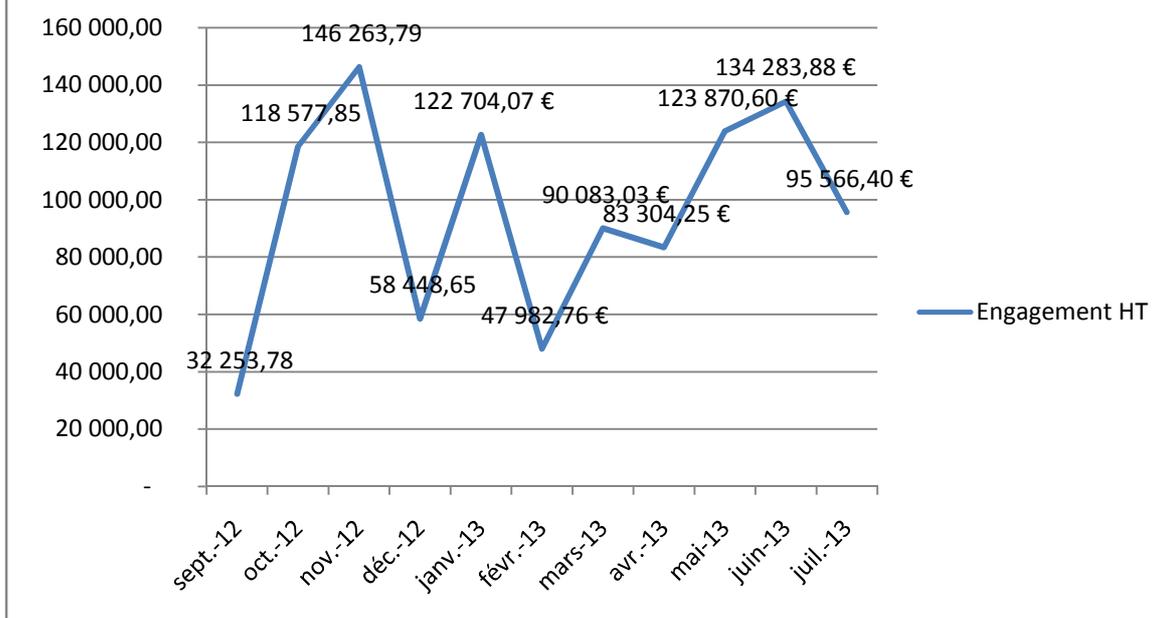
Achat des DMS entre janvier 2012 et mai 2013 :



Achat des DMI depuis l'ouverture de Gabriel-Meyniel.

Mois	Engagement HT
sept-12	32 253,78
oct-12	118 577,85
nov-12	146 263,79
déc-12	58 448,65
janv-13	122 704,07 €
févr-13	47 982,76 €
mars-13	90 083,03 €
avr-13	83 304,25 €
mai-13	123 870,60 €
juin-13	134 283,88 €
juil-13	95 566,40 €

## Achats de DMI sur Gabriel-Meyniel



**ANNEXE XXIII** : fiche de poste d'IDE ou AS logistique (projet DRH et Direction des Soins et des Activités Paramédicales du Siège de janvier 2013).



**FICHE DE POSTE**  
Date de mise à jour :

**GH**

**ETABLISSEMENT**

**ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT**

**INTITULE DU POSTE**

**Logisticien**

**METIER**

**Logisticien**

**CODE METIER**

25C501

**GRADE**

Dans le cadre de la création du poste : infirmier diplômé d'état. Dès lors que le métier est reconnu et selon le pôle ou le secteur du pôle, le poste pourra être tenu par un aide- soignant

**STRUCTURE**

**POLE** : 1 logisticien ou plusieurs en fonction de la nature du pôle (intra ou inter) capacité du pôle et de l'implantation

**INTITULE**

---

**ACTIVITE**

---

**SERVICE**

**PRESENTATION**

---

**COMPOSITION DE L'EQUIPE**

---

**LIAISONS**

**HIERARCHIQUE direct**

Cadre de proximité ou cadre de pôle

---

**FONCTIONNELLES**

Equipe paramédicale du pôle/secteur du pôle  
Services économiques du GH/site  
Services techniques, biomédical, logistique du GH/site  
Equipe médicale du pôle/secteur du pôle  
Cadre administratif du pôle/secteur du pôle  
Pharmacie du GH/site  
Conseiller en prévention des risques professionnels du site  
Equipe opérationnelle d'hygiène du GH/site  
Service qualité et gestion des risques du GH/site

---

## ACTIVITES

- Recueil et exploitation des besoins en dispositifs médicaux/stériles ou non stériles, produits/petits matériels/équipements et consommables hôteliers, biomédical, et informatique, pharmacie (fluides médicaux, hors médicaments), parc automobile
- Recherche des matériels et produits adaptés aux besoins, dans le cadre des marchés du GH ou AP-HP y compris tests pratiques et recueil des coûts (acquisition, fonctionnement)
- Commande dans le système d'information (après accord du cadre)
- Réception et contrôle des livraisons
- Alerte du cadre sur tout dysfonctionnement ou anomalie
- Recueil des éléments de satisfaction/insatisfaction relatifs aux matériels et identification des dysfonctionnements et pannes récurrents
- Mise en place et tenue des tableaux de suivi des anomalies, des maintenances , des inventaires...
- Diagnostic de première intention de panne pour certains matériels
- Maintenance de premier niveau pour certains matériels
- Organisation du transport des matériels pour maintenance en cas de panne, de l'enlèvement des matériels mobiliers et des déménagements
- Suivi de des opérations de maintenance curative des matériels/équipements (délais, traçabilité des demandes...)
- Recueil des besoins et suivi de la maintenance des locaux (préventive et curative)
- Vérification de la réalisation de la désinfection des matériels hôteliers et contrôle du nettoyage des locaux
- Suivi du bon fonctionnement des matériels réalisés par les équipes du pôle
- Sensibilisation des utilisateurs au bon usage des matériels/ suivi des formations délivrées par les fournisseurs de matériels, les services techniques /biomédical et formation du GH/site
- Collecte et mise à disposition de la documentation sur les matériels
- Veille professionnelle

## QUOTITE DE TRAVAIL

## HORAIRES DE TRAVAIL

Lundi à vendredi, 7h36 sur une plage horaire de 8h -18h selon l'organisation des services

## COMPETENCES REQUISES

### Savoir faire requis

- Analyser et prioriser des informations, des actions en fonction des urgences, des organisations et des nécessités de service
- Argumenter et convaincre des interlocuteurs
- Utiliser les logiciels institutionnels dédiés à l'approvisionnement
- Organiser et optimiser les stocks de produits , petits matériels et équipements
- Utiliser les procédures logistiques
- Identifier et diagnostiquer un dysfonctionnement, une panne, le défaut d'un matériel, d'un équipement et donner les suites pour leur réparation
- Evaluer la conformité de la mise en œuvre d'une consigne, une procédure
- Evaluer l'état de propreté des surfaces, de matériels
- Formaliser, adapter et expliquer des procédures et consignes
- Organiser et classer des données, des informations, une documentation

### Connaissances associées

- Connaissance de l'hôpital (organisation, fonctionnement)
- Connaissances des spécificités des activités du pôle/ secteur du pôle

- Connaissances des procédures existantes relatives à l'approvisionnement et aux maintenances
- Bureautique/internet/intranet
- Négociation : méthodes et pratiques
- Marché, produits et fournisseurs
- Logistique générale
- Gestion des risques sanitaires et professionnels (normes et réglementation...)
- Bio-nettoyage et hygiène des locaux
- Droit des patients
- Classement et archivage

## PRE-REQUIS

Connaissance de l'hôpital  
Bureautique (word, excel)

## RISQUES PROFESSIONNELS ET MESURES PREVENTIVES

- Risque TMS liés aux déplacements, à la manutention des charges et aux postures de travail
  - Mesures préventives : organisation du travail, des espaces de travail, aides techniques et formation
- Risque chimique
  - Mesures préventives : aides techniques (équipements de protection individuelle adaptés) et formation

### Sous réserve des spécificités des postes :

- Possibilité de risque psychosocial
  - Mesures préventives : moyens apportés au logisticien : soutien du cadre et du corps médical, positionnement du métier, parcours d'intégration et de professionnalisation, outils de travail
- Possibilité de risque d'électrisation, d'écrasement, de heurt suivant la méthode de diagnostic et emplacement des matériels en panne
  - Mesures préventives : organisation, équipements de protection individuels, formation

ALZIN

Solenne

Décembre 2013

**Directeur d'hôpital**  
Promotion 2012 - 2014

**La mise en place d'un bloc commun : état des lieux et perspectives, l'exemple du bloc Gabriel-Meyniel de l'hôpital Tenon**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

**Résumé :**

Ce mémoire vise à réaliser un bilan du fonctionnement du bloc opératoire Gabriel-Meyniel de l'établissement public de santé Tenon un an après l'ouverture du bâtiment Meyniel en mai 2012. Il s'agit d'un bloc de 13 salles opératoires et d'une salle de radiologie interventionnelle pratiquant à la fois de la chirurgie conventionnelle et ambulatoire. Un travail sur l'organisation logistique et les ressources humaines a été mené par la direction et l'encadrement médical et paramédical avant et après l'ouverture.

Le mémoire s'appuie sur des entretiens semi-directifs, un recueil de données chiffrées sur l'activité et l'effectif du bloc ainsi qu'une recherche bibliographique, à la fois grâce aux ressources internes (comptes-rendus de réunions) et externes (littérature).

Le travail mené met également en avant les perspectives d'amélioration encore possibles afin d'optimiser l'utilisation du bloc opératoire et de servir d'exemple à d'autres restructurations de bloc.

**Mots clés :**

Bloc opératoire, bloc commun, chirurgie ambulatoire, chirurgie conventionnelle, établissement sanitaire, hôpital, polyvalence, infirmier bloc opératoire, personnel médical

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*