



Directeur d'hôpital

Promotion : **2019 - 2020**

Date du Jury : **Septembre 2020**

**Réorganiser le bloc opératoire,
un enjeu majeur pour le Centre
Hospitalier Edmond Garcin**

Marina TSELEPIDES

Remerciements

Je commencerais par remercier vivement mes maîtres de stage, Madame Stéphanie Luquet, directrice de l'établissement et Monsieur David Catillon, qui a été Directeur par intérim, Directeur référent du pôle GUMP. Je souhaiterais évoquer en quelques mots leur disponibilité, leur patience, leur aide précieuse et bien sûr la confiance accordée dans l'exercice de mes missions. Mes remerciements vont également à l'ensemble des directeurs adjoints, et plus particulièrement à Monsieur Pascal Sandmann, Directeur et coordonnateur général des soins, pour leur accueil chaleureux, l'intégration à leur équipe et leurs conseils de grande valeur. Je suis particulièrement reconnaissante au Dr Nicolas Heisel, praticien hospitalier réanimateur et chef du pôle CCARGYO, à Madame Barbara Kessl, cadre du bloc opératoire et du pôle CCARGIO, à Madame Stéphanie Mathiot, ingénieur responsable qualité, à son assistante Madame Fetta Hamai, à Monsieur Clément Desilets, cadre administratif de pôle et enfin à Madame Christine Fustier, infirmière hygiéniste, pour leur expertise, leur collaboration, leur dynamisme et leurs encouragements.

J'exprimerais ma profonde gratitude et reconnaissance à ma directrice de mémoire, Madame le Dr Evelyne Ragni-Ghassarozian, praticien hospitalier urologue à l'AP-HM (Hôpital nord) et expert visiteur à la HAS, qui a su avec grand professionnalisme et humanité m'initier à la démarche qualité, et au monde ô combien particulier du bloc opératoire en m'encadrant tout au long de ce parcours. Mes meilleures pensées vont au Dr Jacques Ragni, Chef du service Vigilances et gestion des risques (ViGeRiS), à l'AP-HM, et praticien hospitalier en anesthésie réanimation, qui en tant qu'excellent pédagogue, promeut un changement de paradigme de la gestion des risques en m'alliant à sa cause.

J'adresse mes plus vifs remerciements, bien évidemment, à Madame Thérèse Arvis, ancienne cadre supérieure de santé à la Polyclinique Saint Laurent (Rennes) et expert visiteur à la HAS, qui avec passion et grande expertise, m'a conseillée et accompagnée au cours de ce parcours initiatique avec un inconditionnel soutien.

Je tiens à remercier très sincèrement Madame Corinne Céa, chef du bloc opératoire à l'Institut Paoli-Calmettes (Marseille) à qui je dois tout l'intérêt que je porte au bloc opératoire. Outre le partage de sa longue expérience, elle a patiemment contribué à mon acculturation en me conseillant et en me sensibilisant aux pratiques usuelles.

Je tiens à signifier toute mon estime et ma reconnaissance au Docteur Alain Marignan, médecin généraliste-archéologue pour la finesse de ses analyses, le partage de ses connaissances, sa pédagogie et ses encouragements sans faille.

Enfin, un grand merci, à Monsieur Richard Rouxel, directeur des études de la filière directeur d'hôpital, à Mesdames Isabelle Daubus et Isabelle Houze, responsables pédagogiques, sans qui la réussite du stage et de ces deux années de formation n'auraient pu avoir lieu. Mes meilleures pensées vont également aux stagiaires de l'EHESP, qui comme moi découvraient l'hôpital et aux personnes que j'ai côtoyées au sein de cette entité publique.

Sommaire

Introduction.....	7
1 SI LE BLOC OPERATOIRE POSSEDE SES SPECIFICITES, CELUI D'AUBAGNE EST A CONFORTER SUR LE TERRITOIRE LOCAL DE SANTE.....	12
1.1 Le bloc opératoire, une structure de production par définition complexe, organisée pour le patient	12
1.1.1 Le bloc, une structure contraignante qui défie le Thanatos	12
1.1.2 Le bloc, un lieu de contradiction, fédéré autour du patient	15
1.2 Au CHEG, un bloc opératoire polyvalent à taille humaine dont le pilotage et la coordination sont à réorganiser	16
1.2.1 Un bloc polyvalent, cependant vétuste et peu adapté aux recommandations	16
1.2.2 Une coordination complexifiée par la nature des activités opératoires et la diversité des interfaces.....	18
1.3 AU CHEG, un bloc opératoire dont l'activité est à consolider sur le territoire	21
1.3.1 Des indicateurs de performance centrés sur la planification, la programmation et la régulation pour une organisation optimale	21
1.3.2 Des indicateurs de performance révélateurs d'une efficacité limitée du bloc aubagnais	22
2 L'IDENTIFICATION DES RISQUES MAJEURS AU CŒUR DU PROCESSUS D'AMELIORATION DU BLOC AUBAGNAIS	25
2.1 La démarche qualité et la gestion des risques, conditions nécessaires à la sécurité des patients	25
2.1.1 Un processus assurant la maîtrise des événements indésirables	25
2.1.2 Le rapport de certification V2014, un document de référence	27
2.2 La hiérarchisation des risques à l'origine d'une plus grande maîtrise et efficacité	28
2.2.1 Une priorisation des risques selon les grilles définies par la HAS	28
2.2.2 Des points précis à réévaluer par la HAS.....	28
2.3 Des risques majeurs structurels et organisationnels identifiés au bloc aubagnais.....	29
2.3.1 Des écarts conséquents révélés par l'évaluation de la HAS sur « <i>le management de la prise en charge du patient au bloc et en endoscopie</i> »	29
2.3.2 Des écarts récurrents et structurels qui s'inscrivent dans la durée	33
3 UNE REORGANISATION DU BLOC FONDEE SUR DES ACTIONS PRIORISEES ET UN MANAGEMENT RENOUVELE	36
3.1 La consolidation de la gouvernance, une condition nécessaire à la réorganisation effective du bloc.....	36

3.2 Des actions priorités pour répondre à une prise en charge adapt�e et s�curis�e du patient	37
3.2.1 La priorisation des actions et la coordination des pilotes, conditions nécessaires à la réorganisation du bloc en concertation avec l'ARS	37
3.2.2 Le suivi d'une méthodologie rigoureuse et opérationnelle, conditions nécessaires à l'efficacité du plan d'action	38
3.3 Un portage par la gouvernance fort fondé sur la valorisation de l'intelligence collective et la responsabilisation des acteurs	47
3.3.1 Un capital humain à valoriser dans l'inclusivité et non l'exclusivité	47
3.3.2 Un encadrement de conviction, reposant sur l'intelligence collective et la responsabilisation des acteurs	48
Conclusion	50
Annexe 1	56
Annexe 1 bis	59
Annexe 2	60
Annexe 3	65
Annexe 4	67
Annexe 5	68
Annexe 6	73
Annexe 7	74

Liste des sigles utilisés

- ANAP** : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé
- AP** : Audit de processus
- AP-HM** : Assistance Publique -Hôpitaux de Marseille
- ARS** : Agence régionale de santé
- AS** : Aide soignante
- CCARGYO** : Pôle Consultation/Chirurgie/Anesthésie/Réanimation/Gynécologie/Obstétrique
- CH** : Centre hospitalier
- CHEG** : Centre hospitalier Edmond Garcin
- CHU** : Centre hospitalier universitaire
- CLIN** : Comité de lutte contre les infections nosocomiales
- CME** : Commission médicale d'établissement
- COQUA** : Coordonnateur qualité et gestion des risques (binôme par pôle composé par un cadre et un médecin)
- COVIRISQ** : Comité des vigilances, des risques et de la qualité
- CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectif et de moyen
- CREF** : Contrat de retour à l'équilibre financier
- CTA** : Centrale de traitement de l'air
- DPI** : Dossier patient informatisé
- DRMAO** : Directeur des ressources matérielles et de l'audit organisationnel
- EI** : Evénements indésirables
- EIAS** : Evènement indésirable associé aux soins
- EOH** : Equipe opérationnelle d'hygiène
- EOR** : Equipe opérationnelle de la gestion des risques
- EPP** : Evaluation des pratiques professionnelles
- ETP** : Equivalent temps plein
- GCS** : Groupement de coopération sanitaire
- GHT** : Groupement hospitalier de territoire
- GRPHH** : Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière
- GUMP** : Pôle Gériatrie-Urgences-Médecine-Pédiatrie
- HAS** : Haute autorité de la santé
- IADE** : Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
- IBODE** : Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat
- IDE** : Infirmier diplômé d'Etat
- IQSS** : Indicateur de qualité et de sécurité des soins
- MAR** : Médecin anesthésiste réanimateur

MEAH : Mission d'expertise et d'audit hospitalier
MCO : Médecine, chirurgie et obstétrique
NC : Non-conformité
ORL : Oto-rhino-laryngologie
PACA : Provence-Alpes Côtes d'Azur
PAQSS : Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
PCR : Personne compétente en radioprotection
PDCA : Plan : prévoir, Do : réaliser, Check : évaluer et Act : agir
PEP : Pratique exigible prioritaire
PM : Personnel médical
PNM : Personnel non médical
PS : Point sensible
QGDR : Qualité gestion des risques
RMM : Revue de morbi-mortalité
SFAR : Société française d'anesthésie et de réanimation
SSPI : Salle de surveillance post interventionnelle
T2A : Tarification à l'activité
TROS : Temps réel d'occupation
TVO : Temps de vacation offert
UCAA : Unité de chirurgie et anesthésie ambulatoire
UCE : Unité de chirurgie externe
UPARAC : Unité de programmation, d'accueil, de régulation de l'activité chirurgicale
USC : Unité de surveillance continue
UDPS : Unité de dépôt de produit sanguin
ViGeRiS : Vigilances et gestion des risques (service de l'AP-HM)

Introduction

En cohérence avec la politique nationale et la politique régionale de santé, le centre hospitalier Edmond Garcin (CHEG), du nom de son fondateur, a pour priorités d'améliorer l'état de santé de la population et de réduire les inégalités sociales en proposant une prise en charge des patients adaptée au territoire. Premier offreur de soins sur la commune d'Aubagne, au cœur du territoire Est-Marseillais qui s'étend sur treize communes, ce dernier se situe à proximité de trois autres établissements (clinique privée la Casamance, hôpital La Ciotat de taille moyenne et centre hospitalier universitaire CHU Timone) dans un rayon d'une vingtaine de kilomètres. Construit dans les années 70, avec 300 lits¹ et places, plus de 1000 professionnels, toutes catégories confondues, le CH a pour vocation d'offrir des soins adaptés et de qualité à une population vieillissante dans une région où les disparités socio-économiques sont significatives. Avec un budget de 68,5 millions d'euros et près de 14 000 entrées directes en 2019, le CH répond aux missions du service public de santé en assurant les examens de diagnostic, de surveillance, de traitement des hospitalisés et des urgences. Véritable relais sur le terrain des actions médico-sociales, le CHEG assure également des missions d'enseignement, de formation, de prévention et d'éducation de la santé.

Afin de répondre aux spécificités de la population en PACA, l'offre de soins diversifiée, repose sur la médecine, la chirurgie et la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie, la réanimation et la gériatrie. Le service d'accueil des urgences (SAU) génère un taux d'hospitalisation élevé. Le plateau de consultations multidisciplinaires est conséquent, incluant une activité d'obstétrique importante (1100 accouchements en 2018). La gériatrie est une des filières les plus complètes avec plus de 100 lits d'hospitalisation ou d'hébergement, répartis sur deux sites géographiques, le CHEG et la Maison du parc. Le plateau technique à disposition, comprend outre un service d'imagerie médicale conventionnelle, un bloc opératoire de six salles, construit en 1992, une SSPI de cinq places, un bloc obstétrical comprenant quatre salles d'accouchement, une salle de césarienne, une stérilisation centralisée, une pharmacie, et enfin un laboratoire de biologie médicale partagé dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS). Enfin, le service de réanimation, récemment rénové contient huit lits et l'unité de surveillance continue en contient quatre.

L'offre de soins proposée par l'établissement est plurielle dans un environnement extérieur fort exigeant au niveau réglementaire. C'est pourquoi, des orientations stratégiques bien définies et pertinentes sont nécessaires afin d'adapter les modes de prise en charge et les parcours de soins. Dans ce but, le dernier projet d'établissement 2018-2022, « *L'Hôpital de demain se prépare aujourd'hui* », met en avant la structuration d'une offre de santé transversale performante, tournée vers le parcours du patient, animée au niveau du territoire. La réorganisation portée en interne par la nouvelle gouvernance, est donc de répondre aux spécificités de l'établissement en valorisant son identité eu

¹ L'établissement compte 180 lits MCO, 20 lits SSR, 30 lits long séjour, 30 lits EHPAD, 38 lits SSIAD.
Marina TSELEPIDES - Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique - 2020

égard au profil des patients accueillis. Le choix a été fait de collaborer avec les différents acteurs-partenaires en s'intégrant pleinement, depuis 2016, dans la dynamique public-public du GHT13 portée par l'établissement support, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille. La structuration du parcours médical du GHT13 passe d'une logique de service à une logique de parcours ou de filières au sein desquelles la gradation des soins se veut plus adaptée et centrée sur le patient (le bon patient, au bon endroit, au bon moment).

Toutefois, malgré une dynamique instaurée par la nouvelle équipe de direction, les projets de restructuration et de modernisation soutenus par l'ARS PACA, se heurtent à des difficultés d'ordre financier, organisationnel et architectural qui complexifient leur mise en œuvre dans un contexte économique très dégradé. Avec plus de 6 millions d'euros de déficit structurel annuel, depuis une quinzaine d'années, et sous contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), une politique d'investissement tarde à voir le jour. La gouvernance est non pérenne et a accueilli récemment un nouveau chef d'établissement qui doit répondre à de nombreux impératifs dans un climat social sensible. Outre les comportements individualistes ou ethniques, l'exercice privé des hospitaliers apparaît également ancré. La direction commune envisagée depuis plus de deux ans avec le CH de La Ciotat, n'ayant pas eu lieu, la remobilisation autour du projet d'établissement se met difficilement en place. Or, le projet, soulignait déjà des fragilités telles que le management de la démarche qualité et de gestion des risques, éléments indispensables à l'amélioration continue de la prise en charge des patients. Pour la Haute Autorité de la Santé (HAS), « *La qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficientes que possible* »². Les politiques d'amélioration de la qualité des soins doivent ainsi concilier les impératifs économiques de l'organisme, l'intérêt général, le principe d'accessibilité, l'efficacité, l'évaluation et la régulation des pratiques cliniques.

La culture qualité et sécurité des soins est à déployer sur l'ensemble du CHEG pour contribuer au processus continu de la maîtrise des risques. De plus, une démarche innovante, centrée sur la recherche et la sécurité, doit être encouragée avec le développement des reconnaissances externes (réglementaires : accréditations type cofrac ou volontaires : accréditations individuelles des médecins et des équipes) et les certifications (HAS). Elles consistent à évaluer tous les quatre ans, à périodicité définie, la sécurité et la qualité des soins prodigués en analysant notamment l'organisation interne de l'établissement, le fonctionnement global et la satisfaction des patients.

La réussite de ce projet aubagnais repose sur une vision systémique et une évaluation régulière. En conséquence, des plans d'actions pluriannuels ont été mis en place ; parallèlement, la prévention du risque infectieux et la surveillance des infections nosocomiales ont été assurées par l'Equipe opérationnelle d'hygiène (EOH) en lien avec le Comité de lutte contre les infections

²HAS, 2007, Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_rapport_college_has_horizons.pdf, 2007.

nosocomiales (CLIN). En 2014 a vu le jour une Equipe opérationnelle de la gestion des risques (EOR) ainsi qu'un Comité des vigilances, des risques et de la qualité (COVIRISQ). Leur premier objectif était d'élaborer une cartographie permettant de prioriser et coordonner les actions à mener notamment en matière de sécurisation du circuit du médicament.

Dans ce contexte, a eu lieu en novembre 2019, la deuxième visite de certification V2014 des experts visiteurs en étroite relation avec le service qualité et la direction des soins. Un pré-rapport a été remis à l'établissement, fin janvier 2020. Le rapport contradictoire, une fois rédigé fin février 2020, a été étudié par la Commission de certification des établissements de santé, qui a adopté le rapport définitif. Dès sa réception et dans un délai de six mois, une visite des experts sera alors à nouveau programmée. Un compte qualité devra être produit deux mois avant la date prévisionnelle de la visite. Le rapport de certification V2014 a, en effet, révélé plusieurs dysfonctionnements pour lesquels des actions doivent être engagées dans les plus brefs délais. Il a été notamment mentionné une organisation et un fonctionnement du bloc opératoire non définis ni formalisés, autant pour l'activité chirurgicale qu'endoscopique.

Avec l'accord du Directeur par intérim, il a été décidé que je participerai à l'élaboration de la cartographie des risques, à l'actualisation de la charte de bloc et enfin à la participation aux groupes de travail de suivi de la visite de certification. Cette dernière a été le point de départ d'une réflexion personnelle et l'occasion de suivre en temps réel le processus de la certification qui, jusqu'alors, m'était inconnu. Parallèlement, je découvrais pour la première fois le bloc opératoire pendant mon stage d'observation au CHEG, à l'Institut Paoli Calmettes et à la Timone enfants à Marseille. Si l'anxiété m'avait envahie lors des premières interventions chirurgicales auxquelles j'avais assistées, la curiosité et enfin la fascination du bloc ont supplanté la peur de l'inconnu. Mieux maîtriser le bloc impliquait d'en comprendre les enjeux et les mécanismes. Même s'il apparaît pour certains comme un sanctuaire autonome, il est dépendant du centre hospitalier avec ses nombreux flux (professionnels, patients, matériels) et interfaces qu'il convient de maîtriser et d'identifier en tant que tels. Par ailleurs, s'il répond à des règles de fonctionnement spécifiques, il est également soumis à de nombreuses contraintes, à des logiques contradictoires et à des exigences réglementaires fortes (hygiène, sécurité et droits des patients, qualité). Lieu hautement stratégique pour les établissements hospitaliers, car il est au cœur des compétences médicales et du processus de production, la gestion des risques et de la qualité y est essentielle.

La thématique de la réorganisation du bloc aubagnais³ n'est pas récente et illustre, ô combien, il est difficile de remettre en question le fonctionnement d'un service ou d'un

³ Le projet d'établissement définit pour 2022 trois objectifs : l'amélioration du parcours des patients chirurgicaux qui passe par la promotion de la qualité en santé, la réorganisation du travail au bloc opératoire et le développement d'activités innovantes. Enfin, les axes d'engagement généraux de la politique qualité et gestion des risques du CHEG, validés par le COVIRISQ, en 2018 et diffusés en 2019, sont inscrits dans les orientations stratégiques du Management de la Qualité et des Risques du GHT 13, dans le projet régional de santé 2018-2020, dans le projet stratégique du GHT 13, dans le Projet Médical Partagé de Territoire et dans le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) 2019-2024³.

organisme. La question se pose depuis une quinzaine d'années mais s'est heurtée à des difficultés qui n'ont pu faire aboutir sa refonte. Désormais, dans un contexte économique dégradé et un délai contraint, se pose la question d'assurer la réussite du projet de réorganisation du bloc de façon pragmatique et efficace. Comment satisfaire le respect de la réglementation, répondre aux normes de sécurité et assurer une prise en charge optimale tout en garantissant les droits des patients (intimité, devoir d'information, consentement) ? Compte tenu des enjeux de santé publique, la gestion des risques et la démarche qualité apparaissent comme un levier et un processus pérenne. Pour exemple, le retour d'expérience, basé sur l'analyse des causes et l'étude des écarts est un gage d'amélioration des pratiques.

A ce titre, les propos métaphoriques d'Hippocrate peuvent être rappelés, véritable parangon de l'Antiquité, fondateur et père de la médecine selon Sénèque, qui affirmait ô combien il était fondamental que « *Quand quelqu'un désire la santé, il faut d'abord lui demander s'il est prêt à supprimer les causes de sa maladie. Alors seulement est-il possible de l'aider* ». Il convient alors d'étudier les symptômes de la pathologie d'un individu ou les raisons des dysfonctionnements d'une institution pour élaborer une thérapie efficace. La guérison ou la normalisation est le but ultime de ce process. C'est pourquoi, en tant que future directrice d'hôpital, il m'apparaît nécessaire d'anticiper, de planifier, de piloter et d'encadrer les différents acteurs pour mettre en œuvre, des actions « *thérapeutiques* », au bénéfice des patients, dans les délais imposés par la prochaine visite des experts visiteurs.

Pour ce faire, la méthodologie suivie et l'analyse de risque du bloc opératoire aubagnais reposent essentiellement sur des éléments suivants :

- les documents produits en « *externe* », notamment par la HAS à savoir : le pré-rapport (novembre 2019) et le rapport de certification (février 2020) ;
- les documents internes à l'établissement (cartographie des risques, compte qualité⁴, charte de bloc, évènements indésirables graves) ;
- les entretiens informels avec des personnes « *ressources* », tels que les chirurgiens, le médecin anesthésiste réanimateur référent, la cadre du Pôle CCARGIO/cadre du bloc opératoire, l'ingénieure qualité, l'hygiéniste, les brancardiers et le responsable technique. Le partage de leur expérience a permis de réaliser cette étude et de nourrir mon regard neuf sur le sujet ;
- la formation professionnelle continue, « *sécurité patient* », organisée par la direction ViGeRiS de l'AP-HM.

⁴ En tant que pilote, des binômes cadre-médecin sont identifiés par thématique, pour recueillir l'information nécessaire du terrain. En partenariat avec la responsable qualité, cette dernière établit le compte qualité.
Marina TSELEPIDES - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2020

Si le bloc opératoire possède par définition certaines spécificités, celui d'Aubagne est à conforter sur le territoire de santé (1). Pour parvenir à un tel résultat, l'identification hiérarchisée des risques demeure au cœur du processus d'amélioration continue du bloc opératoire aubagnais (2). La mise en œuvre de cette méthode coordonnée représente un enjeu majeur pour mener à bien les actions prioritaires issues de l'analyse des risques. Elle permettra également au nouveau management d'affirmer et de consolider son engagement dans la démarche globale de gestion des risques (3).

**

*

1 SI LE BLOC OPERATOIRE POSSEDE SES SPECIFICITES, CELUI D'AUBAGNE EST A CONFORTER SUR LE TERRITOIRE LOCAL DE SANTE

D'après l'Académie nationale de médecine, le bloc opératoire est formellement défini comme étant « *une enceinte dédiée à des actes invasifs à visée diagnostique et/ou thérapeutique effectués soit à ciel ouvert, soit par fonction et par voie endoscopique, qu'il s'agisse d'actes programmés, ambulatoires ou urgents. L'aspect architectural, l'équipement, l'informatisation, le personnel et le fonctionnement du bloc opératoire sont successivement analysés, sans oublier les aspects particuliers liés à la naissance et à la chirurgie pédiatrique, en précisant le cadre réglementaire d'une plate-forme interventionnelle* »⁵.

Les actes qui sont effectués dans cet espace confiné et ô combien singulier, font partie des plus anciens arts médicaux. De nombreux « *domaines* », y compris la littérature, ont su rendre hommage à ces praticiens ; Antoine de Saint-Exupéry exprimera, dans Terre des hommes, toute son admiration. « *Le chirurgien qui passe la visite n'écoute pas les plaintes de celui qu'il ausculte : à travers celui-là, c'est l'homme qu'il cherche à guérir. Le chirurgien parle une langue universelle* ». Mais encore faut-il pleinement saisir et déchiffrer les codes de cette langue au demeurant peu familière ou inconnue pour le néophyte, qu'il soit patient ou même gestionnaire. Véritable miroir de l'institution dans laquelle il se situe, analyser le fonctionnement du bloc opératoire revient à faire un diagnostic quantitatif et qualitatif de la performance de l'hôpital.

Le bloc est un lieu à hauts risques : chirurgical, anesthésique et infectieux. C'est également une structure de production complexe et singulière organisée autour du patient (1.1), ce qu'il est possible de constater au bloc du CHEG (1.2). Toutefois, compte tenu de l'exigence des normes réglementaires qui s'y appliquent, le bloc aubagnais, s'il dispose d'un potentiel d'atout qui mériterait d'être valorisé, présente, par ailleurs, des limites qu'il convient de dépasser (1.3).

1.1 Le bloc opératoire, une structure de production par définition complexe, organisée pour le patient

1.1.1 Le bloc, une structure contraignante qui défie le Thanatos

Perçu comme une institution fermée, M. Foucault assimilait l'hôpital à un lieu de contrôle alors que M., Cabanis, mentionnait dès 1798 que « *les prisons et les hôpitaux ont tant de ressemblance dans leur administration intérieure* »⁶. L'hôpital est loin d'être un bâtiment, une

⁵Académie nationale de médecine, 2009, <http://www.academie-medecine.fr/09-11-bloc-operatoire-de-la-salle-doperation-a-la-plate-forme-interventionnelle/>,28/04/2009

⁶Sainsaulieu, Ivan, *L'hôpital et ses acteurs : appartenances et égalité*, éditions belin, Paris : perspectives sociologiques, 2007, p14.
Marina TSELEPIDES - Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique - 2020

infrastructure comme les autres car il accueille des usagers en état de souffrance. Se détachant des autres services de l'établissement hospitalier, le bloc opératoire a mis longtemps à voir le jour et apparaît, dès ses origines, comme une structure contraignante en étant l'outil de production de l'hôpital. Si J-M Barbot et F. Martin-Born mentionnent, à propos de la fonction publique hospitalière, « l'unicité et la spécificité⁷ », le bloc, a fortiori, n'est intelligible et accessible qu'aux seuls initiés.

Alors que la création du Collège Saint Côme par Philippe le Bel, en 1311, à Paris, a permis de contrôler la formation des chirurgiens barbiers, aucun local chirurgical spécifique n'est envisagé. Sous Louis XV, le chirurgien est formé à l'hôpital et à la faculté mais le lieu où opérer le malade n'est toujours pas identifié. Ce n'est que fin du XIX^{ème} siècle qu'apparaissent les premiers blocs avec les notions d'hygiène hospitalière. Il revient à Lucas Championnière de s'interroger sur la désinfection des surfaces (antisepsie). Les salles chirurgicales sont alors conçues avec du matériel spécifique (locaux septiques adaptés pour les pansements, eau chaude courante, autoclave)⁸. L'hygiène exige désormais une tenue spécifique du chirurgien et un équipement de bloc adapté (table d'opération, compresses, poupinel). M-C Pouchelle parlera, d'ailleurs, de fétichisme des instruments qui compenserait l'anxiété de l'acte chirurgical. « *Chez les chirurgiens, les caractéristiques physiques visibles et surtout tangibles des instruments (prise en main, longueur, forme, etc.) font l'objet d'un intérêt comparable à celui de tout artisan pour son outil* ».⁹ La Seconde Guerre mondiale marque un tournant décisif avec la rénovation des structures sanitaires initiée par la loi Debré de 1958. On assiste alors à la multiplication des blocs opératoires dont l'aspect architectural évolue et influence leur mode de fonctionnement. Leur restructuration s'inscrit dans de grandes réformes hospitalières. La loi Hôpital 2007, par exemple, a mis en place l'organisation par pôle d'activité alors que la loi Hôpital 2012, avec l'informatisation des établissements et l'application de la tarification à l'activité (T2A), a rendu indispensable le pilotage médico-économique.

Par souci de rationalité économique, la « *monospécialité* » d'antan s'oppose à la « *polyspécialité* » du bloc d'aujourd'hui, ce qui implique la mutualisation des salles. Par conséquent, leur utilisation commune rend leur organisation plus complexe, voire même sibylline, en termes de gestion humaine et matérielle. A la pluridisciplinarité des salles s'ajoute la polyvalence et la pluriprofessionnalité des métiers (chirurgiens, anesthésistes, cadres de santé, IBODE, IADE, AS, ASH, brancardiers etc) où des apprentissages spécifiques et très pointus sont requis.

Il n'en demeure pas moins qu'en tant qu'outil de production, « *l'aristocratie du bloc* », telle qu'elle est qualifiée, demeure le temple hermétique de l'hôpital. La pratique des actes invasifs, peut susciter admiration pour certains et effroi pour les autres. Les codes réservés à une élite de haute technicité, parfois soupçonnés « *d'omertà* », sont cependant justifiés au nom de la sécurité du patient et du défi permanent de Thanatos.

⁷ Sous la coordination de J-M Barbot et F. Martin-Born, *Réflexions et pratiques des ressources humaines à l'hôpital (tome 2)*, les cahiers hospitaliers, les cahiers de la fonction publique, Berger Levrault, Paris, 2013, p123.

⁸ Kemp P., « *Si l'histoire des blocs opératoires m'était contée* », Revue de l'association du musée hospitalier de Lille, 2015, n° 17, p.10.

⁹ Pouchelle, M-C, « *Regard d'une ethnologue sur le métier d'Ibode* », *Inter bloc*, 2008, vol. 27, N° 3, pp. 182-185.

De l'extérieur, le bloc est par définition un endroit clos, fermé et qui serait isolé des services de soins et du reste de l'établissement avec ses propres règles et ses codes. « *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 constitue au contraire le motif principal de l'hospitalisation, l'unité d'hébergement devenant, elle, un « adjuvant » au bloc* »¹⁰. De l'intérieur, le bloc a une image de lui-même avantageuse en parlant de « *blococentrisme* ». Bon nombre de services de l'hôpital gravitent autour du bloc et sont soumis à ses exigences tout en étant à son service. Cependant, pour produire de l'activité, le bloc doit prendre en compte les exigences des interfaces et ne peut donc pas se suffire à lui-même ; il dépend des services d'hospitalisation conventionnelle et ambulatoire, mais aussi de l'ensemble des services logistiques : pharmacie, maintenance, lingerie, élimination des déchets.

C'est pourquoi, il est un espace où s'imposent d'importantes restrictions d'ordre géographique, environnemental, physique, médical, humain, logistique, matériel, organisationnel et réglementaire. S'il existe peu de textes qui encadrent directement l'organisation du bloc et son environnement, ce dernier reste une structure réglementée qui doit répondre à des exigences normatives strictes et à des protocoles rigoureux. L'arrêté du 7 janvier 1993, relatif aux caractéristiques du secteur opératoire¹¹, définit précisément en son article 2, que « *Le secteur opératoire inclut une zone opératoire protégée. Cette zone garantit, par des dispositifs techniques, une organisation du travail et une hygiène spécifiques et adaptées, la réduction maximale des risques encourus par le patient, l'équipe opératoire, les tiers et l'environnement, et dispose des moyens propres à faire face à leurs conséquences. Ces risques sont notamment de nature anesthésique, infectieuse ou liés aux agents physiques employés* ».

Le nombre conséquent de textes¹² opposables aux différents acteurs, en fonction de leur spécificité et de leur responsabilité, prouve ô combien le bloc est un lieu de vigilance particulière avec des risques qu'il convient de maîtriser. Une liste des principaux textes, qui n'a pas vocation à être exhaustive, est fournie en annexe 2.

Les professionnels doivent avoir une formation adaptée pour répondre à ces nombreux impératifs. Leur coordination est d'autant plus complexe à mettre en place que les horaires varient selon le niveau de programmation, le degré d'urgence, la mise à disposition des équipes, des matériels et des produits. L'équipement médical est particulièrement riche allant de simples produits à usage unique à des équipements de haute technologie très onéreux.

¹⁰ MEAH, *Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques : recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées*, Berger -Levrault, Paris, 2006, p 65.

¹¹ Mentionné à l'article D. 712-31 du code de la santé publique pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire visées à l'article R. 712-2-1 (b), de ce même code

¹²Ces textes précisent essentiellement les conditions techniques de thématiques spécifiques comme l'air, l'eau, l'électricité ou encore les fluides médicaux.

1.1.2 Le bloc, un lieu de contradiction, fédéré autour du patient

Si le bloc opératoire est un espace où s'exercent de fortes contraintes, ce dernier est également un lieu où se conjuguent de nombreuses contradictions vu la complexité de ses interfaces avec les autres services (secrétariat médical, logistique, plateau technique) et ses flux entrants et sortants (personnel médical, non médical, patient, linge, ressources matérielles, déchets).

A l'image d'un bateau, où l'équipage vérifie avant chaque départ l'équipement, le matériel, les vivres pour arriver à destination, structure fermée par excellence où chacun a un rôle précis à jouer, le bloc opératoire est un espace de proximité où se côtoient des individus d'une grande technicité, mais aux objectifs et aux formations bien différentes. Dans l'exercice de ses fonctions, l'anesthésiste aura des contraintes autres que celles du chirurgien ou de celles de l'IBODE. Ces personnalités fortes, avec des logiques souvent opposées mais toutefois complémentaires, peuvent avoir des difficultés à s'accorder en faisant, dans certains cas, cohabiter le Thanatos avec l'Eros. L'intimité et la confidentialité du patient, par exemple, peuvent s'opposer à sa sécurité, s'il s'agit de lui faire bénéficier d'une surveillance permanente et rapprochée.

La coordination des actes au bloc, et plus largement le travail en équipe, sont des enjeux majeurs pour la prise en charge du patient. Si le chirurgien est le chef d'orchestre des actes médicaux, les personnels paramédicaux exercent sous la responsabilité de l'administration paramédicale. L'ensemble de l'équipe, quant à elle, est sous l'égide du chef d'établissement. Dans un contexte économique dégradé, les enjeux de pouvoir, au sein du bloc, peuvent être source de dysfonctionnement. Le médical s'opposerait, de façon manichéenne, à la gouvernance du CH. Si selon les anciens grecs, « *Le meilleur est la mesure* », la modération reste d'actualité.

Toutefois, comme le soulignait dès son époque Hippocrate, « *La guerre est la seule véritable école du chirurgien* ». C'est ainsi que l'activité du bloc est ponctuée par des moments forts en intensité qui peuvent occasionner des conséquences lourdes voire même fatales sur le patient, la maternité en étant un exemple probant. La réactivité et la détermination des acteurs s'imposent. Trouver des consensus dans un délai très bref est un impératif catégorique. Pour ce faire, il est essentiel d'avoir une visibilité et une stratégie commune ; des règles précisément identifiées et préalablement connues (protocoles, charte de bloc, règles d'or par exemple) sont diffusées à l'ensemble des acteurs pour appropriation. Selon M-C Pouchelle, « *L'incidence de cette concordance des compétences et des tempéraments sur la perfection de la procédure expliquerait pourquoi les professionnels du bloc se soucient tant de savoir avec qui ils vont travailler lors d'opérations délicates* ». ¹³ C'est pourquoi, son bon fonctionnement repose sur l'opérationnalité et une programmation anticipée. Des éléments, a priori anodins, peuvent contribuer, en effet, à une profonde désorganisation ayant des conséquences sur le patient. Dans « *Les nouvelles tours de Babel* », C.Morel souligne que le développement technologique et la mondialisation, engendrent

¹³Pouchelle, M-C, « *Regard d'une ethnologue sur le métier d'ibode* », *Inter bloc*, 2008, vol. 27, N° 3, pp.182-185.
Marina TSELEPIDES - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2020

inéluclablement des espaces d'incompréhension nécessitant une communication verbalisée. « *Il suffit de peu de choses, un nouveau qui connaît moins les codes implicites, un petit fait s'écartant légèrement de la routine, un événement imprévu, pour que naisse un malentendu* ». ¹⁴ C'est pourquoi, les professionnels exigent de la réactivité et une immédiateté savamment élaborées. L'organisation et la planification, à l'intérieur et à l'extérieur du bloc, se veulent strictes, basées sur des programmes opératoires fiables et rigoureux avec une gestion des ressources humaines anticipée et du matériel fonctionnel adapté.

La responsabilité du bloc revient au président du conseil de bloc, au coordonnateur de bloc et au chef de bloc. Une coordination efficace ne peut s'exercer que par un management adapté à l'environnement dans lequel il s'exerce. Du fait que les professionnels sont concentrés sur leurs activités, le moindre incident désorganise très rapidement la structure et devient un point de rupture avec des comportements exacerbés. Par conséquent, le manager du bloc doit avoir un leadership, une vision systémique de l'organisation et des fonctionnements de par sa connaissance technique et relationnelle de sa fonction. Il se doit d'être apte à anticiper et apaiser les tensions du groupe, rigoureux et discipliné pour maîtriser l'ensemble des process et prédéfinir des objectifs à atteindre, disponible pour rassurer l'équipe, réactif et déterminé pour gérer les différentes situations et notamment l'imprévu. Au bloc opératoire est appliqué un management des interfaces, des emplois et des compétences qu'il faut reconnaître et accompagner avec toute la complexité que cela entraîne dans des équipes pluriprofessionnelles.

Nonobstant les contraintes, les exigences contradictoires qui s'imposent aux acteurs, ce qui incite à la coopération, cimenter l'équipe et la fédère, est le bien-être du patient. Le bloc opératoire aubagnais est soumis aux mêmes exigences mais avec des spécificités liées à la complexité de sa structure. Il conviendra alors de décrire ses activités pour mieux en saisir les enjeux.

1.2 Au CHEG, un bloc opératoire polyvalent à taille humaine dont le pilotage et la coordination sont à réorganiser

1.2.1 Un bloc polyvalent, cependant vétuste et peu adapté aux recommandations

Si la permanence des soins en chirurgie du CHEG est assurée par l'AP-HM et les autres établissements membres du GHT13 (filiale partagée et praticiens bi-appartenants partagés), le bloc aubagnais a un fonctionnement qui lui est propre.

Formalisé dans la charte de bloc, cette dernière met en évidence des secteurs opératoires définis mais non différenciés (viscéral, secteur de chirurgie orthopédique, secteur de chirurgie

¹⁴Morel C, *Les décisions absurdes III: L'enfer des règles et les pièges relationnels*, Gallimard, Paris, 2018, p147.
Marina TSELEPIDES - Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique - 2020

ambulatoire). Les locaux¹⁵, qui s'étendent sur une surface de 696 m² (cf annexe 1 et 1 bis), sont accessibles aux seules personnes habilitées. A proximité de l'unité de programmation, d'accueil, de régulation de l'activité chirurgicale (UPARAC), de réanimation/USC/UDPS et des services de chirurgie (hospitalisation conventionnelle, chirurgie ambulatoire), le bloc central se situe au deuxième étage de l'établissement. Il est rattaché actuellement au pôle Consultation/ Chirurgie/ Anesthésie/ Réanimation/ Gynécologie/ Obstétrique (CCARGYO). Le plateau technique est pluridisciplinaire constitué de six salles opératoires :

Le *secteur viscéral* comporte deux salles d'intervention (V1 et V2) pour prendre en charge les activités de chirurgies générales et des spécialités : chirurgicales viscérale et digestive, l'urologie, l'ORL, la stomatologie, la gynécologie, le vasculaire, certains actes endoscopiques ainsi que l'activité obstétricale de type césarienne. Une salle de réanimation néonatale est dédiée à l'accueil des enfants nés par césarienne.

✓ Le *secteur de chirurgie orthopédique* comporte deux salles d'intervention (V3 et V4) qui assurent la chirurgie orthopédique et traumatique.

✓ Le *secteur de chirurgie ambulatoire* comporte une salle d'endoscopie et une salle dite de « *petite* » chirurgie où les actes sont réalisés sous anesthésie locale.

La salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) a une surface de 44 m² et se situe au centre du bloc. Composée de quatre places, ouvertes de 8H00 à 20H00, du lundi au vendredi, la SSPI doit régulièrement accueillir cinq patients pour répondre à l'activité.

Il existe aussi des locaux annexes :

- ✓ une salle spécifique pour la prise en charge du nouveau-né ;
- ✓ un local dédié aux analyses anatomo-pathologiques ;
- ✓ un SAS à l'entrée du bloc est utilisé pour le décartonnage et sert à entreposer, déconditionner, stocker le matériel ;
- ✓ un local d'évacuation des déchets (avec sas) et une salle de pause attenante.

Il convient de souligner, outre la diversité des spécialités exercées au sein du bloc opératoire, l'existence de différents modes d'hospitalisation :

- ✓ conventionnel (activité programmée ou en urgence) ;
- ✓ à la journée ;
- ✓ en Unité de chirurgie et anesthésie ambulatoire (UCAA) ;
- ✓ et en actes externes, par simple passage au bloc.

Plus de 3700 interventions ont été enregistrées en 2019, dont 60% d'orthopédie

¹⁵Le bloc se situe entre le service de réanimation et l'unité de chirurgie. La zone contiguë au bloc est de 360m², cette dernière correspond aux locaux de l'ancienne réanimation et aux 4 bureaux des anesthésistes-réanimateurs.
Marina TSELEPIDES - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2020

traumatologie, 15% de chirurgie digestive et 13% de chirurgie urogénitale. Parmi ces activités, il est possible d'énumérer l'anesthésiologie, la réanimation chirurgicale, l'algologie, la chirurgie générale, viscérale et digestive (dont la chirurgie bariatrique depuis moins de un an, la chirurgie orthopédique et traumatologique, la chirurgie maxillo-faciale et stomatologique, la chirurgie ORL adulte (hors cancérologie) et urologique (sauf cancérologie), la chirurgie gynécologique et obstétrique, la chirurgie vasculaire et dermatologique (réparatrice) et la gastro-entérologie.

L'établissement possède une unité de soins en hospitalisation conventionnelle de 24 lits avec un service de chirurgie générale. L'unité de surveillance continue (USC) offre 4 lits et un service de réanimation de 8 lits complétant l'offre institutionnelle existante.

Le nombre de patients en ambulatoire a progressé de façon significative en passant de 8.5% en 2016 à 27 %, en 2018. Les enfants sont pris en charge à partir de un an en traumatologie, urgences digestives, chirurgie ORL par une unité de soins dédiée.

Le choix stratégique de la direction a donc été de diversifier les activités de l'hôpital même si la vétusté du bloc aubagnais ne facilite pas une offre de soins adaptée, de plus en plus exigeante et normée.

1.2.2 Une coordination complexifiée par la nature des activités opératoires et la diversité des interfaces

L'organisation interne repose sur un « pilotage institutionnel commun »¹⁶ du bloc et du secteur de l'endoscopie. Il revient à la cadre de santé du bloc opératoire, au médecin anesthésiste réanimateur et au praticien gastroentérologue de piloter et coordonner le management de la qualité. Ces derniers ont pour mission d'animer l'organisation du plateau technique en fonction des ressources et des besoins. Le pilotage s'appuie exclusivement sur l'UPARAC et le conseil de bloc.

L'UPARAC mise en place depuis 2019, est opérationnelle et joue un rôle déterminant dans la prise en charge de la totalité des patients au bloc. Elle programme l'intervention, coordonne les consultations, les examens préopératoires et gère la préparation des dossiers médicaux et des dossiers de soins. Le conseil de bloc, quant à lui, est une instance qui se réunit à des intervalles plus ou moins réguliers.

Les missions des personnels (IADE, IDE, IBODE, AS), qui font notamment mention des interfaces, sont notifiées dans les fiches de fonction :

- Il revient à la cadre de santé et à l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) d'organiser le bio-nettoyage des locaux¹⁷ ;

¹⁶Ibid., p 63.

¹⁷ Actuellement, huit personnes sont en charge de l'hygiène au bloc (1 cadre et sa suppléante, 1 IBODE et sa suppléante, 1 IADE et sa suppléante, 1 AS et sa suppléante) auxquelles s'ajoute une IDE hygiéniste (EOHH).

- Les IBODE référentes par spécialité, s'occupent de la gestion des dispositifs médicaux en étroite collaboration avec la pharmacie ;

- La prestation biomédicale incombe à l'ingénieur et au technicien de l'établissement ;

- De façon plus générale, l'organisation du bloc est sous la responsabilité du chef de bloc et du directeur de pôle.

L'équipe du bloc est importante et comporte :

- 25 chirurgiens (ETP 15) ;

- 4 gastro (2.5 ETP) ;

- 15 médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) (ETP) ;

- des internes en anesthésie/réanimation ;

- 10 IBODE (9 ETP dont 0.8 ETP pour la stérilisation, 1 ETP pour PCR) ;

- 11 IADE (10.2 ETP) ;

- 4 IDE de bloc (3.8 ETP dédié à la douleur) ;

- 7 aides-soignantes (6.8 ETP) exerçant également des missions de brancardage¹⁸ et de bionettoyage.

En cas d'absence, des dispositifs sont définis en interne pour y pallier ; le recours à l'intérim est rare. Le plan de formation annuel est varié, basé sur des formations métiers (workshop en urologie, Société française d'anesthésie et de réanimation SFAR, SOFCOT pour l'orthopédie et formation IBODE), la validation des acquis d'expériences, la formation en hygiène et la qualité des soins (CLIN). Les nouveaux arrivants sont intégrés selon une procédure définie.

La taille humaine du CHEG, la motivation de bon nombre de praticiens hospitaliers et le large éventail de services proposés sont de réelles opportunités à exploiter. Le personnel formé, qu'il soit médical ou non, est rapidement mobilisable, ce qui constitue un atout. Les programmes et les ressources en place qu'ils soient humains, logistiques et matériels ne sont, néanmoins, pas toujours en cohérence. L'impact négatif de ces « débordements » se répercute directement sur différentes fonctions : anesthésie-réanimation, brancardage, bionettoyage et unités : SSPI, services d'hospitalisation.

La *maintenance des équipements et la gestion du risque infectieux*, sont planifiées et tracées par la DRMAO, en lien avec le responsable biomédical et les prestataires extérieurs. Il est inscrit dans la cartographie que des prélèvements réguliers (air, eau, surface, matériel, endoscopes)

¹⁸ Au-delà du bloc opératoire, 8 brancardiers sont affectés aux urgences, 4 à la radiologie et 6 sont de nuit.
Marina TSELEPIDES - Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique - 2020

« sont effectués tous les six mois sur tous les endoscopes et soluscopes du bloc opératoire, à chaque retour de réparation des prélèvements et sont faits avant la remise en service. Un calendrier de prélèvements des endoscopes est établi. Il existe une salle dédiée pour la désinfection de haut niveau des urétéroscopes avec prélèvement bi annuels après stockage »¹⁹. Les observations mentionnent dans le rapport de certification que « La gestion du risque infectieux est en grande partie mise en œuvre, sur le matériel, l'environnement (en terme de zonage identifié, matériels, déchets, marche en avant) ; l'hygiène des locaux (bio-nettoyage des salles ; les professionnels (hygiène des mains et disponibilité de produit hydro alcoolique) »²⁰.

Par ailleurs, l'accès à un réseau informatique efficient est déterminant car il permet un meilleur ordonnancement des interventions. Ces dispositifs rationalisent les ressources, gèrent en temps réel les interventions, les tracent, accroissent la productivité, optimisent le fonctionnement du bloc au moyen de certains processus²¹. Si le système d'information actuel permet l'accès à la programmation, au recueil des indicateurs d'activité, à la gestion des salles et aux prescriptions pharmaceutiques postopératoires, l'obsolescence des logiciels et des interfaces posent de nombreuses difficultés. Ces derniers ne facilitent ni la traçabilité systématique des actes ni l'appropriation des outils de gestion qui nécessite par ailleurs un savoir-faire technique pointu. Le rapport de certification précise que de nombreux supports papiers non informatisés sont utilisés comme suit : fiche de liaison avec les secteurs d'activité, fiche d'intervention, chek list, dossier anesthésique, dossier ambulatoire et mode dégradé.

Selon le rapport, la **description de la mise en œuvre effective des pratiques du bloc** met en évidence l'importance des protocoles, des procédures, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles à mettre en œuvre. L'interface avec les secteurs d'hospitalisation est un point de fragilité largement documenté. Le dossier patient est saisi sur le logiciel Blocqual qui n'a pas d'interface avec le dossier patient. Le rappel des consignes, les bilans et les documents complémentaires sont donnés par téléphone et sont tracés par l'IDE de l'UPARAC sur papier, à défaut d'un dossier patient unique, ce qui peut constituer un risque majeur.

Le nombre important **d'intervenants** (secrétariats et UPARAC) fait apparaître des difficultés de **communication** entre le bloc et les secteurs d'activités cliniques (exemple le bloc obstétrical). C'est pourquoi, des réunions de service formalisées ou des groupes de travail avaient été mis en place. Sans coopération efficace, les risques de dysfonctionnement peuvent se multiplier dès lors que les missions à accomplir ne sont pas clairement identifiées. L'interdépendance des fonctions est strictement basée sur le partage de l'information, gage de meilleure coopération. En clair, une communication de qualité conditionne la bonne organisation du bloc. Son efficacité dépend de la capacité de ses professionnels à fournir des informations fiables (périodicité des réunions, présence

¹⁹Direction qualité du Centre hospitalier Edmond Garcin, *Cartographie des risques*, octobre 2019, p 491.

²⁰HAS, *Rapport de certification centre hospitalier d'Aubagne Edmond Garcin*, novembre 2019, p66.

²¹L'ANAP mentionne notamment la nécessité d'avoir la programmation des interventions, la planification des plages opératoires, l'enregistrement des interventions et la supervision du bloc.

des acteurs clés, traçabilité, partage des résultats et évaluation des outils de communication). Or, les entretiens (cf annexe 7) effectués avec différents acteurs ont mis en évidence une organisation médicale contraignante générant une programmation complexe, réalisée en fonction des impératifs du bloc et des professionnels. Cette dernière est, par conséquent, difficile à mettre en œuvre et peu suivie par le personnel d'où une remise en question de la fiabilité des indicateurs.

« *La traçabilité est assurée pour les vérifications des ouvertures de salle, matériels (opérations de maintenance, contrôle de chariot d'urgence, relevé de température des réfrigérateurs), contrôles eau, air, surfaces et dispositifs médicaux implantables* »²². Les interfaces, quant à elles, sont partiellement opérationnelles entre les secteurs d'activités (cliniques et médico techniques, le bloc général et obstétrical). « *La sécurité transfusionnelle est garantie avec une délivrance des produits depuis le dépôt 24H sur 24, situé dans un local bien entretenu en réanimation* »²³. La traçabilité du dispositif est assurée par saisie électronique ; le circuit des médicaments et des stupéfiants est également sécurisé en SSPI. La radioprotection est effective selon la certification, la dernière visite de l'ASN datant de 2013²⁴.

Ainsi, si l'architecture et les interfaces du bloc révèlent certains écarts, les indicateurs de performance, quant à eux, permettent de compléter l'analyse en mettant en évidence les limites à l'activité du bloc.

1.3 AU CHEG, un bloc opératoire dont l'activité est à consolider sur le territoire

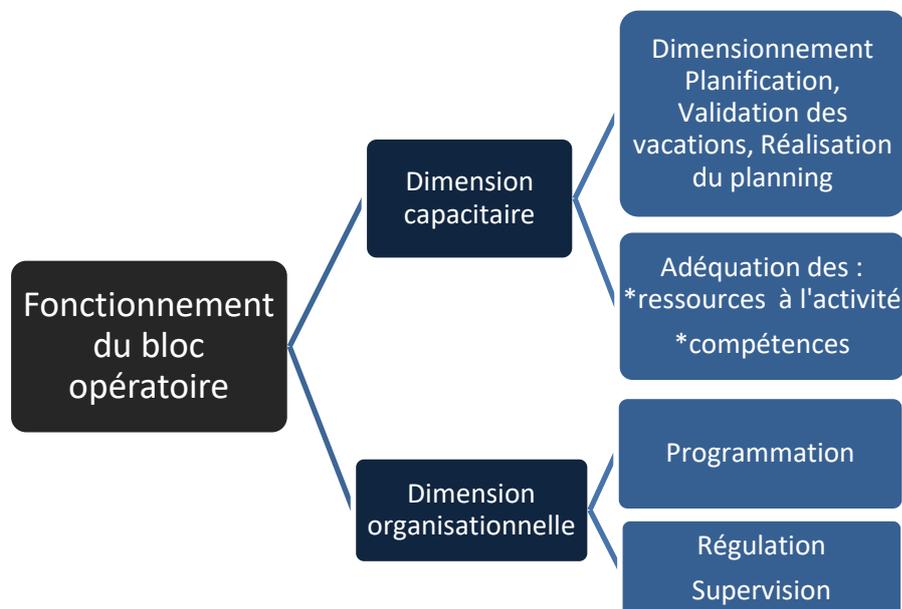
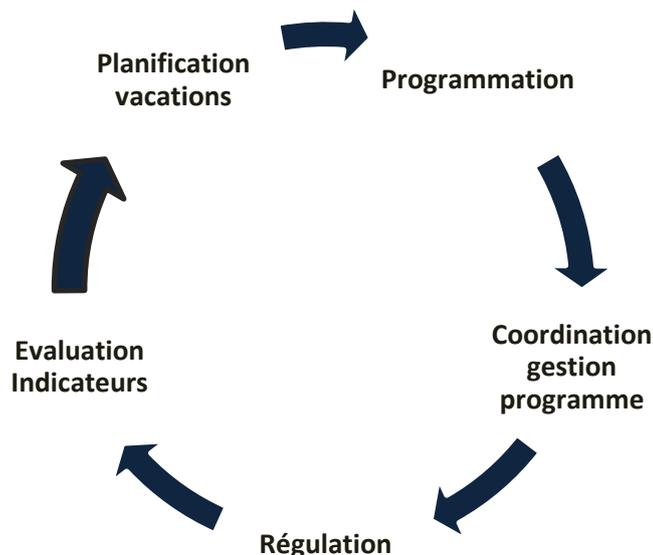
1.3.1 Des indicateurs de performance centrés sur la planification, la programmation et la régulation pour une organisation optimale

Ces derniers mettent en évidence certains dysfonctionnements dans les pratiques du bloc et soulignent un dimensionnement inadapté des ressources. Une réorganisation devra être centrée essentiellement sur quatre axes : la planification, la programmation, la régulation et l'évaluation.

²²HAS, *Rapport de certification centre hospitalier d'Aubagne Edmond Garcin*, novembre 2019, p66.

²³Ibid.

²⁴Ibid.



1.3.2 Des indicateurs de performance révélateurs d'une efficacité limitée du bloc aubagnais

La coordination avec les nombreuses interfaces étant inhomogène et parfois difficile, l'établissement a élaboré une évaluation du fonctionnement des processus. Des indicateurs quantitatifs de performance permettent le suivi de tous les secteurs du plateau technique (indicateurs de qualité et de sécurité des soins IQSS, hôpital numérique, activité par spécialité et ISO en chirurgie digestive et orthopédique). Selon l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)²⁵, les

²⁵Sont distingués trois types d'indicateurs : les indicateurs de structure (amplitude de l'ouverture des salles, les plages offertes par discipline, les effectifs, les compétences par exemple), les indicateurs de processus reflet de l'organisation (la durée moyenne intervention, les délais de rdv opératoire, les taux d'infections par exemple), les indicateurs de résultats ou de production (le nombre de patients pris en charge, le nombre d'actes réalisés, le taux d'occupation des salles par exemple) et enfin les indicateurs de satisfaction (le taux de plaintes, le taux de réclamations par exemple).

principaux indicateurs sont des outils de pilotage de l'institution. Révélateurs de la productivité, de l'efficacité et des marges d'amélioration, ils ont été examinés récemment en conseil de bloc.

1. Les **deux activités les plus importantes** du bloc aubagnais sont l'endoscopie (1100 actes) et l'orthopédie (1000 interventions).

2. Le **temps de vacation offert** (TVO) représente la plage horaire dédiée à une spécialité. Le nombre d'intervention de l'endoscopie est supérieur à celui de l'orthopédie mais nous constatons que celle-ci bénéficie de temps de vacation plus important puisque les actes d'endoscopie sont plus courts que ceux de l'orthopédie.

3. Le **temps réel d'occupation des salles** (TROS) représente le temps opératoire en vacation égale à la somme des durées des interventions. L'orthopédie, avec 1700 heures, est suivie par l'endoscopie, avec 700 heures.

4. Le **taux d'occupation de la salle** est le rapport entre le TROS sur le TVO. Ce taux permet d'évaluer la performance d'occupation du bloc, le taux cible étant de 85%. Il atteint 83% en stomatologie, contre 77% en orthopédie. Les autres activités (endoscopie, viscéral, gynécologie), sont de l'ordre de 65%. Quant à l'ORL, il est de 61%. Vu ces résultats, des marges d'amélioration sont possibles. Les activités sembleraient ne pas correspondre aux plages de vacations offertes.

5. Le **taux de débordement** est le rapport entre le temps opératoire réalisé et son dépassement avec le TVO. Le taux cible doit être inférieur à 5%. Ce critère est respecté pour l'endoscopie (2.7%) et l'ORL (4.7%), tandis que l'orthopédie (11%), la stomatologie et le viscéral (14% et 16%) sont hors normes. Ces chiffres peuvent indiquer un dysfonctionnement dans l'organisation et avoir des conséquences sur les conditions de travail ou la qualité de prise en charge des patients. N'ayant pas de salle dédiée, la gestion des urgences au bloc²⁶ est difficile à mettre en œuvre. La prise en charge du patient implique nécessairement l'interruption des soins programmés.

6. Le **taux de démarrage tardif** est le rapport entre le temps non utilisé en début de vacation et le temps offert. Cet indicateur évalue le temps « perdu » entre le début de la vacation et le début de la première intervention. La cible inférieure à 5% est atteinte pour l'endoscopie (3%) alors que les autres activités sont bien supérieures, avec un taux pour le viscéral de 7% et un taux maximal pour l'ORL de 10%. Ces chiffres peuvent révéler des difficultés organisationnelles à prendre en compte.

Ces problématiques actuelles liées à l'activité du bloc ne sont pas récentes. Dès 2009, l'accompagnement mené par la MEAH²⁷ (cf annexe 3) soulignait des dysfonctionnements organisationnels et une activité chirurgicale faible également pointée par la chambre régionale des

²⁶ Le taux des urgences au bloc est de 18.8% en 2019 (26.2% en orthopédie, 25.4% en viscéral et 18% en gynécologie obstétrique).

²⁷ Meah, *Gestion et organisation des blocs opératoires*, décembre 2009.

comptes. Le planning opératoire figé ne répondait pas, dès lors, à l'activité des différentes spécialités. De ce fait, l'optimisation du bloc reste une priorité²⁸.

Au sein de l'hôpital, le bloc est une entité isolée et unique dans son mode de fonctionnement, avec des codes qui lui sont propres (cf annexe 4). Défiant à tout moment Thanatos, ce dernier demeure un lieu de contraintes exceptionnelles où s'impose un cadre normatif strict à l'ensemble de ses acteurs. Lieu de hauts risques infectieux, leur maîtrise est fondamentale, réglementée et considérablement protocolisée.

Le bloc du CHEG ne déroge pas à ces impératifs ; si ses activités et ses spécificités sont étroitement liées à la structure vieillissante de l'hôpital, il n'en demeure pas moins que son fonctionnement, reste pour autant perfectible eu égard aux normes réglementaires qui s'y appliquent. Il conviendrait, selon les dires d'Hippocrate, d'en analyser les écarts et les causes car « *Si tu es malade, recherche d'abord ce que tu as fait pour le devenir* ». Dans une logique continue d'amélioration, la démarche consiste, à évaluer pour prévenir. Identifier les risques potentiels, les analyser, les classer permet d'estimer leur criticité afin de les maîtriser et de proposer un plan d'action correctif.

²⁸ D'après les derniers groupes de travail de 2019, l'hôpital privé la Casamance aurait deux fois plus d'interventions qu'au CHEG. Est évalué à 66% les « *fuites* » des patients hors d'Aubagne. « *Seulement* » 10% irait à l'AP-HM impliquant, par là-même, un gros potentiel de recrutement sur le territoire.

2 L'IDENTIFICATION DES RISQUES MAJEURS AU CŒUR DU PROCESSUS D'AMÉLIORATION DU BLOC AUBAGNAIS

La qualité et la gestion des risques s'avère être une démarche devant à la fois répondre à de nombreuses exigences tout en s'adaptant à chaque patient. Cette démarche de normalisation qualitative met en évidence des facteurs de risques ou des causes racines, le plus souvent d'ordre organisationnel. L'importance de ces déterminants a été démontrée lors de travaux de J. Reason. A cet effet, le Rapport du National Institute of Sciences souligne que : « *Le problème ne vient pas de gens mauvais dans un bon système de santé, mais de gens travaillant dans des systèmes qui doivent être rendus plus sûrs* ». ²⁹ Dans ce cadre, les difficultés rencontrées par les professionnels sont à l'image de la complexité du bloc et des manques s'y rapportant.

Compte tenu des enjeux de santé publique, la démarche qualité et de la gestion des risques est la condition sine qua non d'une prise en charge sécurisée et du cercle vertueux de l'amélioration continue (2.1). Ne pouvant agir sur l'ensemble des risques possibles, la HAS la priorise selon le principe de hiérarchisation, pour plus d'efficacité et d'opérationnalité (2.2). Des risques structurels et organisationnels ont été identifiés sur le site aubagnais (2.3).

2.1 La démarche qualité et la gestion des risques, conditions nécessaires à la sécurité des patients

2.1.1 Un processus assurant la maîtrise des événements indésirables

Alors que pour certains, la démarche qualité se résume à un processus constant de remise en question, d'autres affirment que cette démarche évaluative, pluridisciplinaire est gage d'anticipation face aux risques. A ce titre, Albert Einstein rappellera que « *La connaissance s'acquiert par l'expérience, tout le reste n'est que de l'information* ». L'un des principaux objectifs de la démarche qualité et de risques est de rendre les défaillances visibles. Selon Y. Auroy³⁰, il convient de rechercher les règles implicites de l'institution. Les écarts observés, par rapport aux recommandations, notamment celles de la HAS et des organismes de contrôle, ne seraient, en réalité, que le témoin de la dérive d'une règle initialement énoncée. La coordination et le pilotage³¹ d'une démarche systémique, pérennes sont basés sur la cumulation de l'expérience antérieure acquise qui s'oppose au traitement ponctuel des dysfonctionnements. Les propos tenus par Sénèque, dans *Consolations*,

²⁹ Rapport du National Institute of Sciences, *To err is human. Building a safer health system*, 2000.

³⁰ Amalberti R, Gremion C, Auroy Y, Michel P, Salmi R, Parnéix P, et al. *Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine. Études et Résultats 2007 p584* in HAS, 2012, *Amélioration des pratiques et sécurité des soins, La sécurité des patients Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, Des concepts à la pratique*, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_gdr_pages1a64.pdf, mars 2012.

³¹ Le pilotage est effectué selon la méthode du prévoir, réaliser, évaluer et agir (PDCA) symbolisé par la roue de Deming. Quatre phases successives garantissent une amélioration continue : la **planification** avec l'établissement des objectifs et des tâches à effectuer ; la **faisabilité et l'exécution des tâches** prévues, la vérification des résultats par rapport aux prévisions initiales ; **l'action ou l'identification** de nouveaux points d'intervention qui vont redéfinir le processus si nécessaire. Le processus n'est pas achevé si l'objectif n'est pas atteint. *Marina TSELEPIDES - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2020*

sont d'une modernité saisissante : « *Là où il n'y a plus d'amélioration possible, le déclin est proche* ». Elle nécessite de mobiliser des talents individuels et collectifs qui favorise la transversalité. En traçant les données, elle maîtrise les activités quotidiennes, harmonise les méthodes utilisées pour plus d'efficacité.

Cette méthode doit bénéficier à la gouvernance comme aux acteurs, en étant un outil de pilotage, de performance, d'anticipation voire même de management. Enfin, elle est synonyme de sécurité, son processus étant d'améliorer de façon permanente la prise en charge des individus.

Selon des études réalisées dans les établissements de santé, le nombre d'évènements indésirables associés aux soins, leur fréquence, leur niveau de gravité, leur caractère évitable sont plus ou moins importants. « *La cause de ces événements est rarement liée au manque de compétence technique des professionnels. Ils sont le plus souvent secondaires à des défauts d'organisation, de coordination, de vérification ou de communication, en résumé le fait d'une insuffisance ou d'un manque de culture commune de sécurité* »³². Selon la théorie de James Reason, les incidents survenus sont liés à des risques systémiques collectifs allant de facteurs environnementaux (matériels, logiciels défaillants) à des erreurs humaines inévitables. Ces dernières sont liées au fonctionnement de l'équipe, au manque de coordination, au défaut de communication dues à la routine, à la fatigue, à l'absence de connaissance ou à la transgression. C'est pourquoi Morel C. rappelle que « *la dynamique de groupe revisitée* »³³ implique une nécessaire formalisation des interactions professionnelles si les échanges au quotidien ne suffisent pas. Dans ce contexte, le principal objectif est d'anticiper, mettre en place un dispositif de maîtrise des risques et de diminuer la survenue d'évènements indésirables associés aux soins (EIAS).

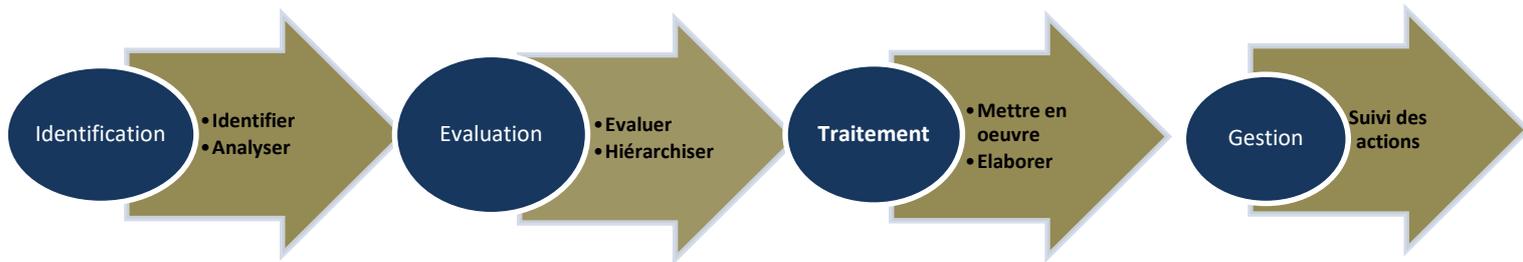
Malgré les injonctions paradoxales, où il est demandé de mieux organiser avec moins de moyens, la démarche qualité et de gestion des risques est « *guidée au moyen d'une politique institutionnelle et d'un programme d'actions évolutif, établi selon les risques spécifiques de l'établissement et les priorités retenues* »³⁴. Elle vise à répondre à des enjeux (humains, juridiques, techniques, organisationnels, stratégiques et économique-financiers) de santé publique. De ce fait, les risques associés aux évènements indésirables peuvent avoir des conséquences, directes et indirectes, sur les patients, leur environnement familial, social et sociétal³⁵.

³²Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Institute of Medicine). To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 2000, in HAS, 2012, *Amélioration des pratiques et sécurité des soins, La sécurité des patients Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, Des concepts à la pratique*, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_gdr_pages1a64.pdf, mars 2012, p 9.

³³Morel C, *Les décisions absurdes III: L'enfer des règles et les pièges relationnels*, Gallimard, Paris, 2018, p229.

³⁴ Ibid.

³⁵D'après la MEAH, un arsenal hétérogène a été mis en place pour garantir la sécurité des patients avec notamment, la loi 2009, hôpital santé patient territoire, avec la gouvernance des risques, le programme national pour la sécurité des patients, avec l'attention portée aux évènements indésirables graves, le retour d'expérience et la culture de sécurité, le développement professionnel continu, avec les méthodes de gestion des risques, la certification des établissements de santé et l'accréditation des médecins des spécialités à risques.



Processus Gestion des risques

2.1.2 Le rapport de certification V2014, un document de référence

Afin de mener son évaluation, la Haute autorité de santé a élaboré un référentiel de certification V2010 (reconduit pour la V2014) auquel elle se réfère pour apprécier l'aspect managérial, l'opérationnalité des secteurs d'activité et la maturité des démarches qualité risques. Il s'agit également du document de référence à partir duquel l'établissement peut piloter la démarche qualité et de gestion des risques, d'une part, et doit préparer la visite de certification, d'autre part. Le pilotage de l'institution, la qualité et la sécurité des soins sont évalués sur la base de certains critères (exemple les pratiques exigibles prioritaires, PEP). Ces diagnostics réguliers ont pour objectif d'actualiser les plans d'action d'amélioration. Selon la HAS, trois catégories de risques se dégagent³⁶:

- ✓ ceux associés aux *soins et à leur coordination* en rapport avec l'hygiène, les actes médicaux, l'utilisation des médicaments et des produits de santé ;
- ✓ ceux associés à la *logistique et aux activités supports aux soins*. En font partie : la maintenance et le contrôle des équipements, le système d'information, la coordination entre les différents services et les acteurs ;
- ✓ enfin ceux associés à la *vie quotidienne de l'établissement* avec la sécurité des biens et des personnes.

³⁶HAS, 2012, *Amélioration des pratiques et sécurité des soins, La sécurité des patients Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, Des concepts à la pratique*, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_gdr_pages1a64.pdf, mars 2012, p 9.

2.2 La hiérarchisation des risques à l'origine d'une plus grande maîtrise et efficacité

2.2.1 Une priorisation des risques selon les grilles définies par la HAS

Etant donné la complexité des soins, il est difficile de déterminer la cause (directe/indirecte) exacte des événements graves qui leurs sont associés. Le nombre de risques étant infini, leur identification hiérarchisée (écarts par rapport aux critères exigibles) facilite leur traitement et la mise en place d'un plan d'action opérationnel. Pour ce faire, quatre critères sont méthodiquement établis par la HAS³⁷.

- ✓ la **gravité** des événements indésirables survenus est prioritaire (exemple de la stérilisation partielle d'un matériel);
- ✓ la **fréquence** renvoie, quant à elle, à une répétition d'évènement qui pourrait se révéler sur le long terme grave (conséquences sur l'organisation du service, sur les pratiques, augmentation des coûts par exemple) ;
- ✓ la **criticité** qui n'est autre que le produit de la probabilité de la survenance d'un accident par la gravité de ses conséquences ;
- ✓ enfin, le niveau de **maîtrise** vient moduler la criticité (criticité corrigée).

2.2.2 Des points précis à réévaluer par la HAS

L'organisation, la coordination des acteurs, internes et externes au bloc, et la gestion de ses différents flux étant extrêmement complexe, l'ensemble des modalités de programmation et de gestion doit être tracé afin de maîtriser les aléas et anticiper les imprévus. Toutefois, des points de vigilance sont à préciser. Trop souvent, l'évaluation du bloc se résume à une vision restreinte et cloisonnée, mettant en évidence des dysfonctionnements liés aux seuls risques cliniques (risque infectieux, risque transfusionnel par exemple). Une autre étude complémentaire devrait consister à réfléchir sur la gestion des différents flux (patients, professionnels, logistiques, administratifs), déterminante pour l'analyse de risques.

Lors de leur visite au bloc, les experts visiteurs de l'HAS ont vérifié l'organisation et les dispositifs techniques en évaluant une quinzaine de points dont les principaux sont les suivants :

- formalisation dans un document de l'organisation du bloc et de la gestion des risques validés en instance ;
- transmission au responsable du bloc de documents garantissant son fonctionnement (tableaux présentiels, programme opératoire) ;

³⁷HAS, 2012, Fiche 9. *Choisir les événements et situations à risques à traiter*, <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche9.pdf>, 2012.

- adéquation du nombre de professionnels formés à l'activité et aux spécificités du bloc ; évaluation des pratiques régulières ;
- différenciation des flux avec une logique de marche en avant (patients, professionnels, matériels)
- différenciation adaptée des espaces avec traçabilité du bionettoyage et du circuit des déchets, du linge ;
- formalisation dans un document de l'organisation des salles précisant l'ouverture/fermeture, les équipements, la check-list ;
- formalisation de pratiques conformes pour maîtriser le risque infectieux ;
- accueil organisé et respectueux du patient avec vérification de l'identité et de son dossier ;
- complétude de la check- list ;
- coordination pour organiser une sortie sécurisée du patient ;
- identification par les acteurs du bloc de ses partenaires ;
- signalement des évènements indésirables selon la procédure en vigueur, retour d'expérience aux équipes et programmation d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- existence d'un programme d'amélioration avec évaluations ;
- présentation annuelle au conseil de bloc du bilan du Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS).

2.3 Des risques majeurs structurels et organisationnels identifiés au bloc aubagnais

2.3.1 Des écarts conséquents révélés par l'évaluation de la HAS sur «*le management de la prise en charge du patient au bloc et en endoscopie*»

Le Rapport de certification du CH d'Aubagne Edmond Garcin, basé notamment sur l'étude des documents qualité/gestion des risques, l'observation des processus, des structures, les rencontres avec des professionnels, a révélé des «*non-conformités*»³⁸ et des points dits «*sensibles*»³⁹ concernant le management de la prise en charge du patient au bloc.

La **définition de la stratégie** a révélé :

- ✓ selon *le critère V2010 26A*, un **point sensible** mis en évidence «*sur la réactualisation intuitive du compte qualité de 2015*»⁴⁰.

-Au niveau du compte qualité, un nombre important de risques de criticité faible ont été retenus pour être surveillés. Cependant, l'établissement n'aurait donc pas «*complètement identifié*,

³⁸La *non-conformité*, quant à elle, implique un risque direct pour le patient/les professionnels ou encore une rupture du système.

³⁹Les *points sensibles* sont les moins graves. Les écarts révélés n'ont pas de risque direct sur le patient/ les professionnels ou n'entraîne pas de risque de rupture du système.

⁴⁰HAS, *Rapport de certification centre hospitalier d'Aubagne Edmond Garcin*, novembre 2019, p 62.

Marina TSELEPIDES - Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique - 2020

analysé et hiérarchisé ses processus à risques (...) sur l'ensemble des processus de prise en charge au bloc opératoire»⁴¹ ne permettant pas une exploitation exhaustive des données. Les experts ont donc identifié des risques non pris en compte dans le compte qualité.

- Le compte qualité du bloc est basé actuellement sur une ancienne version moins complète car « *issu d'une revue de compte qualité de la précédente itération V2014* »⁴². Il convient notamment de préciser qu'il ne fait pas de différenciation entre les risques liés aux pratiques d'endoscopie et ceux liés à la chirurgie. D'autres risques prioritaires ne sont pas mentionnés (risque infectieux concernant les classes ISO, le bionettoyage des brancards, les circulations non conformes des professionnels).

✓ Selon le critère V2010 26A, il ressort un autre **point sensible**.

- Le programme d'action est partiellement organisé car non « *systématiquement formulé en mode projet (absence de pilote, échéances, modalités de suivi...)* »⁴³ ;

- De plus, la méthodologie de production des comptes qualité ne « *garantit pas l'identification des risques patient sur l'ensemble des processus de prise en charge au bloc opératoire (interventionnelle, supports, imagerie interventionnelle associée etc...)* »⁴⁴ ce qui, peut poser certaines difficultés en cas de changements d'activité et, de fait, ne permet pas un pilotage opérationnel de la démarche de gestion des risques.

L'organisation interne du bloc a révélé :

✓ selon le critère V2010 26A, deux points de **non-conformité** : un concernant la prise en charge du patient au bloc et l'autre en endoscopie.

- « *L'organisation du bloc opératoire n'est pas complètement définie et formalisée en termes de ressources* »⁴⁵ (documents, instances et groupes pilotes) ;

- Des projets ont, quant à eux, été inachevés et des actions « *n'ont pas été réalisées au jour de la visite (...)* » alors même que l'établissement avait prévu un plan précis sur la « *reformulation de la gouvernance de bloc, la mise à jour de la charte, la réorganisation stratégique et organisationnelle* »⁴⁶ mais sans donner suite ;

- Outre la non actualisation de certains documents officiels (charte du bloc), des éléments essentiels font défaut (vacation, réorganisation du bloc, cellule de programmation) ne facilitant ni la

⁴¹Ibid.

⁴²Ibid.

⁴³Ibid., p 63.

⁴⁴Ibid.

⁴⁵Ibid., p 64.

⁴⁶HAS, *Rapport de certification centre hospitalier d'Aubagne Edmond Garcin*, novembre 2019, p 64.

Marina TSELEPIDES - Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique - 2020

planification, ni la programmation. Le nombre important de « débordement » est significatif. Il est essentiel, par conséquent, de réajuster les ETP et de conforter la structure en charge de la régulation de supervision et de réajustement. La planification de l'activité opératoire étant stratégique, l'implication de la gouvernance est décisive pour aborder la capacité de production des acteurs et réduire les dysfonctionnements organisationnels potentiellement générateurs d'événements indésirables ;

- De plus, toutes les ressources documentaires ne sont pas prises en compte dans la démarche qualité. Les instances du bloc ne se sont que très peu mobilisées. Même si le conseil de bloc est récemment opérationnel, il est peu sollicité et « a connu une période de latence (...)»⁴⁷. « Instance stratégique en reconstitution (élection en septembre 2019), d'opérationnalité très récente, il est initialement prévu que ce conseil se réunisse selon une périodicité bimensuelle »⁴⁸, ce qui pourrait assurer une conduite plus active des nouveaux projets et une plus grande visibilité.

-S'agissant de la prise en charge du patient en endoscopie, « Les ressources humaines ne sont pas totalement organisées »⁴⁹ ce qui implique l'absence de formation des professionnels affectés au traitement des endoscopes.

La **disponibilité des ressources** a révélé :

- ✓ selon le critère V2010 26A, un point de **non-conformité**, concernant la prise en charge du patient au bloc et,
- ✓ selon le critère 26B, une autre **non-conformité** concernant la salle de naissance.

-Dès 2015, des éléments de non conformités, ont été pointés lors de la visite de certification et sont toujours d'actualité, ce qui accentue l'exposition des patients à des risques infectieux dans les secteurs hyper aseptiques ;

- Même, si toutefois, des améliorations sont notées, « Les besoins en locaux, matériels et équipements sont identifiés, en particulier des travaux de rénovations de locaux prévus et en attente »⁵⁰. La vétusté des lieux et les classes ISO non conformes persistent en orthopédie avec « non-conformité du rapport du prestataire externe d'octobre 2019 sur la classification particulière, déjà relevée lors de la précédente itération (...) »⁵¹.

⁴⁷Ibid., p 68.

⁴⁸HAS, *Rapport de certification centre hospitalier d'Aubagne Edmond Garcin*, novembre 2019, p 63.

⁴⁹Ibid., p 77.

⁵⁰HAS, *Rapport de certification centre hospitalier d'Aubagne Edmond Garcin*, novembre 2019, p 64.

⁵¹Ibid., p 65.

-S'agissant de la prise en charge du patient en salle de naissance, la majorité des césariennes est pratiquée au bloc obstétrical (58%) alors que la salle « *ne répond pas à des normes reconnues* »⁵² (portes battantes « *de mauvaise qualité* ») ;

- L'examen du passage de l'air révèle l'existence de « *dépôts d'éléments noirâtres extérieurs en bas de porte sur le sol* »⁵³.

-La SSPI, quant à elle, ne répond pas aux exigences normatives en vigueur. Cette dernière est sous-dimensionnée puisqu'« *il y a quatre postes ouverts de SSPI pour cinq salles opératoires* »⁵⁴ alors que la réglementation prévoit un poste et demi de SSPI par salle de bloc ;

-Les circuits du bloc (sale/propres) se croisent du fait de l'étroitesse des locaux. Dans le couloir, le circuit du brancardage, des déchets, des bacs de décontaminations croisent les patients en attente d'intervention. Dans ces conditions, la marche en avant et l'asepsie progressive sont difficilement réalisables.

La description de la mise en œuvre effective a révélé :

- ✓ selon le critère V2010 26A, un **point sensible** concernant la prise en charge du patient au bloc et,
- ✓ selon le critère 26B, **une non-conformité**, concernant l'endoscopie.

- La visite de certification et l'audit interne ont également relevé que les **pratiques professionnelles** concernant les tenues de bloc ne sont pas respectées : port de sabots sans dispositif de bionettoyage et circulations internes/externes avec la même tenue par les professionnels.

- Le dispositif de nettoyage n'est pas clairement identifié ;

- Le circuit du brancard est également à revoir dès lors qu'« *un même brancard transfère le patient de sa chambre vers l'intérieur du bloc, traversant un couloir intrabloc, (...) sans bionettoyage prévu du brancard à l'entrée du bloc* »⁵⁵.

-S'agissant de la prise en charge du patient en endoscopie, ces pratiques « *ne s'appuient pas toujours sur des procédures établies* »⁵⁶.

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle a révélé :

- ✓ selon le critère 26B, une **non-conformité** concernant la prise en charge du patient en endoscopie.
- « *L'évaluation périodique de la conformité des pratiques spécifiques à l'endoscopie n'est*

⁵²Ibid., p 85.

⁵³HAS, *Rapport de certification centre hospitalier d'Aubagne Edmond Garcin*, novembre 2019, p 65.

⁵⁴Ibid.

⁵⁵Ibid., p 69.

⁵⁶Ibid., p 77.

pas assurée sur l'ensemble des secteurs⁵⁷ », la dernière évaluation de conformité datant de 2015.

L'évaluation du fonctionnement du processus a révélé :

- selon le critère 26B, une **non-conformité** concernant la prise en charge du patient en endoscopie.

-Il n'existe pas à ce jour, « de dispositif structuré de recueil d'indicateurs spécifiques au fonctionnement du processus en endoscopie »⁵⁸.

Enfin, si des risques majeurs structurels et organisationnels ont été identifiés, ces derniers ne sont que très peu tracés par les professionnels du bloc. Bien que « Le recueil et analyses des EI soient assurés selon le dispositif institutionnel ⁵⁹ » seulement « 3 EI ont été déclarés en 2018⁶⁰ », pour le bloc, sur 559 enregistrés dans l'établissement, ne permettant pas une alimentation fiable du compte qualité et de la cartographie des risques. Ce constat peut mettre en évidence un manque de compréhension du but de la démarche (évaluer pour évoluer) ou un manque de transparence (crainte), un défaut de partage d'information (culture orale notamment) alors même que la démarche qualité repose sur l'anticipation des risques (démarche a priori) et la déclaration des EI (risque a posteriori).

2.3.2 Des écarts récurrents et structurels qui s'inscrivent dans la durée

Pour compléter les points soulignés par la HAS, le choix a été fait d'étudier d'autres documents (cf annexe 3). Il en ressort que la question de la réorganisation du bloc n'a rien de ponctuelle. Cette dernière est récurrente puisque ces dysfonctionnements, pour la plupart, étaient déjà connus. Dès 2004, un rapport d'audit, mentionnait la nécessité d'engager des travaux. Les différents accompagnements de la MEAH⁶¹, de l'ANAP, réalisés il y a une dizaine d'années, ainsi que les derniers groupes de travail (2018-2019), ont mis en évidence des manques, en termes d'organisation, de régulation, d'évaluation, avec possibilité d'axes d'amélioration. La priorité était d'optimiser l'efficacité du bloc (réhabiliter les instances, redéfinir la gouvernance). Si de nombreuses actions ont été réalisées (instauration du logiciel Blocqual, suivi des indicateurs par exemple), la refonte structurelle du bloc et sa réorganisation n'ont pas été suivies comme cela étaient préconisées.

L'établissement aubagnais, comme la plupart des autres CH de sa catégorie, est sous Contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), ce qui le rend fort dépendant vis-à-vis de sa tutelle. Aux difficultés financières s'ajoutent un climat social particulièrement sensible, peu enclin aux

⁵⁷HAS, *Rapport de certification centre hospitalier d'Aubagne Edmond Garcin*, novembre 2019, p 77.

⁵⁸Ibid., p 78.

⁵⁹Ibid., p 65.

⁶⁰Ibid. 2 EIG concernaient la pédiatrie (erreur de voie d'administration) et 1 EIG concernait les adultes (patient décédé suite à un myélogramme).

⁶¹ Meah, *Gestion et organisation des blocs opératoires*, décembre 2009.

changements, avec un positionnement des IADE et du personnel médical peu favorable et sujet à des velléités de dissidences. La culture orale et indépendante des professionnels ne favorise pas la mise en place d'une organisation transparente et partagée dans le cadre de la politique générale de l'établissement.

Si le personnel du bloc exerce depuis de nombreuses années, la gouvernance, quant à elle, est régulièrement renouvelée ce qui ne facilite pas la communication entre les équipes du bloc et la direction. Cette dernière ne se serait pas positionnée assez clairement en faveur de la refonte du bloc et n'aurait pas fonctionné en collaboration avec le service qualité. L'EOHH, n'aurait ainsi pas été associée pleinement au projet en ne répondant qu'à des missions ponctuelles. L'annonce d'une collaboration du bloc aubagnais avec celui de la clinique privée, la Casamance, aurait également suspendu sa réorganisation par absence de visibilité stratégique sur le moyen et le long terme.

Il semblerait que les professionnels ne se soient ni acculturés ni appropriés la démarche qualité, fondée sur le partage des informations, ce que révèle le nombre très faible de déclaration d'évènements indésirables. Si une gestion proactive ne peut, alors, que très difficilement voir le jour, le plan d'action, par conséquent, ne peut être exhaustif. Morel C., évoque à ce titre, les difficultés de la « *culture du juste* » où la crainte de la sanction favorise la rétention de l'information rendant fort difficile la pratique des retours d'expérience. C'est pourquoi, « *La non-punition des erreurs a pour raison d'être les retours d'expérience. L'immunité vise à libérer la parole, à atteindre les causes profondes et systémiques des dysfonctionnements et à éviter leur reproduction* »⁶².

Enfin, se mettre en mode projet est un exercice nouveau mais indispensable pour responsabiliser les acteurs. Cette démarche implique le décloisonnement, la transversalité des services et promeut un travail collectif mobilisant des ressources humaines et matérielles⁶³. Puisque la survenue d'erreurs a souvent lieu, en amont ou en aval de l'action, élargir le cercle des personnes concernées par la décision s'impose comme un impératif catégorique notamment dans les blocs opératoires. L'organisation en binôme promeut un processus contradictoire grâce à « *la répartition des tâches au moment des décisions, la stimulation réciproque et le doublement du réservoir d'énergie qu'il faut dépenser dans les situations complexes* »⁶⁴.

Le projet de management de la qualité et de la gestion des risques a pour finalité de prévenir la survenue d'EI et d'améliorer les pratiques professionnelles en termes de qualité et de sécurité des soins en répondant aux exigences de certification V2014. Leur identification permet

⁶²Morel C, *Les décisions absurdes III: L'enfer des règles et les pièges relationnels*, Gallimard, Paris, 2018, p168.

⁶³« *L'analyse de la littérature réalisée par la HAS montre que le travail d'équipe efficace : constitue une barrière de sécurité contre les évènements indésirables ; est un facteur de qualité de la prise en charge du patient (...)* » in MEAH, *Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques : recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées*, Berger -Levrault, Paris, 2006, p117.

⁶⁴Morel C, *Les décisions absurdes III: L'enfer des règles et les pièges relationnels*, Gallimard, Paris, 2018, p229.

de mieux cerner leur caractère structurel et leur mécanisme, de manière à déployer des actions adaptées pour éviter qu'ils ne se reproduisent. Comme le soulignait Albert Einstein, « *Au milieu de la difficulté se trouve l'opportunité* ». Des axes d'amélioration opérationnels du bloc peuvent être envisagés en les priorisant, permettant ainsi à l'établissement de mettre en œuvre les bonnes pratiques.

3 UNE REORGANISATION DU BLOC FONDEE SUR DES ACTIONS PRIORISEES ET UN MANAGEMENT RENOUVELE

Fort des observations des experts visiteurs, l'identification des risques hiérarchisés a impulsé une dynamique de coopération et de décloisonnement entre les services autour d'un projet commun de réhabilitation du bloc. Dans ce cadre, il faudra à juste titre, rappeler les propos tenus par A.Godwin, en 1795, selon lesquels il faut regarder : « *en arrière, pour profiter de l'expérience de l'humanité mais ne nous retournons pas comme si la sagesse de nos ancêtres avait été telle qu'elle n'ait laissé aucune place à une amélioration future* ». ⁶⁵

Initiée par la certification, la réorganisation du bloc, doit susciter une mobilisation des acteurs en dépassant les limites rencontrées (3.1). Compte tenu de l'étendue des mesures à prendre, le choix a été fait par l'établissement de prioriser les actions afin de répondre efficacement, et dans les plus brefs délais, à une prise en charge optimale du patient (3.2). Cette refonte s'appuiera sur un encadrement renouvelé, sur l'intelligence collective et la responsabilisation des acteurs (3.3).

3.1 La consolidation de la gouvernance, une condition nécessaire à la réorganisation effective du bloc

Complexe pour certains, car non linéaire et multiforme, la démarche qualité peut créer de la lassitude en donnant l'impression d'être « *inachevée* » et de rajouter des contraintes inutiles. Pour ce faire, bien que le bloc soit un lieu de haute technicité, la démarche mise en œuvre ne peut se limiter aux seuls aspects techniques ou sécuritaires.

Parce que la certification est une photo prise à un instant précis de la vie de l'établissement, elle doit-être complétée et être le point de départ d'une réflexion qui s'inscrit dans la durée. La gouvernance de l'établissement doit y voir un levier d'amélioration important pour coordonner des actions pérennes et cohérentes sur le court, le moyen et le long terme. Cette démarche doit également aborder une réflexion sur les droits des patients, comme le droit à l'information, le respect de l'individu, la protection et la confidentialité des données ainsi que la mesure de satisfaction. La gestion des plaintes et des réclamations doit également s'insérer dans ce processus.

La démarche qualité n'est pas toujours aisée à mettre en œuvre. « *La qualité ne coûte rien mais elle n'est pas offerte. Les bonnes choses arrivent lorsqu'on les a préparées, les mauvaises arrivent d'elles-mêmes. La qualité est obtenue par la prévention, pas par le contrôle. La*

⁶⁵Godwin W, *Enquête sur la justice politique et son influence sur la morale et le bonheur d'aujourd'hui*, (trad. D.Berthaud et A.Thévenet), éd. Atelier de création libertaire, 2005, p. 102.

prévention n'est pas difficile à faire, elle est difficile à vendre » rappelait Philip Crosby. Il apparaît donc essentiel de former les professionnels pour qu'ils puissent y adhérer.

3.2 Des actions prioritaires pour répondre à une prise en charge adaptée et sécurisée du patient

3.2.1 La priorisation des actions et la coordination des pilotes, conditions nécessaires à la réorganisation du bloc en concertation avec l'ARS

Le renouvellement des praticiens du bloc, la dynamique impulsée par la nouvelle direction et l'arrivée récente du Directeur des soins, particulièrement sensibilisé à la démarche qualité, ont été un atout pour la mettre au cœur des priorités.

Le rapport de certification a été un levier efficace de mobilisation et de changement chez les professionnels en fédérant les équipes autour d'un objectif commun. La crise sanitaire de la Covid-19, quant à elle, a mis en avant l'importance de l'hygiène. La maîtrise des risques, à effectuer dans les plus brefs délais, représente néanmoins une opportunité, en termes de projet et de créativité. Dans ce but, le binôme qualité et direction des soins a établi un plan d'actions minutieux et priorisé.

La réorganisation du bloc ne se limite pas à une juxtaposition d'actions à mener, elle nécessite une importante coordination et une implication partagée des acteurs dans un projet transversal. *« Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin »*. Cela implique davantage de collectif et un portage fort par la gouvernance.

➤ Une cellule qualité opérationnelle a été mise en place pour piloter le bloc (gouvernance, charte, conseils de bloc), revoir les pratiques professionnelles et élaborer un plan d'action.

➤ Concernant les locaux du bloc, un plan d'ensemble de réaménagement (cf annexe 5) a été préconisé, il comprend plusieurs étapes et des supports précis. Eu égard au délai contraint, les travaux à prévoir ont été la première priorité d'un groupe de travail. Afin d'évaluer les avantages et les inconvénients de chaque proposition, des scénarii ont été analysés par les experts (techniques, médicaux, hygiénistes) pour retenir un schéma fonctionnel. Compte tenu des coûts très élevés et de la petitesse des surfaces disponibles, la salle de réveil et la salle orthopédique ne seront que partiellement rénovées dans un premier temps.

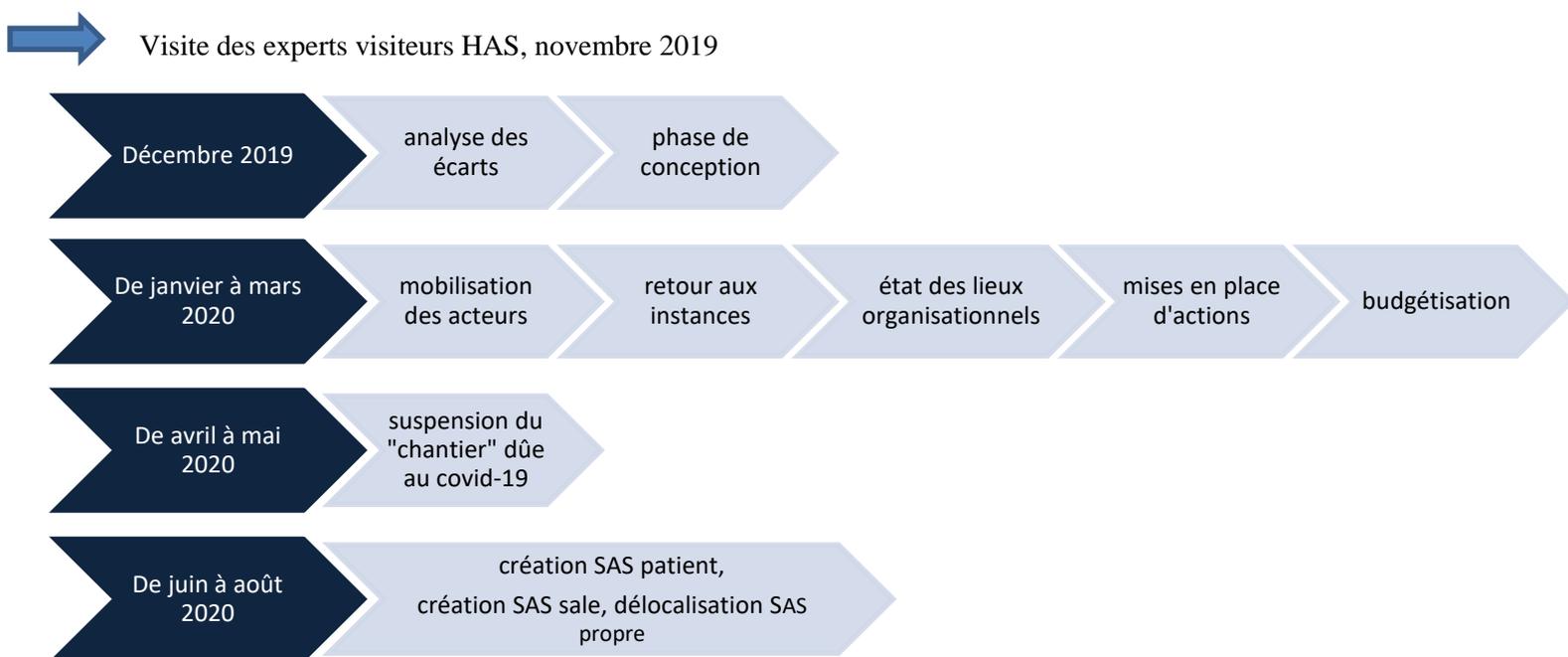
➤ Les flux ont été étudiés de manière à ne pas perturber l'organisation du bloc ainsi que le circuit du brancardage.

Un projet bien élaboré (priorisé, clair et rigoureux) sera présenté à l'Agence régionale de santé (ARS) PACA, afin de demander des subventions sans lesquelles la réorganisation du bloc ne pourra avoir lieu.

3.2.2 Le suivi d'une méthodologie rigoureuse et opérationnelle, conditions nécessaires à l'efficacité du plan d'action

L'hôpital d'Aubagne se heurte à des impératifs parfois discordants, comme impulser une dynamique dans l'urgence, avec peu de moyens financiers. La refonte du bloc nécessite une méthode qui consisterait d'aller du stratégique au pratique et du plus général au particulier. Il conviendra alors de vérifier systématiquement de mettre en adéquation les moyens et les objectifs pour répondre aux exigences imposées par la T2A.

Le Directeur des soins en charge des travaux doit mettre en place un déploiement d'outils opérationnels encadré par un calendrier rigoureux et formel. Toutefois, la faisabilité des travaux paraît contrariée compte tenu du délai bref de la prochaine visite des experts, initialement prévue en septembre 2020 et du coronavirus. Il faudra compter environ six mois pour les réaliser. Il convient de démarrer la rénovation du bloc pour amorcer le changement. Le suivi du chantier est prévu à l'aide d'un planning d'exécution des tâches :



Le suivi devra tenir compte des éléments suivants :

- Etat des lieux organisationnels et phasage des travaux;
- Organisation et ordonnancement des acteurs ;
- Promotion d'une démarche méthodique et progressive ;
- Encadrement pour le suivi des opérations ;
- Portage de la gouvernance ;
- Dispositif d'accompagnement ;
- Appropriation de la culture du changement ;
- Consolidation du management.



Toutefois, compte tenu de l'ampleur de la tâche à effectuer, le plan d'action a été soigneusement étudié. Il nécessite une déclinaison avec un responsable, une échéance et un indicateur d'efficacité par action. Il a vocation à être décliné en mode projet (cf annexe 6) avant validation des principaux objectifs opérationnels et financiers à savoir : action –pilote-ressource-échéancier-évaluation.

**MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC, EN ENDOSCOPIE,
A LA SALLE DE NAISSANCE
*DEPLOIEMENT D'UN KIT OPERATIONNEL***

THEMATIQUE QUALIF. HAS	ECARTS SOULEVES PAR HAS	ACTIONS MENEES/A MENER	ACTEURS	FAISABILITE/ POINTS DE VIGILANCE	COUT
<p><i>Définition de la stratégie</i></p> <p>PS</p>	<p><input type="checkbox"/> <u>PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC</u></p> <p>Analyses, identification, hiérarchisation des processus à risques incomplètes</p> <p>Absence de différenciation dans le compte qualité du bloc des risques liés à l'activité chirurgicale et ceux liés à l'endoscopie digestive (...)</p>	<p>COURT/ MOYEN TERME</p> <p>✓ Cartographie des risques -méthodologie selon le PDCA pour tous les risques (approche processus) -révision de l'attribution du pilotage des processus -accompagnement méthodologique des groupes -priorisation des risques hiérarchisés pour alimenter le compte qualité</p> <p>✓ Elaboration du nouveau compte qualité avec identification, analyses et hiérarchisation des processus à risque</p> <p>✓ Incitation à la déclaration des EI (charte, communication...)</p> <p>✓ Structuration du PAQSS</p> <p>✓ Mise en place d'un tableau de bord des indicateurs</p> <p>✓ Amélioration de la gestion documentaire (procédure, communication)</p> <p>✓ Mise en place des EPP et d'audit sur le risque infectieux (stratégie, sous-commission...)</p> <p>✓ Dispositif de formation des professionnels à la méthodologie QGDR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • directeur des soins et responsable qualité • ingénieur qualité • chef du pôle GUMP et qualité gestion des risques, • cadre de bloc • cadre de pôle • hygiéniste, • personnel médical, paramédical, non médical 	<p>Optimisation des ressources et de l'organisation</p> <p>Portage fort de la gouvernance</p>	
<p><i>Définition de la stratégie</i></p> <p>PS</p>	<p><input type="checkbox"/> <u>PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC</u></p> <p>Programme d'actions partiellement organisé</p> <p>Non systématisation des plans d'actions en mode projet, (absence de pilote, échéances, modalités de suivi...) (...)</p> <p>Méthodologie utilisée pour produire les comptes qualité ne garantissant pas l'identification des risques patients (...)</p>	<p>COURT/ MOYEN TERME</p> <p>✓ Mise en place trio qualité (directeur des soins, responsable qualité, médecin QGDR)</p> <p>✓ Nomination d'un médecin QGDR</p> <p>✓ Instauration binôme CoQua et formalisation de ses missions</p> <p>✓ Nouvel organigramme QGDR</p> <p>✓ Nouvelle déclinaison au niveau des pôles : binôme coordinateurs QGDR, PM et PNM</p> <p>✓ Inclusion des objectifs qualité et des indicateurs dans les contrats de pôle</p> <p>✓ Présentation aux instances (directoire) des écarts/plan d'action</p> <p>✓ Instauration par le cadre de pôle de délégation de gestion aux pôles pour affirmer la gouvernance du conseil de bloc</p>	<ul style="list-style-type: none"> • directeur des soins et responsable qualité • ingénieur qualité • chef de pôle • cadre de santé • médecin QGDR • adjoint administratif aux cadres • personnel médical et paramédical 	<p>Optimisation des ressources et de l'organisation</p> <p>Portage fort de la gouvernance</p>	
<p><i>Organisation interne</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <u>PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC</u></p> <p>Organisation du bloc non complètement définie/</p>	<p>MOYEN/LONG TERME</p> <p>✓ Actualisation de la charte du bloc décrivant l'organisation et les règles de fonctionnement à respecter</p>	<ul style="list-style-type: none"> • directeur des soins et responsable qualité • cadre de bloc • conseil de bloc 	<p>Mise à plat importante de l'organisation actuelle du bloc</p>	

NC	<p>formalisée en termes de ressources Non actualisation : charte du bloc et Unité de Chirurgie Ambulatoire Eléments non pris en compte : réorganisation du bloc, vacations planning des professionnels, (...) Latence des instances stratégiques et opérationnelles du bloc (commission des utilisateurs, conseil de bloc) Démarche qualité non produite pour toutes les ressources documentaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise à jour : vacation, réorganisation du bloc, planning ✓ Nomination du conseil de bloc par le chef d'établissement ✓ Réunion régulière du conseil de bloc ✓ Analyse des indicateurs de performance du bloc 	<ul style="list-style-type: none"> • adjoint administratif aux cadres • personnel médical et paramédical • EDH 	Portage fort de la gouvernance	
<p><i>Organisation interne</i></p> <p>NC</p>	<p>☐ <u>PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE</u></p> <p>Ressources humaines non totalement organisées Formation de l'ensemble des professionnels non prévues</p>	<p>COURT/ MOYEN TERME</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en place de formation régulière ✓ Formalisation et traçabilité des formations en interne ✓ Organisation d'audit sur les pratiques en endoscopie 	<ul style="list-style-type: none"> • directeur des soins et responsable qualité • ingénieur qualité • cadre de bloc • service formation RH 	Appui important de la part de la DRH	
<p><i>Disponibilité des ressources</i></p> <p>NC</p>	<p>☐ <u>PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC</u></p> <p>Locaux du bloc non conformes dès 2015 Classement salles en ISO et la SSPI Vétusté des locaux Ecart dans circulation du bloc NC des Classes ISO en orthopédie classe ISO 5 n'étant pas obtenue, exposition des patients au risque infectieux en secteur hyper aseptique sur les activités d'orthopédie traumatologie Dépôt d'éléments noirâtres extérieurs en bas de porte sur le sol SSPI non conforme Pas de proposition d'échéancier pour les travaux ou d'actions</p>	<p>REORGANISATION DU BLOC ET PHASAGE DES TRAVAUX SUR LE COURT/ MOYEN ET LONG TERME</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Signature et respect de la charte par le personnel médical et paramédical (habillage et circulation) ✓ Réorganisation de l'ensemble du bloc en s'appuyant sur les études et projets antérieurs: changer les circulations et les flux ne nécessitent aucune action majeure en termes de travaux ✓ Etude de faisabilité par l'EOH pour la mise en conformité / ISO des salles d'ortho ✓ Mise en place de volets sur les CTA centrales de traitement de l'air pour la gestion des flux de l'air ✓ Mise en place dans 2 salles d'orthopédie d'épurateurs d'air pour améliorer la qualité de l'air (en attendant les travaux) ✓ Mise en place du phasage et suivi des travaux au bloc <p>=><i>Organisation des travaux en 4 phases pouvant être envisagées indépendamment les unes des autres</i> (cf annexe 5):</p> <p><u>PHASE 0. CREATION/DEPLACEMENT DE 3 SAS : SAS « PATIENTS », SAS « PROPRE », SAS « SALE »</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Création d'un SAS « patient » d'accès et de transfert situé à l'entrée du bloc et cloisonnement (porte coupe-feu) pour créer des zones de stockage des déchets et de décartonnage : <ul style="list-style-type: none"> - Réfection du sol 	<ul style="list-style-type: none"> • directeur des soins et responsable qualité • DRMAO • responsable des travaux • ingénieur équipement • médical • responsable services techniques • EOH • CLIN • MAR • cadre de bloc • IADE hygiéniste • IADE/ IBODE • AS <p>Groupe de travail comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • directeur des soins et responsable qualité, représentant des anesthésistes • représentant des 	Objectif réalisation effective des travaux : 6 mois maîtrise des risques financiers et maîtrise des délais	12 500€

		<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'ouverture-fermeture (digicode, carte RFID) - Mise en place de cloison devant la SSPI et l'actuel SAS de décartonnage - Mise en place de verrous dans le SAS d'habillage des « <i>patients debouts</i> » <p>=>Durée des travaux 2 week-ends : aucun impact sur l'activité programmée du bloc</p> <p>=>Poursuite de l'activité urgente en modifiant provisoirement les circuits :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Circuit du personnel se fera en accédant par SAS patients UCA (mise en place d'EPI, passage par la circulation endoscopie et accès aux vestiaires) - Circuit des patients se fera dans un 1^{er} temps : par circulation extérieure des lits/ brancards par l'UCA, puis accès des patients couchés urgents par la sortie des patients face à SSPI. Dans un 2^{ème} temps: sortie des patients couchés urgents par l'entrée actuelle du bloc <p>✓ Création d'un SAS « sale » afin de sécuriser le circuit sale et propre Evacuation du linge et des déchets dans la salle actuelle de décartonnage (pas de travaux nécessaires)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Création d'un nouveau local plus grand pour les déchets et le linge sale - Mise en place de cloison avec porte sécurisée (digicode, carte RFID) - Déplacement d'une grille de prise d'air pour colonne de désenfumage située au niveau du local de décontamination et de la réserve endoscopie <p>=>Circuits d'évacuation du sale modifiés définitivement : aucun impact sur l'activité du bloc</p> <p>✓ Création d'un SAS « propre » (ou salle de décartonnage) à la place de la réserve</p> <ul style="list-style-type: none"> - Délocalisation et création d'un nouveau SAS pour la livraison du propre : décartonnage dans l'actuelle réserve endoscopie - Ouverture et mise en place d'une porte sécurisée (digicode, carte RFID) dans la réserve endoscopie <p>=>Aucun impact sur l'activité du bloc</p> <p><u>PHASE 1 : MISE A LA NORME ISO 5 DU BLOC D'ORTHOPEDIE/ TRAUMATOLOGIE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise aux normes ISO 5, réfection de 2 salles d'intervention d'orthopédie n° 03 et 04 ✓ Création de SAS entre les salles d'intervention et couloir d'orthopédie ✓ Réaménagement et optimisation des réserves du secteur ✓ Mise en place porte de secours étanche (respect normes de sécurité incendie sur le modèle de la stérilisation) 	<p>chirurgiens cadre du bloc</p> <ul style="list-style-type: none"> • représentant des IADE et des IBODE • AS • EOH • services techniques 		<p>*620 000€</p>
--	--	--	---	--	------------------

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Secteur orthopédie reste isolé du secteur viscéral ✓ Arsenal stérile en surpression sera positionné à l'intérieur du SAS d'accès aux salles d'intervention ✓ Réserves et salle de décontamination à l'extérieur du SAS d'accès aux salles d'intervention <p>⇒ Poursuite de l'activité pendant travaux dans le secteur viscéral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Possibilité d'isoler zone la interventionnelle orthopédie du reste du bloc pendant les travaux - Condamnation de porte menant à la zone orthopédie - Accès au chantier par l'extérieur (sortie de secours) - 2 options : <p>1/suppression de 2 salles d'orthopédie pendant 2 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> - Phase la plus impactante sur l'activité (travaux durant période estivale) - Activité d'urgence traumatologique se déroulera au niveau des salles de chirurgie viscérale dotées des épurateurs d'air mobiles <p>2/création d'une salle d'intervention provisoire délocalisée, équilibrage de l'impact économique en cas de durée prévisible supérieure à 2 mois</p> <p><u>PHASE 2 : EXTENSION DU BLOC, RELOCALISATION DU BLOC ENDOSCOPIE ET DES LOCAUX DU PERSONNEL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nombreux locaux non utilisés (bureaux, vestiaires, ancienne réanimation) ✓ Extension possible du bloc (360 m²) et réorganisation en 3 secteurs : <ul style="list-style-type: none"> - Secteur à haut risque : zone interventionnelle - Secteur à risque modéré : SSPI, endoscopie, décontamination urologique - Secteur à bas risque : vestiaires, détente, secrétariat, bureaux ✓ Nécessité de relocaliser activités externes/endoscopiques et création d'un secteur à bas risque ✓ Déplacement et délocalisation des activités: <ul style="list-style-type: none"> *Secteur à risque modéré : - Déplacement et agrandissement de la salle d'endoscopie - Déplacement de la salle de décontamination urologique - Externalisation de la salle de l'UCE *Secteur à bas risque : - Déplacement des vestiaires du secteur à haut risque vers le secteur à bas risque 			<p>**3,5 millions €</p>
--	--	--	--	--	-------------------------

		<ul style="list-style-type: none"> - Déplacement de la salle de détente du secteur à haut risque vers le secteur à bas risque - Création d'un bureau de dictée de comptes-rendus post-opératoires - Déplacement des bureaux du secrétariat et du cadre du bloc dans le bloc - Entrée par le secteur à bas risque : 1^{ère} douane obligatoire par les vestiaires pour le changement de tenue - Accès aux pièces administratives et de détente : 2^{ème} douane obligatoire et mise en place des EPI avant accès au bloc <p>=><i>Aucun impact sur l'activité chirurgicale</i></p> <p><u>PHASE 3 : CREATION D'UNE NOUVELLE SSPI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Importantes contraintes structurelles (piliers porteurs, gaines techniques) ✓ Nouvelle SSPI (110m²) se situerait au niveau de la zone d'endoscopie, désinfection d'urologie ✓ SSPI positionnée au milieu du bloc pour recevoir patients de zone interventionnelle et ceux du secteur endoscopie <p>=><i>Aucun impact sur l'organisation et l'activité</i>, après relocalisation des activités de chirurgie externe et d'endoscopie</p> <p><u>PHASE 4 : REQUALIFICATION DES ESPACES LIBERES ET FLUIDIFICATION DU CIRCUIT PATIENT</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Création d'1 zone d'accueil « <i>patients debouts</i> » et 1 zone de stockage de brancards/lits dans les vestiaires actuels en contiguïté avec l'entrée du bloc <ul style="list-style-type: none"> ○ Création d'1 salle dédiée à l'urgence dans la SSPI actuelle : sécurisation du bloc : accueil urgence chirurgicale <p>=><i>Aucun impact sur l'activité programmée/réglée</i> par la prise en charge des urgences</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Transfert et agrandissement de la salle de néonatalogie (actuellement 5 m²) dans la salle de « <i>détente</i> » ✓ Circuits « <i>patients debouts</i> » et « <i>patients couchés</i> » sont organisés avec SAS d'habillage et SAS de transfert <p>=><i>stockage de brancards du bloc hors du bloc</i> : aucun lit de service Circuit « <i>personnel</i> » concentré dans la zone à bas risque avec les locaux administratifs Circuit « <i>sale</i> » et « <i>propre</i> » sécurisés</p> <p>=><i>Aucun impact sur l'organisation et l'activité</i></p>			
--	--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organisation du transfert systématique des patients à l'entrée du bloc sauf exception médicale ✓ Evacuation des déchets par la porte se trouvant face à la SSPI ✓ Mise en place du déshabillage systématique des patients de l'UCE 			
<p><i>Disponibilité des ressources</i></p> <p>NC</p>	<p><input type="checkbox"/> <u>PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE</u></p> <p>Non-conformité des locaux, salle de césarienne ne répondant pas aux normes</p>	<p>MOYEN/LONG TERME</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en place de travaux en salle césarienne (changement de portes) ✓ Représentant du bloc obstétrical au conseil de bloc 	<ul style="list-style-type: none"> • directeur des soins et responsable qualité • DRMAO • responsable des travaux • ingénieur équipement • médical • responsable services techniques • EOH • CLIN • MAR • obstétricien • cadre de bloc • IADE hygiéniste • IADE • AS 		9000€
<p><i>Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle</i></p> <p>NC</p>	<p><input type="checkbox"/> <u>PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE</u></p> <p>Evaluation périodique de conformité des pratiques non assurée</p>	<p>COURT/ MOYEN TERME</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en place d'évaluation (création de grilles d'audit selon le modèle du GREPHH) ✓ Programmation d'un audit tous les 2 ans ✓ Mise en place de formation 	<ul style="list-style-type: none"> • directeur des soins et responsable qualité • cadre de bloc • conseil de bloc • EOH • cadre de pôle 		
<p><i>Description de la mise en œuvre effective</i></p> <p>PS</p>	<p><input type="checkbox"/> <u>PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC</u></p> <p>EPP non appliquées au bloc Tenues vestimentaires non respectées au bloc Transport des patients en brancard problématique en matière d'hygiène</p>	<p>COURT/ MOYEN TERME</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en place de formation ✓ Signature et applicabilité charte de bloc 	<ul style="list-style-type: none"> • directeur des soins et responsable qualité • cadre de bloc • EOH • AS 		
<p><i>Description de la mise en œuvre effective</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <u>PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE</u></p> <p>Procédures non suivies</p>	<p>COURT/ MOYEN TERME</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en place de la traçabilité 	<ul style="list-style-type: none"> • directeur des soins et responsable qualité • cadre de bloc • conseil de bloc 		

NC			<ul style="list-style-type: none"> • responsable qualité • IBODE • responsable des endoscopies 		
<i>Evaluation du fonctionnement du processus</i> NC	<input type="checkbox"/> <u>PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE</u> Absence de dispositif structuré d'indicateurs	COURT/ MOYEN TERME <input checked="" type="checkbox"/> Mise en place d'indicateur <input checked="" type="checkbox"/> Création de grille d'audit	<ul style="list-style-type: none"> • directeur des soins et responsable qualité • cadre de bloc • conseil de bloc • responsable qualité • adjoint au cadre administratif 		

*Le coût pour réhabiliter les deux salles d'orthopédie (mise aux normes ISO) entièrement équipées est de 620 000€ et nécessite un financement par l'ARS.

**La réfection de la salle de réveil et l'agrandissement du bloc sont estimés à 3.5 millions d'euros.

Toutefois, la réorganisation du bloc suppose, pour ce faire, de convaincre et de rassembler les forces vives de l'établissement de santé.

3.3 Un portage par la gouvernance fort fondé sur la valorisation de l'intelligence collective et la responsabilisation des acteurs

3.3.1 Un capital humain à valoriser dans l'inclusivité et non l'exclusivité

Plus personnellement, la réflexion sur la réorganisation du bloc, entre autres, a contribué à faire évoluer mon cheminement intellectuel et professionnel en me projetant en tant que manager dans mes futures fonctions.

Travailler au quotidien avec les acteurs de l'hôpital et du bloc a permis de m'appuyer sur les personnes ressources pour mettre en perspective le rôle du directeur. Prendre la mesure des contraintes pluridimensionnelles qui s'exercent sur le terrain, est déterminant pour en apprécier les enjeux, ce que souligne M-C Pouchenelle dans un de ses articles : « *La focalisation fréquente des professionnels du bloc sur les aspects techniques s'explique, certes, par l'enjeu vital des opérations. Mais les performances opératoires dépendent aussi des dimensions socio-professionnelles, psychologiques et symboliques qui structurent profondément l'activité quotidienne des blocs* »⁶⁶.

La réorganisation du bloc aubagnais ne fait pas exception et s'insère dans des contraintes plus larges que celles soulevées par la démarche qualité et de gestion des risques qui en sont les révélateurs. Au-delà de la priorisation des actions et de leur coordination, comment manager et piloter de façon optimale la mise en place de nouveaux outils, de dispositifs, pour réorganiser le bloc dans des délais contraints ? S'il n'est pas évident de passer de l'expérimentation à l'innovation sur le terrain, il n'en demeure pas moins que ce potentiel de constante redéfinition ne peut s'appuyer que sur les forces vives des institutions et l'intelligence collective.

Il faut ainsi considérer comme véritable force de proposition et d'innovation le capital humain afin de pouvoir faire évoluer les pratiques. Or le management à l'hôpital s'exerce dans un « *régime d'autorisation*⁶⁷ » strict et complexe qui nécessite une réflexion pour intégrer les évolutions à venir. Dans un tout autre contexte, le philosophe Goethe rappelait, que : « *Traiter un individu comme il est, il restera ce qu'il est. Traitez-le comme il doit et peut devenir, il deviendra ce qu'il doit et peut être* ». La conduite du changement se veut inclusive en intégrant toutes les ressources humaines ; le management ne peut se limiter à la simple gestion de projet sans inclure le facteur humain pour créer

⁶⁶ Pouchelle, M-C, « *Regard d'une ethnologue sur le métier d'ibode* », *Inter bloc*, 2008, vol. 27, N° 3, pp. 182-185.

⁶⁷ Sous la direction de M. Louazel, A. Mourier, E. Ollivier, R Ollivier, *Le management en santé : gestion et conduite des organisations de santé*, presses de l'EHESP, Rennes, 2018.

« l'enchantement ». Comme le mentionnait Johan Cruyff « l'important n'est pas d'avoir les 11 meilleurs joueurs, mais le meilleur 11 ». ⁶⁸

« La force de l'hôpital, c'est le personnel ⁶⁹ » déclare le Professeur M. Tsimaratos. Il convient donc de revenir aux fondamentaux du management et passer d'une culture de gestion de l'emploi subie à une culture des ressources humaines actives pour anticiper les nouveaux besoins. Il y a déjà dix ans, un rapport de l'IGAS, évoquait qu'il est « aujourd'hui important de passer d'une fonction de ressources humaines fondée sur la gestion administrative (...) à une approche plus stratégique de valorisation et de reconnaissance du capital humain ⁷⁰ ». Reconnaître les compétences des professionnels et les valoriser est indispensable pour contribuer à susciter l'adhésion des équipes, lesquelles sont autant le sujet que le vecteur du changement de toute organisation. A. Meignant résume en quelques mots la finalité de la bonne gestion des ressources humaines qui, selon lui, est de « disposer à temps, en effectifs suffisants, et en permanence, des personnes compétentes et motivées pour effectuer le travail nécessaire, en les mettant en situation de valoriser leurs talents avec un niveau élevé de performance et de qualité, à un coût salarial compatible avec les objectifs économiques et dans le climat social le plus favorable possible ». ⁷¹

3.3.2 Un encadrement de conviction, reposant sur l'intelligence collective et la responsabilisation des acteurs

Or, il semblerait que le rôle du directeur (cf annexe 6) se soit modifié dans le temps parallèlement à l'environnement dans lequel il exerce. En s'adaptant à l'évolution sociétale où le service public, classiquement fondé sur l'intérêt général, intègre désormais une dimension individuelle croissante, le domaine de la santé devient tentaculaire avec de nouvelles exigences. Pour reprendre la métaphore du bateau, le directeur serait un capitaine à qui il revient de faciliter la traversée de l'équipage. Le directeur d'hôpital est censé envoyer un message fort, avec des objectifs précis, et définir une politique crédible en facilitant l'appropriation de la démarche par les acteurs. L'engagement de la direction est par conséquent déterminant en tant que vecteur de décloisonnement.

Le bloc opératoire en atteste. Il est nécessaire de tenir compte de ses particularités pour encadrer de façon adaptée et orienter les mesures à prendre. Mettre en cohérence les besoins des patients avec ceux du personnel s'impose autour de valeurs partagées. La réorganisation du bloc est astreignante à mettre en œuvre du fait de sa haute technicité. Au-delà des aspects techniques, ceci implique de la part de la gouvernance un management situationnel adapté aux individus, tantôt

⁶⁸ Sous la direction de T.Ardouin, J-M Bonmati, J-L Juillet, *Ressources humaines à l'hôpital : pilotage social et performance*, berger Levrault, Paris, 2009, p 291.

⁶⁹ Tsimaratos, Michel, avec la collaboration de B. Devictor et S. Gentile, *Repenser l'hôpital : rendez-vous manqués et raisons d'espérer*, Michalon, Paris, 2019, p216.

⁷⁰ <https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/moderniser-la-gestion-rh-a-l-hopital.html> in Tsimaratos, Michel, avec la collaboration de B. Devictor et S. Gentile, *Repenser l'hôpital : rendez-vous manqués et raisons d'espérer*, Michalon, Paris, 2019, p237.

⁷¹ Sous la direction de T.Ardouin, J-M Bonmati, J-L Juillet, *Ressources humaines à l'hôpital : pilotage social et performance*, berger Levrault, Paris, 2009, p 294.

directif tantôt déléгатif. L'organisation devient le lien qui relie le management à l'individu afin de donner du sens. Or actuellement, le déficit de dimension collective, de management bienveillant et bientraitant peuvent être contraignants à plusieurs égards comme le souligne le Professeur M. Tsimaratos en affirmant que « *La spécialité extrême du corps médical et non-médical s'oppose aux compétences générales de gestion des directeurs et des cadres de santé pour faciliter la polyvalence et l'adaptabilité, ce qui créerait une instabilité managériale et l'absence de continuité managériale* ». ⁷²

Il conviendrait d'avoir un management renouvelé, basé sur la reconnaissance ⁷³, où l'humain est au centre. Cela faciliterait l'appropriation de la stratégie de l'institution, consoliderait l'appartenance au groupe et renforcerait dans le même temps l'engagement des professionnels. D'après les travaux de Watson, les professionnels auraient tendance à offrir un service à l'image des valeurs que l'organisation véhicule selon le concept du « *prendre soin* » ⁷⁴.

Reposant sur l'intelligence collective, l'encadrement de conviction impliquerait la responsabilisation des acteurs dans une société où l'administration laisserait plus d'autonomie. La difficulté est, cependant, de trouver un juste équilibre entre des compétences pluridimensionnelles apparemment contradictoires. Le bon manager doit être pragmatique et souple, doit travailler en collectif et garder en même temps son autonomie. A la fois médiateur et décideur, il doit également échanger avec son équipe mais aussi recevoir d'elle, être pragmatique en anticipant et en élaborant des stratégies au cœur du projet de soins. Ce dernier doit donc posséder suffisamment d'intelligence et d'humanité pour s'adapter aux situations et donner du sens aux actions menées pour fédérer une équipe. L'encadrement bienveillant, à la fois pédagogique et stratégique, n'exclut ni la prise de décision ni la détermination ni le contrôle. Une vision macro, sur le long terme, permet de rester centré sur ses objectifs sans pour autant se disperser dans des tâches quotidiennes certes indispensables mais énergivores.

⁷² Tsimaratos, Michel, avec la collaboration de B. Devictor et S. Gentile, *Repenser l'hôpital : rendez-vous manqués et raisons d'espérer*, Michalon, Paris, 2019, p170.

⁷³ La reconnaissance serait un processus composé de deux étapes : la reconnaissance de l'existence et la confirmation de la valeur.

⁷⁴ A la fin des années 70, ce professeur en sciences infirmières, à l'Université du Colorado, reconnaît l'importance du « *concept de caring* » selon lequel la reconnaissance s'inscrit essentiellement dans une perspective interactionnelle et dans un processus de communication. Watson J, *Le caring, philosophie et science des soins infirmiers*, Seli Arslan, Paris, 1998.

Conclusion

Lieu de passage où les patients reçoivent un geste technique demandant une grande qualification et une haute technicité, dans un environnement sécurisé, le bloc opératoire demeure une structure avec des exigences particulières tant au niveau de l'architecture, de l'hygiène que des ressources allouées. Au centre d'un processus complexe de prise en charge, le bloc mobilise un grand nombre d'acteurs, des compétences et un savoir-faire spécifiques. Les différentes réglementations successives ainsi que l'évolution technologique soutenue font que ce dernier, indépendamment de sa conception initiale, sera inadapté en moins d'un quart de siècle. Il reviendra alors à ses concepteurs ou à la gouvernance d'anticiper son évolution inéluctable pour adapter régulièrement la structure. C'est pourquoi, son fonctionnement nécessite une discipline rigoureuse partagée avec les différentes équipes soignantes, logistiques et administratives. Si l'incertitude demeure une donnée incontournable des sociétés modernes, le recours à la règle répond également à une demande sociale des opérateurs pressante. Pour autant, Morel C. souligne que « *des règles parcimonieuses et bien conçues sont indispensables dans une société qui se veut démocratique et fiable* ». ⁷⁵ L'auteur propose alors un nouveau modèle d'organisation résiliente, afin de mieux gérer l'imprévu, fondé sur des règles frugales, la qualité et des relations humaines fiables.

Il n'en demeure pas moins, qu'en tant qu'outil de production, le système des soins, tel qu'il est conçu à l'hôpital, gravite autour de l'activité chirurgicale. Source de recettes mais aussi de coûts, ce dernier a pour objectif de traiter le patient en tant que sujet et non en tant qu'objet. La gestion des flux est devenue un enjeu décisif pour assurer la sécurité des patients et des professionnels tout en préservant la qualité des soins et garantir l'équilibre financier d'un établissement. Agir en toute intelligence sur les dysfonctionnements du bloc permet de mettre le patient au cœur du processus des soins tout en réajustant les ressources. Darwin, évoquait l'importance de l'adaptabilité selon laquelle « *Les espèces qui survivent ne sont pas les plus fortes ni les plus intelligentes mais celles qui s'adaptent le mieux au changement* ». Le bloc, « *Comme tous les éléments du plateau technique, (...) constitue un terrain propice aux actions d'amélioration car sa logique de production et le coût croissant des ressources mobilisées (personnel, salle, matériel de plus en plus sophistiqué, consommables, avec notamment le développement de l'usage unique) incite ses responsables à réfléchir régulièrement à la meilleure utilisation possible des ressources matérielles et humaines à leur disposition* » ⁷⁶.

Si la certification, dans les établissements de santé, est une démarche d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, qui a fait ses preuves grâce au niveau d'exigence de la HAS, la

⁷⁵Morel C, *Les décisions absurdes III: L'enfer des règles et les pièges relationnels*, Gallimard, Paris, 2018, p236.

⁷⁶MEAH, *Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques : recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées*, Berger -Levrault, Paris, 2006, p 65.

maturité des organisations a ainsi progressé régulièrement afin d'amener un changement de paradigme culturel. La Vème version de la certification V2020, sera quant à elle, davantage centrée sur la qualité des résultats obtenus pour le patient, au plus près des pratiques professionnelles. A l'aune de la qualité et de la gestion des risques, le bloc opératoire aubagnais a impulsé et impulsera une nouvelle dynamique en se mobilisant activement pour mettre ses locaux en conformité, améliorer ses pratiques et la qualité des soins dispensés au patient. Il participera ainsi au cercle vertueux de l'amélioration qui consiste, en quelques mots, à identifier, analyser, piloter, mettre en œuvre, évaluer et réadapter. Comme l'avait mentionné François Bérard, directeur général adjoint du CHU de Montpellier, dans une de ses présentations, il ne suffit pas d'être prêt pour la prochaine certification mais pour le prochain patient.

A ce titre est élaborée une stratégie de réorganisation priorisée pour répondre ponctuellement, aux exigences de la certification, et plus globalement à la sécurité de la prise en charge du patient. L'identification des risques et des écarts est le postulat essentiel pour élaborer des actions correctives performantes. Pour autant, la réorganisation du bloc est pluridimensionnelle et révèle ô combien il est difficile de mettre à plat le fonctionnement d'une structure qui plus est, a ses règles propres et des spécificités très ancrées. Comme le rappelait Machiavel, dans le *Miroir du Prince*, « *Il n'y a rien dont l'exécution est plus difficile ou la réussite plus douteuse ou le maniement plus dangereux que l'instauration d'un nouvel ordre des choses* ». Quand bien même de nombreuses difficultés apparaissent, leurs traitements progressifs et méthodiques permettraient de les dépasser plus aisément sous l'impulsion d'une culture managériale du changement. Le découplage des services et la transversalité sont gages de réussite et permettent d'assurer une synergie autour d'un projet unique : assurer une qualité de soins optimale des plus vulnérables.

Toutefois, le domaine de la santé devenant tentaculaire et polymorphe, au cœur des préoccupations sociétales contemporaines, l'hôpital, avec ses multiples interfaces, a tendance à devenir un lieu où les réformes et les restructurations sont permanentes. La singularité mais aussi la richesse de l'hôpital résident dans le fait que cette institution est « *l'archétype de la bureaucratie professionnelle, du fait de la coexistence difficile entre une organisation bureaucratique (le monde administratif) et une organisation professionnelle (le monde médical)*⁷⁷ ». L'institution doit faire face à de nombreuses injonctions paradoxales où se côtoient une multiplicité d'acteurs hétérogènes et des enjeux en termes politico-économiques divergents (coût financier pour l'Etat, lobby médical et pharmaceutique). Si la France n'est pas un cas isolé en Europe, elle est confrontée à d'importants défis, à savoir une pénurie de professionnels de santé, un environnement économique contraint associé à l'exigence de la qualité et de la sécurité des soins. Dans ce contexte particulier, le management et le pilotage restent fondamentaux ; la gouvernance, le portage politique et les

⁷⁷ Tsimaratos, Michel, avec la collaboration de B. Devictor et S. Gentile, *Repenser l'hôpital : rendez-vous manqués et raisons d'espérer*, Michalon, Paris, 2019, p170.

ressources humaines doivent renforcer leur vision stratégique par un déploiement judicieux et réfléchi des outils sur lesquels elles se basent. Jamais la nécessité de s'intégrer dans une vision territoriale n'a été aussi prégnante et s'impose au monde hospitalier comme un impératif catégorique. « *Le manager est amené à tenir un rôle toujours plus stratégique, tourné vers l'extérieur, en parallèle de ses missions plus traditionnelles de gestion d'équipe et de coordination des processus internes d'organisation* ». ⁷⁸

⁷⁸ Sous la direction de M. Louazel, A. Courrier, E. Ollivier, R Ollivier, *Le management en santé : gestion et conduite des organisations de santé*, presses de l'EHESP, Rennes, 2018, p5.

Bibliographie

Ouvrages :

- Sous la direction de T.Ardouin, J-M Bonmati, J-L Juillet, *Ressources humaines à l'hôpital : pilotage social et performance*, Berger- Levrault, Paris, 2009, p 568.
- Sous la coordination de J-M Barbot et F. Martin-Born, *Réflexions et pratiques des ressources humaines à l'hôpital (tome 2)*, les cahiers hospitaliers, les cahiers de la fonction publique, Berger Levrault, Paris, 2013, p150.
- Sous la direction de M. Louazel, A. Mourier, E. Ollivier, R Ollivier, *Le management en santé : gestion et conduite des organisations de santé*, presses de l'EHESP, Rennes, 2018, p545.
- MEAH, *Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques : recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées*, Berger -Levrault, Paris, 2006, p 85.
- Morel C, *Les décisions absurdes III : L'enfer des règles et les pièges relationnels*, Gallimard, Paris, 2018, p272.
- Tsimaratos M., avec la collaboration de B. Devictor et S. Gentile, *Repenser l'hôpital : rendez-vous manqués et raisons d'espérer*, Michalon, Paris, 2019, p282.

Articles :

- Breack P., « *Techniques hospitalières* », Revue des technologies de la santé, 2019, n° 774, pp.13-18.
- Kemp P., « *Si l'histoire des blocs opératoires m'était contée* », Revue de l'association du musée hospitalier de Lille, 2015, no 17, p.10.
- Pouchelle, M-C, « *Regard d'une ethnologue sur le métier d'Ibode* », Inter bloc, 2008, vol. 27, N° 3, pp. 182-185.

Références internet :

- Académie nationale de médecine, 2009 <http://www.academie-medecine.fr/09-11-bloc-operatoire-de-la-salle-doperation-a-la-plate-forme-interventionnelle/>, 28/04/2009.
- Anap, 2016, Élaborer, mettre en œuvre et faire appliquer une charte de bloc, <http://bloc-operatoire.anap.fr/publication/1336-elaborer-mettre-en-oeuvre-et-faire-appliquer-une-charte-de-bloc>, 03/01/2016.
- Anap, 2019, Outils d'analyse des blocs opératoires : guide des indicateurs, http://bloc-operatoire.anap.fr/medias/Bloc/Guide_des_indicateurs-_Outil_danalyse_Bloc_operatoire.pdf, 2019.
- ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 2018, Blocs opératoires et locaux associés, guide des bonnes pratiques de conception, guide régional, https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/index.php/system/files/2018-11/DICOM_Guide_BlocsOp%C3%A9ratoires.pdf, octobre 2018.
- HAS, 2007, Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_rapport_college_has_horizons.pdf, 2007.
- HAS, 2012, Fiche 9. Choisir les événements et situations à risques à traiter, <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche9.pdf>, 2012.
- HAS, 2012, Amélioration des pratiques et sécurité des soins, La sécurité des patients Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, Des concepts à

la pratique, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_gdr_pages1a64.pdf, mars 2012.

- HAS, 2014, Certification des établissements de santé, Guide thématique des experts-visiteurs Management de la prise en charge des patients au bloc opératoire et en chirurgie ambulatoire, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-5/dir19/bloc_operatoire_-_guide_ev_v2014_.pdf, novembre 2014.
- HAS, 2015, Certification des établissements de santé, Ce qu'il faut savoir sur l'évaluation de la démarche qualité et gestion des risques au bloc opératoire, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/document_dinformation_bloc_certification_2015-04-07_14-43-14_24.pdf, Mars 2015.
- HAS, 2015, Éléments d'Investigation Obligatoires (EIO) et situations à risque V2014, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-01/20150112_recueil_eio_v2014.pdf, septembre 2015.
- HAS, 2015, Prise en charge au bloc opératoire, https://www.has-sante.fr/jcms/c_2019468/en/prise-en-charge-au-bloc-operatoire, avril 2015.
- ANAP, 2016, ressources.anap.fr/bloc-operatoire/publication/1618
- HAS, 2018, Guide méthodologique à destination des établissements de santé Certification V2014, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/guide_methodologique_v2014.pdf, décembre 2018.
- HAS, 2018, Matrice de maturité PACTE, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/17_04_2018_matrice_maturite_pacte_4pages.pdf, 29/05/2018.

Rapports :

- Groupe de travail 2020 Centre hospitalier d'Aubagne Edmond Garcin, *Mise aux normes et modernisation du bloc opératoire du CHEG*, juillet 2020.
- Centre hospitalier d'Aubagne Edmond Garcin (service qualité), *Compte qualité*, 24/10/2019.
- Centre hospitalier d'Aubagne Edmond Garcin, Projet établissement 2018-2022, *L'hôpital de demain se construit aujourd'hui*, 2018.
- HAS, *Rapport de certification centre hospitalier d'Aubagne Edmond Garcin*, novembre 2019.
- MEAH, *Gestion et organisation des blocs opératoires*, décembre 2009.
- SHAM, *Visite analyse des risques centre hospitalier d'Aubagne Edmond Garcin*, décembre 2018.

Forum :

- IRIS Forum santé, « *Bloc opératoire et sites interventionnels, les nouveaux défis, les indicateurs* », Paris, 11-19 juin 2008.

Mémoire :

- Cépisul Michel, *Immersion au cœur de l'organisation d'un bloc opératoire*, Master droit de la santé : parcours management stratégique des risques et de la qualité, Lyon, Faculté de droit Université Jean Moulin Lyon 3, 2018.
- Lamary Agnès, *Cadre de proximité : détecteur, régulateur et préventeur du stress négatif chez les agents de service, master professionnel éducation et formation cadre de santé*, Aix-Marseille, Institut de formation des cadres de santé, 2015.

Liste des annexes

- + **Annexe 1 et Annexe 1 bis.** Photos et plan du bloc opératoire actuel
- + **Annexe 2.** Principaux textes réglementaires en vigueur encadrant le bloc opératoire
- + **Annexe 3.** Principales études menées sur le bloc opératoire
- + **Annexe 4.** Le bloc opératoire, un processus complexe de prise en charge du patient
- + **Annexe 5.** Plan du bloc opératoire aubagnais après phasage des travaux
- + **Annexe 6.** La gestion de projet ou le gain d'efficacité ; la vision du manager hospitalier
- + **Annexe 7.** Questionnaire des entretiens

Annexe 1

Photos et plan du bloc opératoire actuel

Centre hospitalier

Edmond Garcin



Circulation extérieure du bloc



Marina TSELEPIDES - Mémoire de l'

Accès zone interventionnelle du bloc opératoire à partir de l'endoscopie



**Vue extérieure
salles d'interventions ortho**



Salle ortho 4



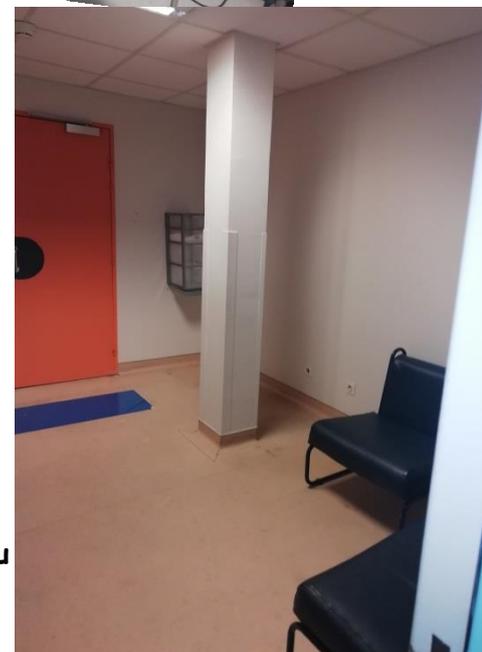
Salle endoscopie



Salle UCE ou « petite chir »



SSPI



**SAS UCE
et accès au
secrétariat**



***Salle
d'intervention
viscérale**

***SSPI**



Marina TSELEPIDES - Mémoire

***Photos extraites du rapport élaboré par le
Groupe de travail 2020 : Mise aux normes et
modernisation du bloc opératoire du CHEG**

Annexe 1 bis

Photos et plan du bloc opératoire actuel



Secteur à haut risque infectieux : zone « chaude » interventionnelle des 4 salles de bloc

Secteur à risque infectieux modéré : zone « tiède » de la SSPI actuelle avec l'endoscopie et la petite chirurgie

Secteur à bas risque infectieux : zone de l'ancienne réa avec ses bureaux

Annexe 2

Principaux textes réglementaires en vigueur encadrant le bloc opératoire

	<i>REGLEMENTAION EN VIGUEUR</i>	<i>RELATIVE A</i>	<i>ARTICLES</i>
1	Loi n° 91-748 du 31 Juillet 1991	portant réforme hospitalière	<p>Art. L-710-4 « les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisations des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin d'en garantir la qualité et l'efficience ».</p> <p>Art. L-714-23 : « Le chef de service ou de département assure la conduite générale du service ou du département et organise son fonctionnement technique. Il est assisté par un cadre paramédical pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences».</p>
2	Arrêté du 7 janvier 1993	relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D. 712-31 du code de la santé publique pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire visées à l'article R. 712-2-1 (b), de ce même code	<p>Art. 2 « Le secteur opératoire inclut une zone opératoire protégée. Cette zone garantit, par des dispositifs techniques, une organisation du travail et une hygiène spécifiques et adaptées, la réduction maximale des risques encourus par le patient, l'équipe opératoire, les tiers et l'environnement, et dispose des moyens propres à faire face à leurs conséquences. Ces risques sont notamment de nature anesthésique, infectieuse ou liés aux agents physiques employés ».</p> <p>Art. 8 « L'organisation du secteur opératoire doit être précisée et consignée dans un document prévu à cet effet. Ce document doit être porté à la connaissance de l'ensemble du personnel intervenant dans la structure pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire. Ce document, compatible avec le document mentionné à l'article 3, est établi par le responsable de l'établissement, après avis du médecin coordonnateur. Si le secteur opératoire n'est pas utilisé exclusivement par la structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire, le responsable de l'établissement doit solliciter l'avis des autres utilisateurs de ce secteur.</p> <p><i>Ce document définit et précise pour la zone opératoire protégée et le secteur opératoire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 1° Les modalités d'établissement du programme opératoire ; 2° Les procédures et modalités d'entrée, de déplacement et de sortie des instruments, matériels, linges ; 3° Les procédures et modalités d'évacuation des déchets ; 4° Les procédures et modalités d'entrée, de déplacement et de sortie du personnel et des patients ; 5° Les procédures et modalités de nettoyage, décontamination, désinfection et stérilisation ; 6° Les procédures assurant la continuité de l'alimentation des servitudes. <p><i>L'application des procédures et modalités susvisées ainsi que leur bonne adaptation aux actes pratiqués sont périodiquement vérifiées sous la responsabilité du médecin coordonnateur, sans préjudice de la responsabilité de chaque praticien ».</i></p>

3	Décret n°94-1050 du 5 Décembre 1994	relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique	Art. D-712-42 : « <i>Le tableau fixant la programmation des interventions est établi conjointement par les médecins réalisant les interventions, les médecins anesthésistes et le responsable de l'organisation du secteur opératoire, en tenant compte notamment des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur opératoire ainsi que les possibilités d'accueil en surveillance post-interventionnelle.</i>
4	Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996	portant réforme de l'hospitalisation publique et privée	« <i>En effet, tous les personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs doivent ensemble participer à l'organisation et à la gestion de l'hôpital. Pour allier la qualité des soins et une bonne organisation, la participation active des médecins et des équipes paramédicales de l'hôpital est indispensable.</i>
5	Circulaire DGS-SPI-SQ/DH-AF/98/674 du 17 Novembre 1998		
6	Circulaire DGS-SPI-SQ/DH-EC-AF2/n°99-627 du 16 Novembre 1999		
7	Circulaire n°DH/FH/2000/264 du 19 Mai 2000	relative à la mise en place des conseils de bloc dans les établissements publics de santé	<p>La circulaire du 17 novembre 1998, fixant les priorités en matière de santé publique et d'organisation des soins à prendre en compte dans le cadre de la préparation budgétaire pour 1999 des établissements de santé financés par dotation globale, a inscrit, notamment, la sécurité anesthésique. Elle demande, en particulier, aux établissements de bien vouloir s'assurer que la planification du tableau opératoire prévu par l'article D-712-42 du décret sus-cité soit effectuée dans chaque établissement et qu'à cette fin, « <i>sous l'égide de la CME, un conseil de bloc opératoire dont le rôle est de faciliter l'organisation harmonieuse du bloc opératoire et qui comprendra au minimum un chirurgien, un anesthésiste, un cadre infirmier et un cadre infirmier anesthésiste, s'il existe</i> » soit constitué. De même, la circulaire du 16 novembre 1999 fixe notamment, dans le cadre de la préparation budgétaire pour 2000, comme priorité de la politique d'organisation des soins hospitaliers, la mise en place des conseils de bloc opératoire.</p> <p>« <i>Le directeur arrête la composition nominative du Conseil de Bloc opératoire. Celui-ci doit comprendre au minimum :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - un chirurgien intervenant au niveau du bloc opératoire ; - un médecin anesthésiste réanimateur, désignés sur proposition de la CME - un responsable de l'organisation du secteur opératoire ; ce responsable pouvant être le cadre de santé infirmier ; - le cadre de santé infirmier anesthésiste ; - le responsable du CLIN ou son représentant y participe en tant que de besoin. <p><i>Les membres sont désignés pour une durée de trois ans renouvelable. »</i></p> <p>« <i>Le président du Conseil de Bloc opératoire est le responsable de l'organisation du secteur opératoire. Cette instance doit se réunir au moins une fois par mois sur convocation</i></p>

			<p><i>de son président....D'autres membres peuvent être invités à titre consultatif en leur qualité d'experts selon l'ordre du jour. »</i></p> <p><i>« Les missions du Conseil de Bloc opératoire portent notamment sur :</i></p> <p><i>a) la programmation du tableau opératoire en tenant compte des moyens en personnels, des règles de sécurité anesthésique, du type d'intervention et des caractéristiques des patients, en liaison avec les services annexes ;</i></p> <p><i>b) la résolution des dysfonctionnements dans les établissements publics de santé</i></p> <p><i>c) la mise en place des protocoles ;</i></p> <p><i>d) la rédaction d'une charte de fonctionnement et d'organisation interne du bloc opératoire</i></p> <p><i>e) la proposition d'actions de formation continue médicale et paramédicale en lien avec l'évolution des techniques, l'adaptation des compétences et des objectifs de développement de l'établissement.</i></p> <p><i>Chaque année le Conseil de Bloc opératoire établit un rapport d'activité du bloc opératoire et le transmet à la CME. »</i></p>
8	Décret n° 2001-1154 du 5 décembre 2001	relatif à l'obligation de maintenance et au contrôle de qualité des dispositifs médicaux	L. 5212-1 de code de la santé publique (3ème partie : Décrets).
9	Loi n°2002-303 du 4 mars 2002	relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé	
10	Décret n° 2002-1221 du 30 septembre 2002	relatif aux catégories de dispositifs médicaux devant faire l'objet d'une communication lors de leur mise en service et modifiant le livre V bis du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)	
11	Arrêté du 3 mars 2003	fixant la liste des dispositifs médicaux soumis à l'obligation de maintenance et au contrôle de qualité mentionnés aux Articles L.5212-1 et D. 665-5-3 du Code de la Santé Publique	
12	Décret n° 2003-992 du 16 octobre 2003, décret n° 99-1072 du 15 décembre 1999, décret n° 98-900 du 9 octobre 1998	relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie, la réanimation néonatale et la réanimation	

13	Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004	relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions du code partie IV, Professions de santé, Livre III, Auxiliaires médicaux, Titre 1er, Profession d'infirmier ou d'infirmière, Chapitre 1er, Exercice de la profession, Section 1, Actes professionnels. Section 2, Personnes autorisées à exercer la profession. Section 3 Diplômes de spécialité, Chapitre II, Règles Professionnelles	
14	Arrêté du 13 décembre 2004	relatif à la coopération entre professionnels de santé	
15	Arrêt du Conseil d'Etat n° 258201 du 4 février 2005	relatif à l'intégration du temps de soins réalisé au cours d'une astreinte dans le temps de travail	
16	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	Art.L. 6111-2. « Les établissements de santé élaborent et mettent en oeuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités ». « Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux. »
17	Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009	portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires	Art. R. 5212-40. « Doivent figurer dans le dossier médical mentionné à l'article R. 1112-2 : - l'identification du dispositif médical : dénomination, numéro de série ou de lot, nom du fabricant ou de son mandataire ; - la date d'utilisation ; - le nom du médecin ou du chirurgien-dentiste utilisateur ». Art. R. 5212-42. « A l'issue des soins mettant en oeuvre un dispositif médical figurant sur la liste prévue à l'article R. 5212-36, est transmis au patient un document mentionnant : - l'identification du dispositif médical utilisé : dénomination, numéro de série ou de lot, nom du fabricant ou de son mandataire ; - le lieu et la date d'utilisation ; - le nom du médecin ou du chirurgien-dentiste utilisateur ».

18	Décret N° 2015-74 du 27 janvier 2015	relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire	
19	Décret n°2019-678 du 28 juin 2019	Relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire par les infirmiers et portant report d'entrée en vigueur de dispositions transitoires sur les infirmiers du bloc opératoire	Art. 1 « Par dérogation aux dispositions du b du 1° de l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique, tout infirmier ou infirmière exerçant des fonctions d'infirmier de bloc opératoire peut apporter, dans les mêmes conditions que celles applicables à l'infirmier ou l'infirmière de bloc opératoire titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire, une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration, sous réserve d'être titulaire d'une autorisation à apporter cette aide délivrée par une autorité déconcentrée désignée par arrêté du ministre chargé de la santé ».

Manuel de Certification des Etablissements de santé V 2010. L'organisation du bloc opératoire fait partie des PEP : Critère 26.a

« Afin de renforcer l'effet levier sur la qualité et la sécurité des soins de la certification, des pratiques exigibles prioritaires (PEP) sont introduites dans le manuel de certification. Ces PEP sont des critères pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées. L'étude par l'équipe des experts visiteurs du positionnement de l'établissement au regard de ces exigences sera systématique et bénéficiera d'une approche standardisée ».

Annexe 3

Principales études menées sur le bloc opératoire

<i>DOCUMENTS</i>	<i>ECARTS</i>	<i>AXES D'AMELIORATION</i>
1^{ère} visite d'accréditation rapport de certification HAS, septembre 2001	1. Capacité de la salle de réveil non adaptée à l'activité opératoire	1. Réaliser des travaux pour étendre la SSPI.
Rapports certification HAS 2007 et 2010	1. Dimensionnement et équipement de la SSPI non adaptés aux besoins	1. Projet de travaux prévu en vue d'une extension de la SSPI.
Meah, Gestion et organisation des blocs opératoires, 10/12/2009	<p>1. Un planning opératoire existant mais figé, qui ne répond pas à l'activité des différentes spécialités, offrant peu de souplesse aux nouveaux arrivants ;</p> <p>2. Une participation au benchmarking depuis septembre 2007, mettant en avant des dysfonctionnements en termes d'organisation ;</p> <p>3. Une révision de la charte de bloc en janvier 2008 ;</p> <p>4. Une activité chirurgicale faible pointée par la chambre régionale des comptes.</p>	<p>1. Optimiser l'activité du bloc opératoire pour une meilleure performance (taux de performance à 65% en 2010 et 75% en 2012) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en élaborant des plages opératoires en fonction de l'activité ; - en créant une salle pour les urgences ; - en créant une salle réservée à l'ambulatoire (un jour une spécialité) ; <p>Redéfinir les rôles du cadre de bloc et du responsable médical de bloc ;</p> <p>2. Optimiser la programmation au bloc en tenant compte des capacités d'hospitalisation des services ;</p> <p>3. Faire une meilleure adéquation entre les besoins par spécialités et les plages opératoires allouées ;</p> <p>4. Utiliser en routine des statistiques du bloc pour piloter l'activité ;</p> <p>5. Réhabiliter des instances du bloc.</p>
Rapport certification HAS, 2015	<p>1. Non-respect de la réglementation de la SSPI (surface et configuration) ;</p> <p>2. Non-conformité de certaines classes ISO (chirurgie ortho).</p>	<p>1. Réaliser des travaux pour étendre la SSPI ;</p> <p>2. Remettre aux normes.</p>
Groupe organisationnel, Travail bloc opératoire CHEG, Janvier/mai 2018	<p>1. Non-efficience du bloc ;</p> <p>2. Parcours patient non adapté ;</p> <p>3. Pilotage et organisation du bloc à préciser.</p>	<p>1. Optimiser l'efficacité du bloc : diminuer les coûts de fonctionnement ;</p> <p>2. Repenser le parcours patient, augmenter l'ambulatoire, gérer l'urgence ;</p> <p>3. Redéfinir les règles de gouvernance (charte), outils de pilotage, de fonctionnement, de communication ;</p> <p>4. Reformuler les règles de temps ; (définition des horaires, des vacances, grille opératoire...);</p> <p>5. Revoir les interfaces bloc/ services.</p>
Groupe de travail 2019	<p>1. Dysfonctionnements du bloc : « régulation », programmés / urgences ;</p> <p>2. Répartition de l'activité : taux d'occupation médiocre/ taux de débordement importants Horaires/durées « théoriques » des vacances inadaptés à l'activité ;</p> <p>3. Virage ambulatoire à revoir ;</p>	<p>1. Reformuler les règles de temps (définition des horaires, des vacances, grille opératoire ..) ;</p> <p>2. Reformuler la Charte de Bloc ;</p> <p>3. Reformuler les règles de programmation (et la notion d'urgence) ;</p> <p>4. Adapter les RH ;</p> <p>5. Communiquer dans le bloc (planning des absences/ présences des chirurgiens/ MAR.; planning de bloc, modifications, urgences) ;</p> <p>6. Améliorer les interfaces bloc/ services ;</p>

	4. Communication / transparence du conseil de bloc	7. Organiser des césariennes ; 8. Fiabiliser des indicateurs de pilotage.	
Compte qualité octobre 2019	1. Retard / Report / annulation de l'intervention Procédures EI : gravité 4, criticité 12, niveau de maîtrise 1 ; 2. Désorganisation du programme opératoire : gravité 3, criticité 9 , niveau de maîtrise 3 ; 3. Erreur d'identité du patient : gravité 1, criticité 5, niveau de maîtrise 2 ; 4. Risque infectieux : gravité 5, criticité 20, niveau de maîtrise 2 ; 5. Non-conformité des locaux de la SSPI : gravité 4, criticité 16, niveau de maîtrise 2 ; 6. défaut de traçabilité informatique : gravité 1, criticité 3 , niveau de maîtrise 2.	Le projet qualité s'organise autour de 4 axes : 1. Contribuer à l'amélioration de l'accueil, de l'information et des relations avec les usagers et leur entourage ; 2. Déployer la culture qualité et manager par la gestion des risques ; 3. S'engager dans une démarche d'innovation et recherche 4. Mieux communiquer en interne, auprès du public et des professionnels de santé	
Rapport certification HAS février 2020	1. L'établissement n'a pas complètement identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risque ; 2. Le programme d'actions est partiellement organisé ; 3. L'organisation du bloc n'est pas complètement définie et formalisée en termes de ressources ; 4. Les locaux ne sont pas conformes ; 5. Des pratiques professionnelles relatives à la gestion du risque infectieux ne sont pas toujours appliquées.	Cf déploiement du kit opérationnel	
Groupe de travail 2020 Mise aux normes et modernisation du bloc opératoire du CHEG	1. Salle de réveil SSPI ; 2. Les circuits et les flux (patients, déchets, personnel, classe selon norme ISO.	1. Créer et déplacer les 3 SAS : SAS « patients », SAS « propre », SAS « sale » 2. Mettre à la norme ISO 5 du bloc d'orthopédie / traumatologie 3. Etendre le bloc et relocaliser le bloc endoscopie/locaux du personnel. 4. Créer une nouvelle SSPI 5. Requalifier des espaces libérés et fluidifier le circuit patient	69 71

Annexe 4

Le bloc opératoire, une structure au centre d'un processus complexe de prise en charge du patient

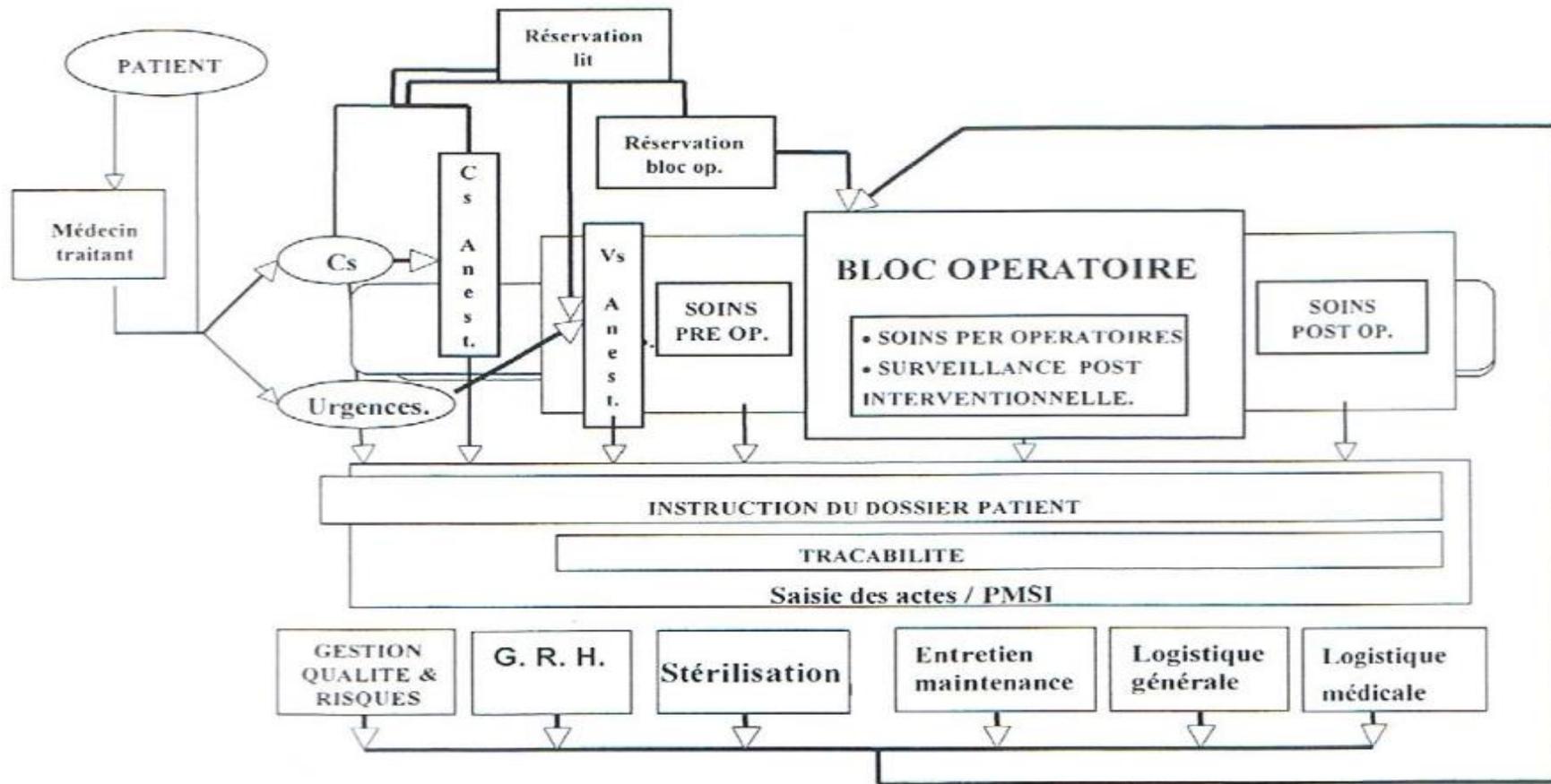


Schéma extrait de la formation IRIS Forum santé, « Bloc opératoire et sites interventionnels, les nouveaux défis, les indicateurs », Paris, 11-19 juin 2008.

Annexe 5

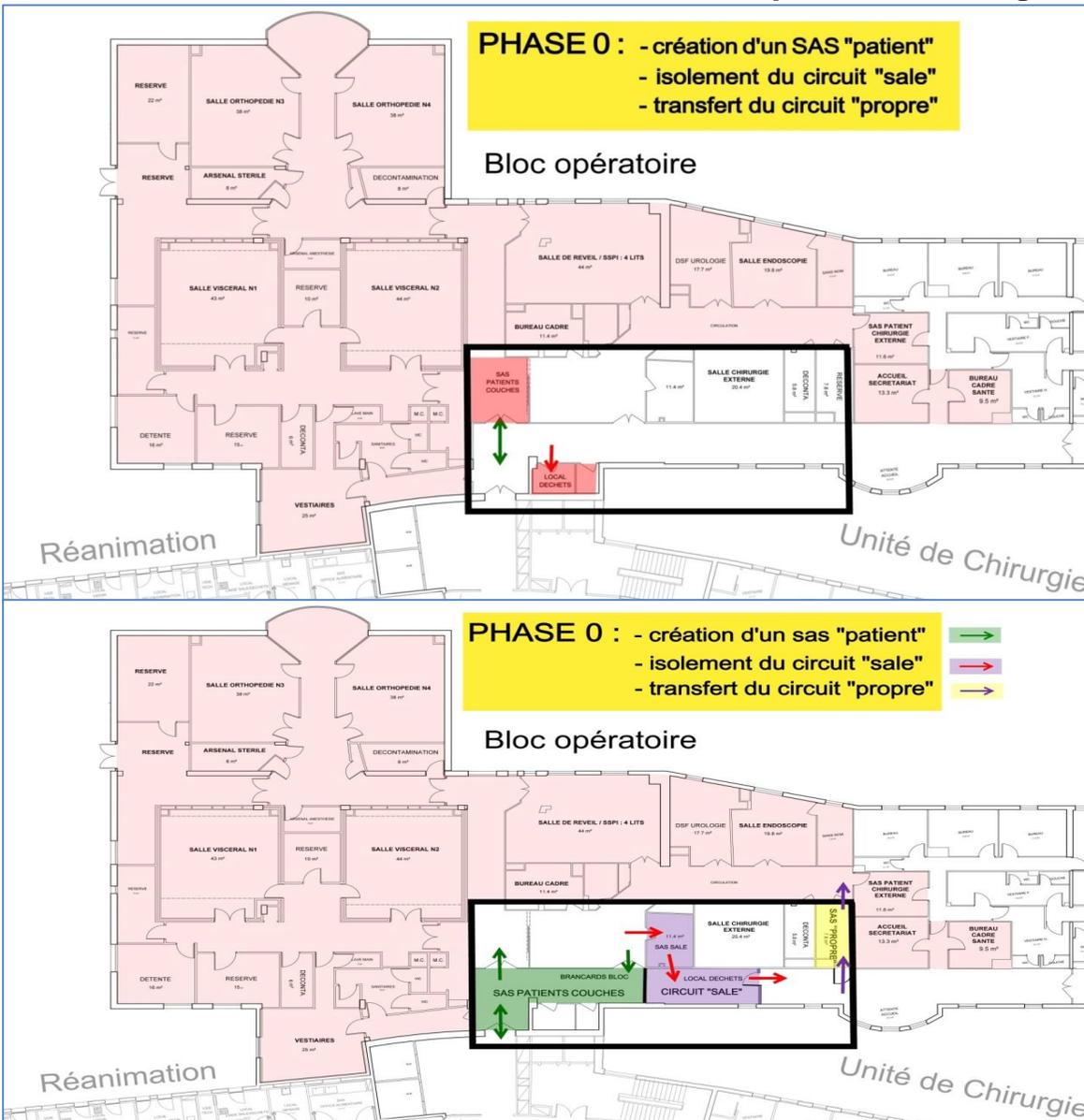
Plan du bloc opératoire aubagnais après phasage des travaux

(D'après le rapport élaboré par le Groupe de travail 2020 : Mise aux normes et modernisation du bloc opératoire du CHEG)

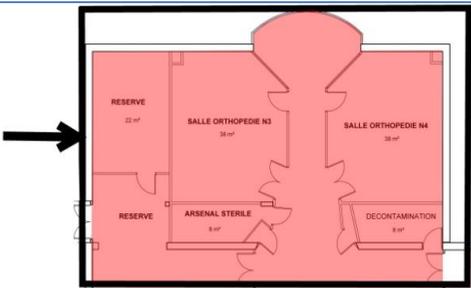
Les travaux du bloc sont organisés en 4 phases et peuvent être envisagés indépendamment les uns des autres.

Phase 0. Création/déplacement de 3 SAS : SAS « patients », SAS « propre » et SAS « sale »

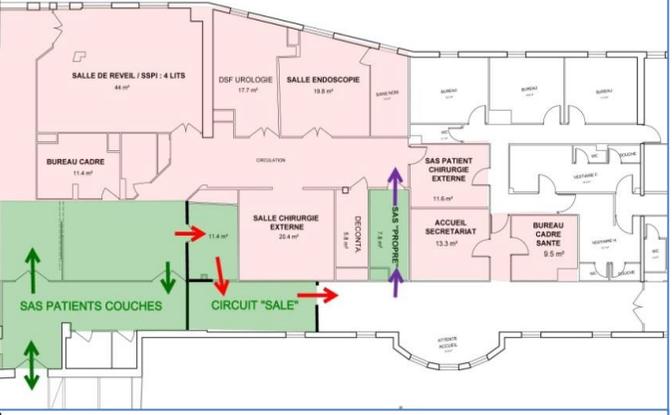
Cette phase est une priorité mais il est possible de changer l'ordre des phases 1 et 2.



PHASE 1 : mise aux normes ISO 5 des salles d'Orthopédie-Traumatologie

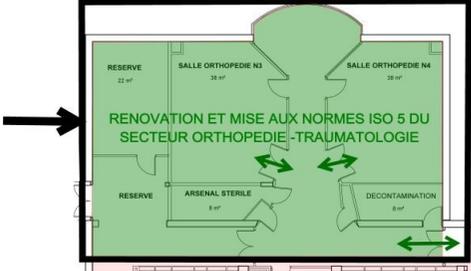


Bloc opératoire

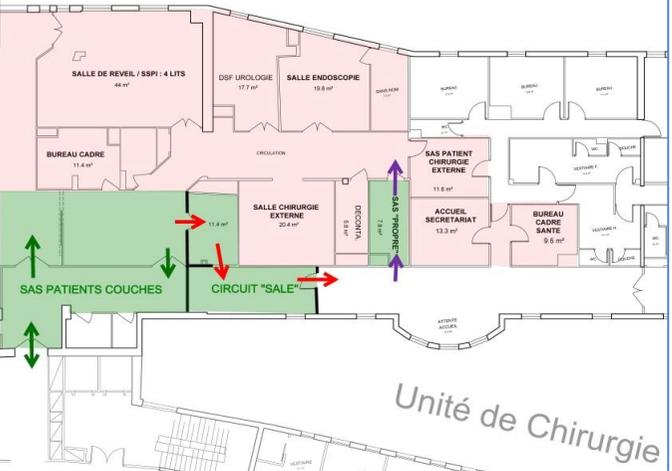


Phase 1 : Mise à la norme ISO 5 du bloc d'orthopédie / traumatologie

**PHASE 1 :
Rénovation et mise aux normes ISO 5 du secteur Orthopédie-Traumatologie**

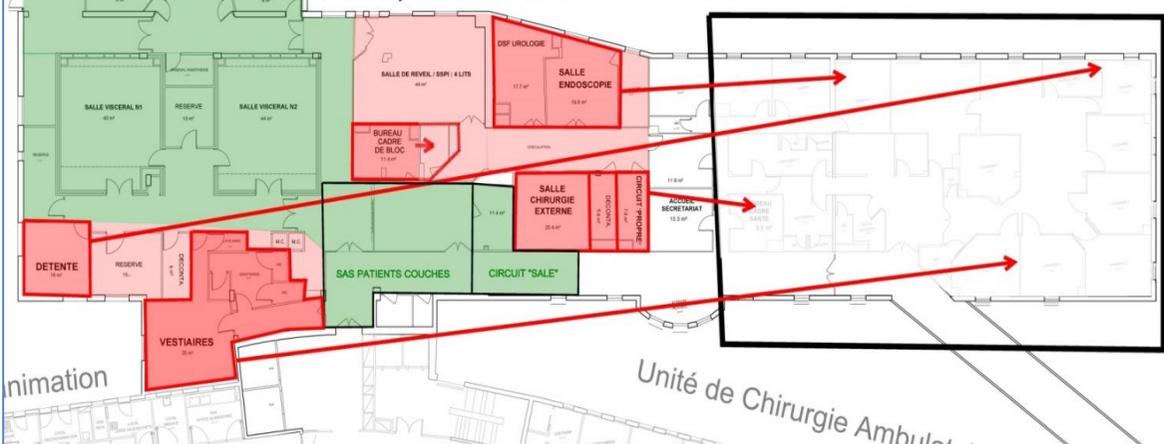


Bloc opératoire *après*



PHASE 2 : - Relocalisation des activités externes et d'endoscopie
 - Déplacement des locaux du personnel
 - Déplacement du circuit propre
 - Création d'une salle de dictée post-interventionnelle

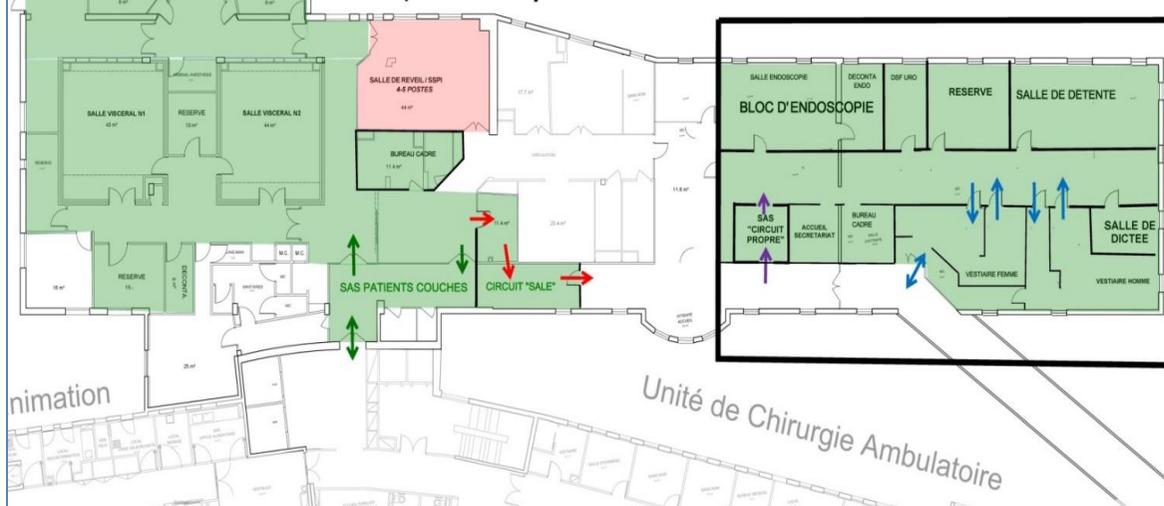
Bloc opératoire *avant*



Phase 2 : Extension du bloc, relocalisation du bloc endoscopie et des locaux du personnel

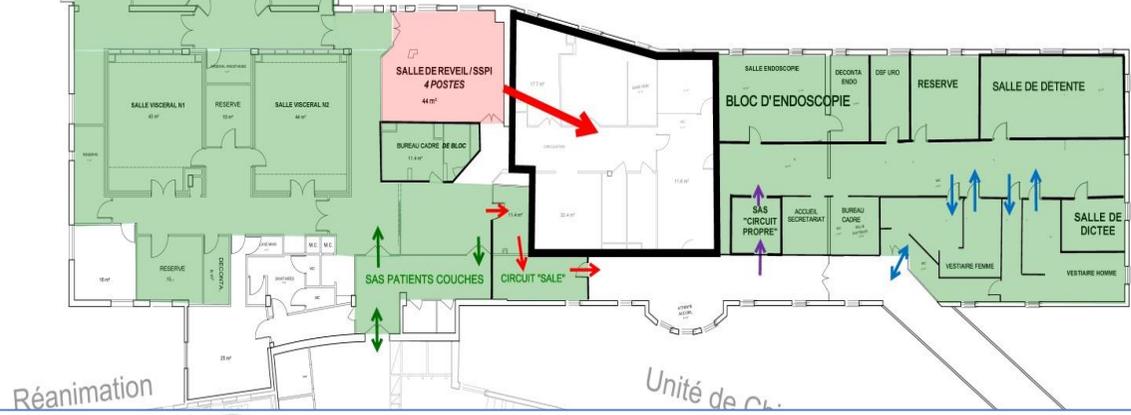
PHASE 2 : - Relocalisation des activités externes et d'endoscopie
 - Déplacement des locaux du personnel
 - Déplacement du circuit "propre"
 - Création d'une salle de dictée post-interventionnelle

Bloc opératoire *après*



PHASE 3: Agrandissement salle de réveil

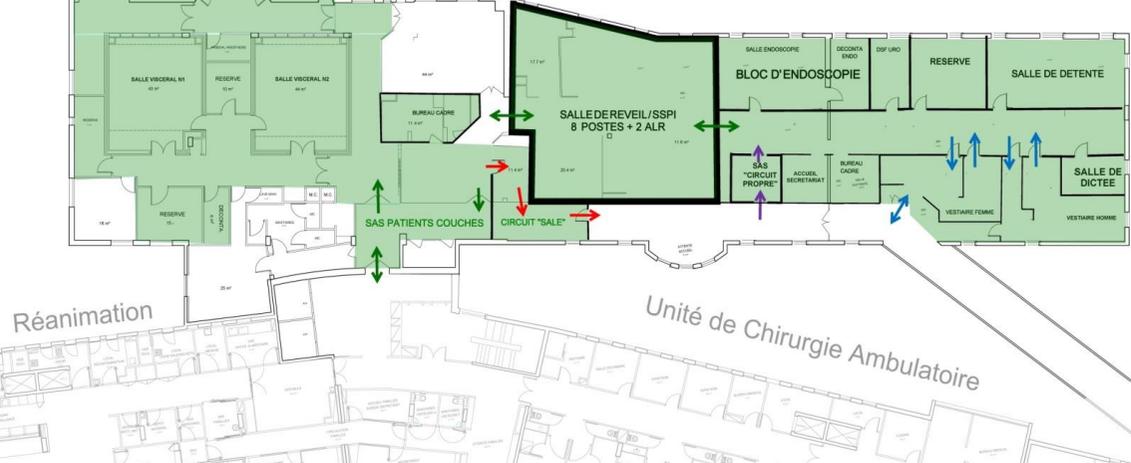
Bloc opératoire *avant*



Phase 3 : Création d'une nouvelle SSPI

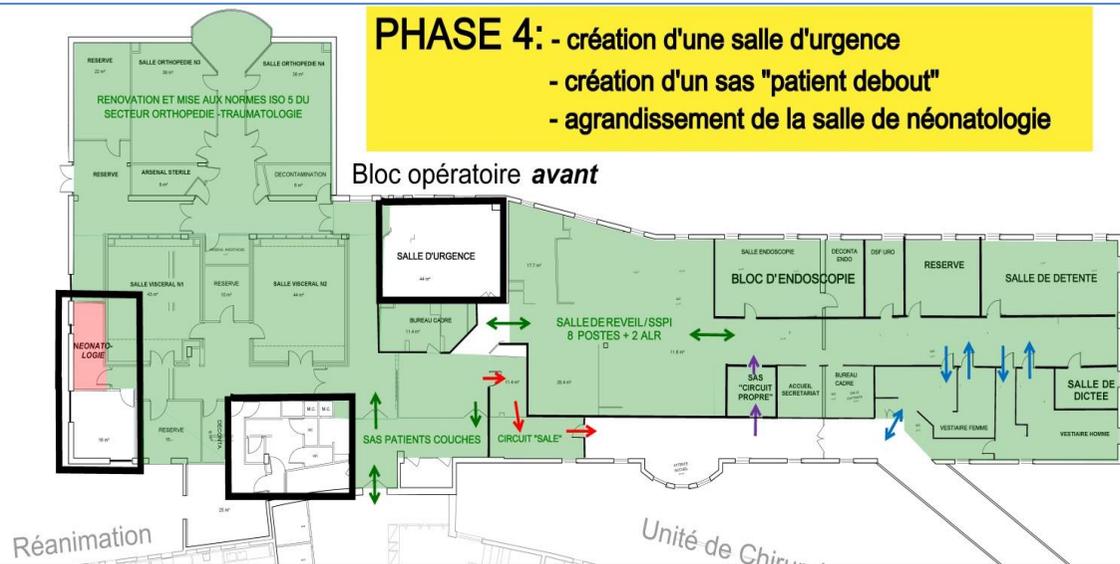
PHASE 3: Agrandissement salle de réveil

Bloc opératoire *après*



PHASE 4: - création d'une salle d'urgence
 - création d'un sas "patient debout"
 - agrandissement de la salle de néonatalogie

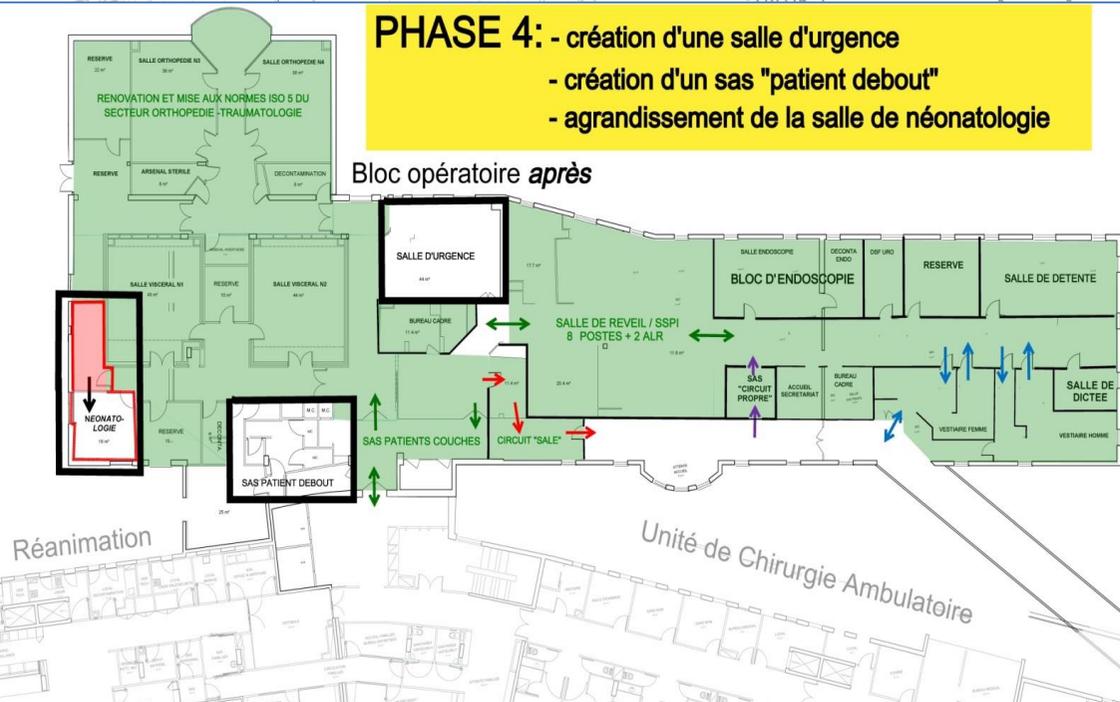
Bloc opératoire *avant*



Phase 4 : Requalification des espaces libérés et fluidification du circuit patient

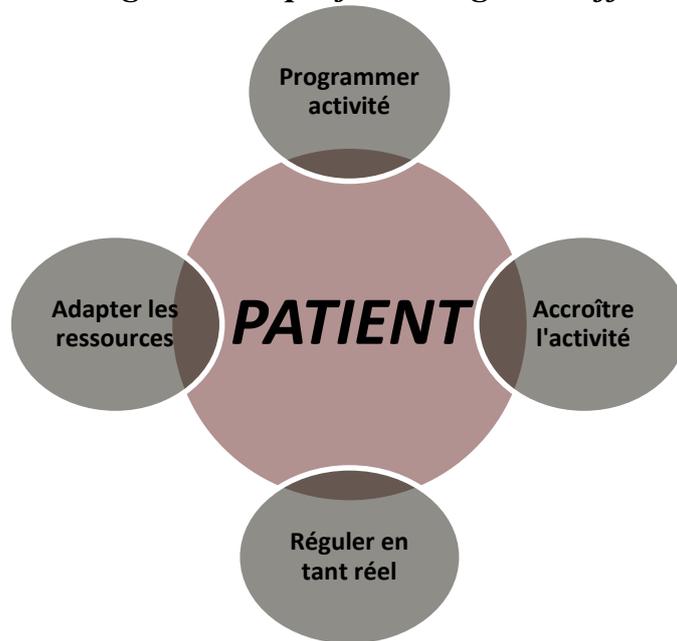
PHASE 4: - création d'une salle d'urgence
 - création d'un sas "patient debout"
 - agrandissement de la salle de néonatalogie

Bloc opératoire *après*

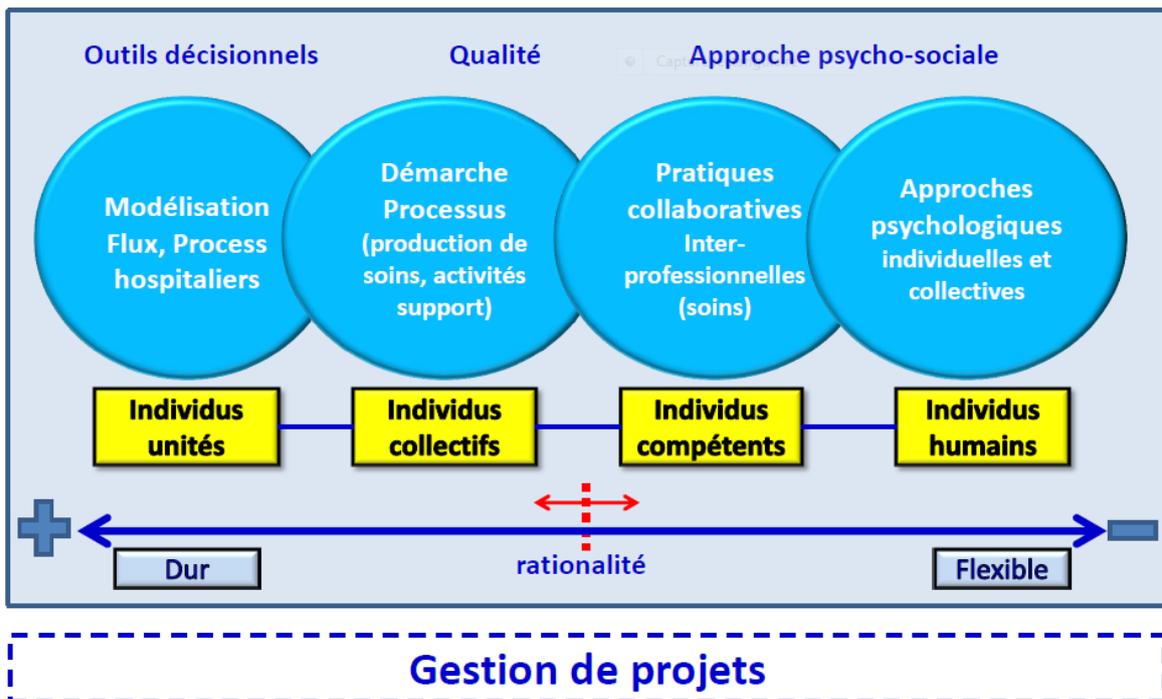


Annexe 6

La gestion de projet ou le gain d'efficacité



La vision du manager hospitalier



Extrait du cours sur le management de M. A.Mourier, EHESP

Marina TSELEPIDES - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2020

Annexe 7

Questionnaire type en fonction des personnes interrogées

- Présentation, explication de la démarche
- Vous êtes M/Mme X X?
- Vous êtes en charge du XX ? au service XX ?
- Travaillez-vous depuis longtemps au CHEG ? Depuis quand travaillez-vous au bloc ?
- Comment caractériseriez-vous le bloc opératoire tel qu'il est actuellement ?
- Quels sont ces points forts ?
- Quels sont ces points faibles ?
- Constatez-vous des dysfonctionnements qui pourraient gêner votre activité au quotidien et par là-même diminuer la qualité des soins apportés aux patients ? Si oui, lesquels ?
- Quelles seraient les cinq principales actions à mettre en place pour réorganiser le bloc si cela était nécessaire ? En voyez-vous d'autres moins importantes ?
- Certaines actions ont-elles été mises en place dans le passé ? Si oui lesquelles et quand ? Si non, pourquoi selon vous ? Quels peuvent être les freins à la réorganisation du bloc opératoire ?
- Pensez-vous que la réorganisation du bloc soit nécessaire aujourd'hui, Si oui, pourquoi ?
- Pensez-vous que cette réorganisation favorise chez les professionnels une meilleure appropriation de la démarche qualité et la gestion des risques au bloc en les sensibilisant davantage ?
- Quelles sont les limites de cette démarche ? Pourquoi ? Sont-elles importantes ?
- Auriez-vous des observations à ajouter ?

TSELEPIDES	Marina	26/08/2020
<p><DIRECTEUR D'HOPITAL></p> <p>Promotion 2020</p>		
<p>LA REORGANISATION DU BLOC OPERATOIRE DU CH EDMOND GARCIN APRES L'IDENTIFICATION DES RISQUES</p>		
<p>PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE></p>		
<p>Résumé :</p> <p>En novembre 2019, la visite des experts visiteurs au Centre hospitalier Edmond Garcin, à Aubagne, a identifié un certain nombre d'écarts concernant plus précisément le management de la prise en charge du patient au bloc opératoire. Cette structure, au centre d'un processus complexe, impose un mode de fonctionnement, exigeant eu égard à la gestion des flux, des ressources humaines et matérielles et du cadre réglementaire applicable.</p> <p>Le bloc aubagnais est caractérisé par une équipe motivée, à taille humaine, dont la sectorisation est intimement liée à ses activités diversifiées et à ses locaux non rénovés. Alors que ce dernier possède des atouts indéniables qu'il reste à approfondir, le rapport de certification de l'HAS a proposé des objectifs à atteindre dans des délais contraints. Fondée sur la démarche qualité et la gestion des risques, l'identification des risques majeurs du bloc est au cœur du processus d'amélioration continue associés aux soins.</p> <p>Compte tenu du contexte économique dégradé, des délais et de l'ampleur de la tâche à réaliser, le choix a été fait par la gouvernance de l'établissement, de réorganiser prioritairement le bloc aubagnais selon une méthodologie précise et rigoureuse à déployer en mode projet (déclinaison par un responsable, échéance et indicateur d'efficacité par action). Reposant sur l'intelligence collective et la responsabilisation des acteurs, des actions prioritaires, opérationnelles renforcées par la coordination des moyens ont été mises en place afin de sécuriser la prise en charge des patients.</p>		
<p>Mots clés : Bloc opératoire, réorganisation, qualité, gestion des risques, certification, HAS, indicateur, écart, hiérarchisation, coordination, programmation, anticipation, planification, management, hôpital, mode projet, prise en charge du patient, priorisation des risques</p>		
<p><i>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.</i></p>		