



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2005

**LE CONSEIL DE BLOC OPERATOIRE :
UN LEVIER D'ACTION
AU SERVICE DES NOUVEAUX ENJEUX DE L'HÔPITAL.
LA VALEUR AJOUTEE DU DIRECTEUR DES SOINS**

ZOHRA DJENADI

Remerciements

Mes remerciements vont à :

Messieurs les Présidents de C.M.E.

Mesdames et Messieurs les Médecins Chef de Service

Mesdames et Messieurs les Directeurs

Mesdames et Messieurs les Cadres de Santé

Pour leur accueil, leur compréhension et leur participation à cette recherche. C'est grâce à l'authenticité de leurs discours et à leurs retours d'expériences qu'il m'a été possible de réaliser ce travail.

Madame Catherine VILLATTE, et Monsieur Ndometé Pounembetti,

Directeurs des Soins au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes,

Pour leurs précieux conseils et leurs disponibilités.

Enfin, une pensée une pensée toute particulière pour à :

Madame Dominique Boulogne,

Pour son aide et son œil aiguisé

Monsieur Alain Messien,

Pour sa patience, sa rigueur, et son soutien tout au long de ce travail.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
PROBLEMATIQUE	3
HYPOTHESES DE TRAVAIL.....	5
1 APPROCHE CONTEXTUELLE REGLEMENTAIRE ET THEORIQUE.....	7
1.1 LA CHIRURGIE : LES RAISONS DE LA CRISE	7
1.1.1 Une démographie peu favorable.....	7
1.1.1.1. Une crise médicale programmée.....	7
1.1.1.2. Une gestion délicate des infirmières spécialisées	8
1.1.2 Un rapport au travail qui évolue	9
1.1.3 Des patients au cœur du système de soins.....	9
1.1.3.1. Des besoins de santé grandissants	9
1.1.3.2. Des patients acteurs de leur santé	10
1.1.4 Une pression de l'environnement	10
1.1.4.1. La T2A : une logique de compte d'exploitation.....	10
1.1.4.2. Une concurrence intense	11
1.2 LE BLOC OPÉRATOIRE: UN MICROCOSME.....	11
1.2.1 Une évolution empreinte d'un historique encore prégnant.....	11
1.2.2 Une mutation imposée par l'environnement mouvant	12
1.2.3 La place du bloc opératoire au sein de l'hôpital	13
1.3 LE CADRE RÉGLEMENTAIRE.....	13
1.3.1 Le bloc opératoire: des activités très encadrées	13
1.3.1.1. La sécurité sanitaire au cœur du dispositif	14
1.3.1.2. Un dispositif normatif actif	15
1.3.1.3. Des résistances à une culture de l'évaluation	15
1.4 LA RÉALITÉ Á LA LUMIÈRE DES CONCEPTS.....	16
1.4.1 Un lieu fermé et hostile.....	16
1.4.1.1. Une configuration standardisée et des gestes codifiés	17
1.4.1.2. Un secteur propice aux conflits	17
1.4.2 Une pluralité et une diversité d'acteurs.....	18
1.4.2.1. Une communauté médicale divisée	18
1.4.2.2. Des para médicaux qui s'autonomisent.....	20

1.4.2.3. Une forte spécialisation propice aux cloisonnements	22
1.4.2.4. Des jeux de pouvoir	23
1.4.2.5. Des règles pour réduire les incertitudes	24
1.4.3 Le conseil de bloc opératoire : une mise en place difficile.....	24
1.4.3.1. Une instance définie par un cadre réglementaire	24
1.4.4 La charte de fonctionnement, référence centrale du conseil de bloc opératoire..	27
2 ENQUÊTE SUR LE TERRAIN.....	29
2.1 MATÉRIEL ET MÉTHODOLOGIE.....	29
2.1.1 Le matériel	29
2.1.1.1. Critères de choix des sites.....	29
2.1.1.2. Présentation générale des sites	29
2.1.2 Méthodologie.....	31
2.1.2.1. Outils de recueil d'informations	31
2.1.2.2. Personnes interviewées.....	31
2.1.2.3. Déroulement des entretiens.....	32
2.1.2.4. Limites et points forts de l'étude	32
2.1.2.5. Méthodologie de présentation des résultats	33
2.2 PRESENTATION DES RESULTATS.....	33
2.2.1 Les difficultés rencontrées par les professionnels	33
2.2.1.1. Les Directeurs.....	33
2.2.1.2. Les Présidents de C.M.E.	33
2.2.1.3. Les Présidents de conseil de bloc opératoire	34
2.2.1.4. Le Chirurgien.....	34
2.2.1.5. Les Médecins anesthésistes.....	35
2.2.1.6. Les Directeurs des soins	35
2.2.1.7. L'Encadrement	35
2.2.1.8. Les Infirmières spécialisées.....	35
2.2.2 Le conseil de bloc opératoire.....	36
2.2.2.1. Les Directeurs.....	36
2.2.2.2. Les Présidents de CME	36
2.2.2.3. Les Présidents de conseils de bloc	36
2.2.2.4. Le Chirurgien.....	36
2.2.2.5. Les Médecins anesthésistes.....	37
2.2.2.6. Les Directeurs des soins	37
2.2.2.7. L'Encadrement	37
2.2.2.8. Les Infirmières spécialisées.....	38
2.2.3 La charte de fonctionnement	38

2.2.4	Les indicateurs de pilotage des blocs opératoires.....	38
2.2.5	L'impact de la tarification à l'activité.....	39
2.2.6	La gestion des écarts vis-à-vis des règles.....	40
2.2.7	La valeur ajoutée du Directeur des soins	40
2.2.8	Synthèse.....	41
2.2.9	Analyse.....	43
3	DES PROPOSITIONS POUR L'ACTION DU DIRECTEUR DES SOINS.....	45
3.1	L'ORGANISATION DES BLOCS OPÉRATOIRES.....	45
3.1.1	Repenser le processus en partant du patient.....	45
3.1.2	Contractualiser pour mieux interagir	47
3.1.3	Projet de soins et projet de soins du bloc opératoire.....	47
3.1.4	Une culture de l'audit comme apprentissage organisationnel.....	47
3.1.5	Une gestion spécifique des ressources rares.....	48
3.1.5.1.	Une politique de recrutement et de fidélisation	48
3.1.5.2.	S'appuyer sur la G.P.E.M.C.	49
3.1.5.3.	Professionaliser les infirmières	49
3.1.6	Accompagner l'encadrement	50
3.1.7	La satisfaction de l'utilisateur : un levier d'action	50
3.2	LE CONSEIL DE BLOC OPÉRATOIRE	51
3.2.1	Une structuration plus efficiente.....	51
3.2.2	Un système d'information en support du pilotage de la structure	53
3.3	LA CHARTE POUR POTENTIALISER L'ACTION DU CONSEIL DE BLOC OPÉRATOIRE.....	54
	CONCLUSION	55
	BIBLIOGRAPHIE.....	59
	LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

A.N.A.E.S. : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

C.H. : Centre Hospitalier

C.H.G. : Centre Hospitalier Général

C.H.R.U. : Centre Hospitalier Régional Universitaire

C.L.I.N. : Comité de lutte contre les infections nosocomiales

C.M.E. : Commission Médicale d'Etablissement

D.G.F. : Dotation Globale de Financement

D.H.O.S. : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

G.H.S. : Groupe Homogène de Séjour

G.P.E.M.C. : Gestion Prévisionnelle des Emplois Métiers et Compétences

H.A.S. : Haute Autorité en Santé

I.A.D.E. : Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat

I.B.O.D.E. : Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat

M.C.O. : Médecine Chirurgie Obstétrique

O.N.I.A.M. : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux

O.Q.N. : Objectif Quantifié National

P.M.E. : Petite et moyenne entreprise

P.S.P.H. : Participant au Service Public Hospitalier

S.H.A.M. : Société Hospitalière d'Assurance Mutuelle

T.2.A. : Tarification à l'Activité

Avant propos

Il nous semble important d'aborder l'univers des blocs opératoires par une approche sémantique permettant une clarification des principaux termes qui seront utilisés ultérieurement :

Le plateau technique désigne à la fois les lieux et les équipements qui permettent de réaliser des actes curatifs et diagnostics. Cette appellation regroupe : les blocs opératoires, les salles d'accouchements, les salles de surveillance post interventionnelle, les services de réanimation, les sites d'imagerie et d'imagerie interventionnelle, les secteurs d'endoscopie ainsi que le plateau de biologie.

Le bloc opératoire, pièce maîtresse du plateau technique, désigne quant à lui, l'espace composé de plusieurs éléments normalisés, dans lequel sont pris en charge les patients devant subir une intervention chirurgicale.

Au préalable, il convient de distinguer, sous l'appellation « bloc opératoire commun », une conception architecturale basée sur une centralisation du plateau technique et la mise en commun réelle des moyens (les locaux, le personnel, les équipements). Un bloc opératoire dit « commun » peut parfois ne révéler qu'une juxtaposition de structures relativement indépendantes ou une mise en commun partielle des ressources.

Selon le décret de 1972, Il sera employé indifféremment les termes d'Infirmières ou d'Infirmiers bien que la forte féminisation des personnels soit démontrée.

INTRODUCTION

L'hôpital public, qui occupe une place prépondérante dans notre système de santé, traverse une crise jugée sans précédent. Si notre système de santé a longtemps été plébiscité par les organismes internationaux, depuis quelques années, il met en évidence une demande de soins devenue non solvable par l'Assurance Maladie.

Depuis 1983, date de mise en place de la Dotation Globale de Financement (DGF)¹, l'Etat a mis en place une politique constante et graduée de rationalisation et d'évaluation de l'offre de soin. Le ralentissement de la croissance économique, apparu dans les années 1975, modifie progressivement l'attitude des pouvoirs publics envers le système de santé qui désormais accompagne la dégradation de la situation économique française.

L'hôpital public révèle des difficultés d'adaptation à un environnement économique, social, éthique et technologique lui-même en profonde mutation. Cette crise qu'il traverse et dont nombre de tabloïdes se font l'écho régulièrement, a généré un malaise persistant des professionnels de santé et une inquiétude de la population qui s'interroge sur la capacité des hôpitaux à la soigner correctement. Il en résulte une dégradation brutale du fonctionnement de nos établissements dont les causes s'avèrent multiples et les remèdes encore balbutiants.

L'activité chirurgicale cristallise nombre de ces tensions ou turbulences rencontrées au sein des hôpitaux. Les dernières menaces d'exil de chirurgiens libéraux puis de leurs confrères du secteur public ou assimilé, ont contraint le ministère de la santé à proposer un plan de sauvetage de la chirurgie et à créer un conseil national de la chirurgie². Outre les problèmes statutaires et salariaux dont se sont emparés les chirurgiens, force est de constater que les blocs opératoires souffrent de dysfonctionnements récurrents plus profonds impliquant l'ensemble des acteurs hospitaliers.

¹ Loi n°83-25 du 19 janvier 1983, portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale (mesures destinées à combler le déficit de la sécurité sociale)

² Arrêté du 15 octobre 2004, portant création du conseil national de la chirurgie (journal officiel du 30 octobre 2004)

Avec la tarification à l'activité³, nouveau mode de financement des hôpitaux, fondé sur une logique entrepreneuriale, l'hôpital se doit d'étudier toutes les marges de manœuvre pour augmenter son activité, et par voie de conséquence ses recettes, ou de diminuer ses dépenses.

Les coûts inhérents au fonctionnement d'un bloc opératoire grèvent de manière significative le budget M.C.O⁴ d'un hôpital. Ce constat résulte de l'importance des moyens humains qu'il sollicite, des investissements immobiliers et mobiliers qu'il concentre et des coûts en exploitation courante qu'il engage pour l'activité chirurgicale.

La chirurgie se situe dans un secteur qui fait l'objet d'une forte concurrence. Le secteur privé et plus précisément les établissements privés à but lucratif s'emparent progressivement des parts de marché de la chirurgie programmée. Avec près de 80%⁵ de parts de marché dans certains segments d'activité, on assiste pour ces derniers à une situation de quasi monopole (chirurgie de la cataracte, arthroscopie du genou, chirurgie des varices...). En effet, grâce à une organisation au service d'une exigence de rentabilité et de productivité, les établissements privés se sont imposés dans ce domaine. Même si le secteur de l'hospitalisation publique reste majoritaire dans la prise en charge des urgences et des séjours dits « lourds », cette situation suscite des interrogations quant à l'efficacité de nos structures publiques. Dans ce contexte le maintien de certains blocs opératoires n'est pas chose acquise.

Dés lors la question du déclassement d'hôpitaux publics et de la redistribution de l'offre de soins régionale peut se poser notamment dans le cadre des logiques de territoire. Ce scénario, s'il venait à se confirmer, constituerait une menace pour la population et pour l'avenir de la chirurgie dans la mesure où l'hôpital public assure la formation de l'ensemble des futurs chirurgiens. Par ailleurs, nul ne peut ignorer les méfaits d'une situation de monopole dont les corollaires seraient une dépréciation de la prestation et des coûts supérieurs à la valeur en conditions concurrentielles 2005.

A noter que la présence d'une activité chirurgicale s'avère indispensable pour la reconnaissance d'un Service d'Accueil des Urgences (SAU), que selon les nouvelles modalités comptables de T2A, la chirurgie est une activité beaucoup plus rémunératrice que la Médecine et qu'ainsi, les hôpitaux sans chirurgie importante risquent de se transformer en simples hôpitaux de proximité

³ Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

⁴ Médecine Chirurgie Obstétrique

⁵ Sources : Base PMSI 2003, DHOS, «INFO en SANTÉ » lettre n° 10 février 2005 Fédération Hospitalière de France

PROBLEMATIQUE

L'intérêt des institutions face aux nouvelles règles du jeu financier, aux multiples contraintes de qualité, de sécurité et d'efficacité réside à agir sur une nécessaire cohérence de fonctionnement entre les divers acteurs du bloc opératoire. Comment passer d'une opposition de pouvoirs ou d'une juxtaposition de spécialités médicales et para médicales diverses, à une véritable synergie d'équipe basée sur l'addition des compétences et la reconnaissance mutuelle ?

Le conseil de bloc opératoire peut-il être cet outil, d'expression collective et de décision, indispensable à l'efficacité de ce secteur ?

Force est de constater que de nombreux efforts ont été vains ou que d'autres facteurs sont venus complexifier la tâche.

Le Directeur des soins, de part le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de Directeur des soins de la fonction publique hospitalière, coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement. Le bloc opératoire relève de son champ de compétence au même titre qu'un autre secteur. Une pratique professionnelle antérieure dans ce microcosme peut se révéler être un élément facilitateur dans la compréhension et la maîtrise de cet environnement.

Parmi les problématiques affectant ces secteurs, celle de la démographie médicale et, dans une moindre mesure, celle des personnels infirmiers spécialisés, représentera probablement à terme un enjeu de maintien des plateaux techniques si une réflexion au sein des territoires de santé n'est pas initiée.

Pour les structures qui échapperont à cette sélection « naturelle » et inexorable, un défi alliant qualité et sécurité des soins, performances économiques et thérapeutiques en lien avec l'état de l'art du moment restera à relever.

Ce niveau d'exigence requiert un accompagnement soutenu du Directeur des soins vis-à-vis de l'encadrement et des équipes para médicales dont il est hiérarchiquement responsable⁶. Trop longtemps le bloc opératoire est resté une enceinte hermétique voire impénétrable aux non initiés et son fonctionnement énigmatique. L'introduction du concept de Qualité dans les établissements de soins mais également

⁶ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de Directeur des soins de la fonction publique hospitalière

une culture progressive du risques dévoilent les rouages de ce qui était considéré jusqu'alors comme une véritable « boîte noire ».

Depuis l'année 1998, le ministère de la santé incite, par voie de circulaires, les établissements publics de santé à mettre en place des conseils de bloc opératoire. Outre une finalité affichée de rationaliser l'implantation de ces structures, cette instance est aussi préconisée pour harmoniser le fonctionnement des blocs opératoires. Si leur mise en place reste hétérogène voire timide dans l'appropriation par les professionnels de santé, elle devient peu à peu un outil de gouvernance des secteurs opératoires.

Problématique : conclusion partielle

DES LORS QUE LE DIRECTEUR DES SOINS S'IMPLIQUE AUPRES DE L'ENCADREMENT DANS L'ORGANISATION DES SOINS DE CE SECTEUR, IL SE FORGE UNE LEGITIMITE AU SEIN DE L'INSTANCE. SA VISION GLOBALE DE L'ETABLISSEMENT, SON POSITIONNEMENT ET SA MISSION CONTRIBUENT A L'ERIGER EN INTERLOCUTEUR DE L'EQUIPE DE DIRECTION DONT IL EST MEMBRE, DU CORPS MEDICAL QU'IL PEUT CONSEILLER, DES EQUIPES PARA MEDICALES QU'IL DOIT PRESERVER, PROFESSIONNALISER ET RESPONSABILISER, ET DES PATIENTS DONT CHACUN DEFEND LES INTERETS.

Ce postulat repose sur un certain nombre de pré requis qui suscitent les interrogations suivantes :

- Quelle est la réalité du fonctionnement de cette instance ?
- Comment les professionnels médicaux et para médicaux se sont ils appropriés cette instance ?
- Le conseil de bloc opératoire est il un lieu de discussions et de prises de décisions ?
- Quelle est la réalité de la charte de fonctionnement des blocs ? un document supplémentaire ou un outil de travail ?
- Quel est l'impact du conseil de bloc opératoire dans l'optimisation du fonctionnement des blocs opératoires ?

Aussi la question centrale qui retient l'attention du rédacteur et qui va ainsi ponctuer l'ensemble de ce travail sera la suivante :

LES DIFFICULTES DE GESTION DOIVENT ELLES ETRE REGULEES PAR LES CONSEILS DE BLOC OPERATOIRE ?

HYPOTHESES DE TRAVAIL

A l'aune des constats exprimés et de la problématique, quatre propositions d'hypothèses de travail seront soumises à la réalité du terrain grâce à une enquête sur différents sites et selon une méthodologie décrite ultérieurement.

- L'efficacité d'un bloc opératoire dépend majoritairement de l'organisation entre les acteurs. Ce fonctionnement doit être finalisé par des règles consensuelles écrites et validées sous forme d'une charte de bloc opératoire.
- L'existence de zones d'incertitude au niveau des fonctionnements et des rôles de chaque catégorie professionnelle favorise l'instauration de logiques individuelles créatrices de dysfonctionnement.
C'est pourquoi les stratégies, les organisations, les répartitions de salles et les évaluations d'activité doivent être régulées par un conseil de bloc opératoire.
- L'implication du Directeur des Soins au niveau du conseil de bloc opératoire permet d'optimiser les fonctionnements et facilite la circulation d'Information entre le Corps Médical, les Soignants et l'équipe de Direction
- Le pilotage interne d'un bloc opératoire nécessite un système d'information fiable et pertinent

Pour explorer ce thème à travers les hypothèses pré citées, la construction de ce travail est articulée autour de trois parties.

La première partie sera consacrée au cadre contextuel, réglementaire et conceptuel.

Elle sera déclinée en trois sous thèmes :

- Les différentes contraintes pesant sur ces secteurs pouvant expliquer les raisons de la crise.
- L'environnement du bloc opératoire et le cadre réglementaire qui régit ce secteur afin d'en clarifier les spécificités.
Le fruit des recherches documentaires sera l'occasion de compléter la description par une approche centrée sur la sociologie des acteurs du bloc opératoire.
- Le dispositif propre au conseil de bloc opératoire.

La seconde partie sera destinée à éprouver les hypothèses émises au travers d'une enquête de terrain sur trois sites distincts. Le point de vue de professionnels d'un quatrième site hors champ de l'étude, puisque de statut privé P.S.P.H.⁷, permettra d'élaborer éventuellement des similitudes ou des divergences de point de vue.

La troisième partie, riche de l'enquête de terrain, des observations au décours des stages et d'expériences personnelles, permettra une projection vers la prise de fonction afin de formuler des propositions concrètes.

Enfin, la conclusion veillera à situer la recherche dans les perspectives et les évolutions futures pressenties.

⁷ Participant au Service Public Hospitalier

1 APPROCHE CONTEXTUELLE REGLEMENTAIRE ET THEORIQUE

1.1 LA CHIRURGIE : LES RAISONS DE LA CRISE

1.1.1 Une démographie peu favorable

Le contexte démographique pour les professions de santé reste préoccupant en France malgré des mesures visant à prévenir une crise annoncée.

Globalement l'étude de ces professions met en évidence un vieillissement de l'ensemble des métiers, ce qui laisse augurer des difficultés lors des départs en retraite. Les inégalités de répartition régionale bien que générales restent plus préoccupantes pour les Médecins. L'image de fortes contraintes et de pénibilité associée à ces professions et véhiculée par l'opinion publique nuit à l'attractivité de ces métiers.

1.1.1.1. Une crise médicale programmée

Toutes les études convergent vers une diminution attendue des effectifs médicaux et particulièrement chirurgicaux. Celle de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques⁸ (D.R.E.E.S.) a tracé des évolutions tendancielle et prédit, malgré l'augmentation des numéros de médecins, une baisse des effectifs en Médecins anesthésistes de 15% et de 14% pour les Chirurgiens d'ici 2025. Ce scénario est assorti d'une augmentation de l'âge moyen des Médecins en général dans une première phase (50,6 ans en 2015).

Ce constat est à corréler avec les difficultés d'exercice exposées dans de récents rapports⁹ qui en analysent les causes et esquissent des solutions possibles.

Devant l'ampleur de la situation et face aux revendications catégorielles des Chirurgiens, le ministère a créé un conseil national de chirurgie¹⁰ chargé de faire des propositions sur divers aspects de la problématique dont celle des évolutions de l'organisation des blocs opératoires.

⁸ D R E E S. *La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national*. N° 352, novembre 2004

⁹ Rapport Pr. DOMERGUE et GUIDICELLI. *La chirurgie française en 2003, raisons de la crise et les propositions*, février 2003 et rapport COUANEAU R. *Le désenchantement hospitalier* mars 2003

¹⁰ Arrêté du 15 octobre 2004, *portant création du conseil national de la chirurgie*. Journal Officiel du 30 octobre 2004

1.1.1.2. Une gestion délicate des infirmières spécialisées

- **Des besoins qualitatifs et quantitatifs non satisfaits**

Le rapport de l'Observatoire National des Professions de Santé (O.N.D.P.)¹¹ publié par la Direction de Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (D.H.O.S.) en mai 2004, apporte quelques éclairages chiffrés sur la situation des infirmières en général et plus précisément celle des infirmières spécialisées (I.B.O.D.E. et I.A.D.E.).

Entre l'année 1995 et 2001, les effectifs des infirmières ont progressé de 3,9%. Cette situation résulte de la politique d'augmentation des quotas menée depuis quelques années. A l'intérieur de ce groupe, il est noté une progression de 7,2% pour les I.A.D.E. et 9,4% pour les I.B.O.D.E. Cette dernière valeur est probablement le fait de circulaires incitant à la professionnalisation de ces soignants et au retard que le secteur privé a dû combler pour mettre à niveau ses équipes.

L'étude souligne des besoins plus importants en Ile de France où le déficit en Infirmières en 2002 était estimé à 9%. Ce chiffre objective une préoccupation à venir et légitime, le rôle du Directeur des soins dans la recherche de solutions pour viabiliser le fonctionnement des blocs opératoires. De plus le vieillissement des professionnels devient une donnée à prendre en compte dans une Gestion des Emplois, Métiers et Compétences (GPEMC) de ces ressources encore rares.

L'augmentation globale des effectifs n'est pas encore ressentie sur ces secteurs. Les besoins quantitatifs et qualitatifs restent conséquents particulièrement dans certaines régions.

- **Des conditions de travail défavorables**

La D.R.E.E.S., par le biais d'une parution sur les conditions de travail des professionnels de santé¹², dresse une typologie des soignants selon trois critères : les exigences liées au travail, l'autonomie et l'environnement de travail. De cette enquête menée sur cinq mille salariés des secteurs publics et privés, se dégage une classe qui déclare faire face à un cumul élevé de charges mentales dans un environnement perçu comme défavorable. Dans cette classe qui regroupe 16% des personnels hospitaliers, figure une forte proportion d'Infirmières (46%) et le plus souvent des Infirmières

¹¹ D.H.O.S. *Rapport sur l'état des lieux et harmonisation des sources statistiques relatives aux IDE.* Mai 2004

¹² D.R.E.E.S. *Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail*, n° 373, février 2005

spécialisées ou exerçant en bloc opératoire. Fait non moins significatif, un quart des Aides soignants, dont une grande partie affectés au sein des blocs, relatent le même ressenti. Ces résultats se retrouvent également à travers l'enquête européenne « promouvoir en Europe, santé et satisfaction des soignants au travail » (PRESST-NEXT)¹³ dans les causes d'abandon de la profession.

1.1.2 Un rapport au travail qui évolue

La mise en œuvre de la Réduction du Temps de Travail (R.T.T.) qui a concerné dans un premier temps les personnels non médicaux en janvier 2002¹⁴ (pour les agents de jour¹⁵), a conduit à repenser les organisations à la lumière d'une disponibilité des personnels réduite d'environ 10%. Cette disposition est intervenue dans un climat d'érosion significative de la démographie médicale et des Infirmières spécialisées. Cette réforme a réduit les temps opératoires disponibles au sein des blocs opératoires, et comme partout ailleurs, modifié profondément le rapport au travail. En effet, il a été constaté que la course à la qualité de vie et aux conditions de travail devient un élément de négociation prépondérant (par exemple : la participation aux systèmes de gardes et astreintes). Outre ce fait sociétal où le temps libre est sacralisé, le statut protecteur de la fonction publique favorise la survenue de l'absentéisme de courte durée non sanctionné par ailleurs. Une enquête de la D.R.E.E.S. effectuée entre novembre 2002 et février 2003 met en évidence que la mise en place de la R.T.T. n'a en rien infléchi cette tendance.

Chez les Médecins, la nouvelle définition du temps de travail résultant de l'application de la directive européenne¹⁶, a conduit à instituer le repos de sécurité à la suite d'une permanence sur place. Pour certaines disciplines, le déficit de temps médical a pu être évalué à 30%¹⁷.

1.1.3 Des patients au cœur du système de soins

1.1.3.1. Des besoins de santé grandissants

L'évolution démographique de la population française révèle un vieillissement inéluctable. L'espérance de vie à la naissance croît régulièrement ce qui laisse présager

¹³ ESTRYN-BEHAR, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, prévention des départs prématurés de la profession*. PRESST-NEXT, 2002

¹⁴ Décret du n° 2002-9 du 4 janvier 2002, *relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986*

¹⁵ Le passage aux 32h30 de nuit est effectif au 1^{er} janvier 2004

¹⁶ Directive européenne 93/104/CE

¹⁷ M.E.A.H. *Rapport d'étape, temps de travail des Médecins et organisation des services, octobre 2003*

des problèmes de santé dans les années futures. Les progrès médicaux, eux aussi croissants, élargissent le champ d'inclusion des patients à certaines thérapeutiques. Même si les programmes de prévention s'accroissent, ces données préfigurent une augmentation de la demande en soins pour des pathologies chirurgicales ou interventionnelles.

1.1.3.2. Des patients acteurs de leur santé

L'affaire du sang contaminé a profondément altéré la confiance jusque là sans faille que le patient pouvait avoir en son Médecin. L'efficacité des associations de malades victimes du sida, pour commercialiser des médicaments sans validation scientifique, a démontré à l'opinion et aux pouvoirs publics, leur bien fondé et leur légitimité. Elle a conduit les usagers à revendiquer un rôle plus actif dans les décisions concernant leur santé. Dès lors le législateur, par la loi du 4 mars 2002¹⁸ a consacré le pouvoir des usagers en instituant la « démocratie sanitaire ».

Si le patient au bloc opératoire est le plus souvent anesthésié, il n'en est pas absent. Son passage dans cette « antre mythique » est le plus souvent empreint d'un imaginaire et d'une charge émotionnelle intense. Pour autant, il garde son statut d'usager et utilise légitimement ses prérogatives lorsqu'il s'estime victime d'une faute. La question du risque iatrogène cristallise les craintes voire les angoisses des professionnels. Elle constitue la principale source de recours. Le rapport 2003-2004 de la commission nationale des accidents médicaux recense sur cette période 33% d'accidents liés aux infections nosocomiales et justifiant d'une indemnisation.

***LA NOTION DE RISQUE EST DEVENUE INTOLERABLE POUR LES USAGERS.
ELLE MODIFIE LES COMPORTEMENTS ET LES PRATIQUES***

1.1.4 Une pression de l'environnement

1.1.4.1. La T2A : une logique de compte d'exploitation

Le plan hôpital 2007 lancé par le gouvernement a instauré de nouvelles modalités de rémunération des activités (tarification à l'activité). A la dotation globale de financement se substitue progressivement un financement à l'activité dont la part devrait atteindre 50% en 2008. Cette révolution qui contraint les établissements à prévoir les recettes avant même d'envisager les dépenses suscite des comportements nouveaux de la part des gestionnaires hospitaliers. En effet, les coûts des Groupes Homogènes de

¹⁸ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Séjours (G.H.S.) définis par l'Assurance Maladie deviennent des références en matière de productivité des hôpitaux. L'analyse ou la mise en place de la comptabilité analytique, elle aussi préconisée dans ce plan, devrait permettre d'établir et d'objectiver des comparaisons. La logique de production des blocs opératoires s'apparentant à une logique industrielle, l'identification des coûts est chose aisée et pratiquée depuis quelques années par l'encadrement.

***SI DEPUIS LONGTEMPS L'ENCADREMENT PEUT OBJECTIVER LES DEPENSES
PAR CHIRURGIENS, IL SERA DESORMAIS POSSIBLE DE DISTINGUER CEUX QUI
GENERENT DAVANTAGE DE RECETTES DES AUTRES.***

1.1.4.2. Une concurrence intense

La chirurgie programmée dans le secteur privé sous Objectif Quantifié National (O.Q.N.), représente 62%¹⁹ de l'activité (chiffre 2002). Si l'activité de chirurgie ambulatoire illustre le retard considérable pris par la France, elle demeure quasi exclusivement représentée par l'hospitalisation privée. De plus l'hôpital public est confronté pour la chirurgie lourde et notamment carcinologique à la prépondérance des Centres de Lutte Contre le Cancer (établissements privés sous dotation globale). Si la tendance se confirme, il resterait pour les établissements publics à concilier une part de chirurgie programmée dont celle spécifique aux établissements de recours (transplantations, chirurgie lourde spécialisée) et celle qui lui incombe en tant que service public : la chirurgie d'urgence.

***LE DEVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE REPRESENTE UNE SOURCE
DE PROGRES POUR LES ORGANISATIONS ET UNE MARGE DE PRODUCTIVITE
ENCORE PEU EXPLOITEE***

1.2 LE BLOC OPÉRATOIRE: UN MICROCOSME

1.2.1 Une évolution empreinte d'un historique encore prégnant

Les blocs opératoires ont subi, de fait, les évolutions architecturales observées depuis les années soixante dix au niveau des établissements de santé.

¹⁹ D.R.E.E.S. La spécialisation des établissements de santé en 2002 n° 374 février 2005

Avec les hôpitaux pavillonnaires, les promoteurs avaient privilégié l'implantation de secteurs mono disciplinaires jouxtant les services de chirurgie. Historiquement la culture des blocs opératoires était essentiellement centrée autour de l'organisation chirurgicale. Ce modèle résulte d'une conception managériale des équipes et de la relation à autrui basée sur le pouvoir mandarin de certains Chefs de service. Il a contribué à asseoir une légitimité reposant en premier lieu sur les notions de territoire. Aussi, le bloc opératoire a longtemps été considéré comme une extension du service de chirurgie et la propriété du Chef de service. Dans ce contexte, il s'est également forgé une image d'univers clos fonctionnant en autarcie. Par expérience personnelle, l'appellation de « donjon » ou de « forteresse » qui lui était attribuée stigmatisait ainsi son caractère hostile et opaque.

Pour autant, la gestion en « bon père de famille » du Chef de service secondé par une « surveillante » charismatique, n'a pas eu que des désavantages puisqu'elle a su fédérer des équipes et créer un sentiment d'appartenance au service qui fait parfois défaut aujourd'hui.

CE MODELE EST DEvenu INADAPTE ET COUTEUX.

Depuis les années soixante dix, un mouvement de rénovation et de transformation s'est opéré visant à regrouper ces unités jusque là éclatées au sein d'un même établissement. Trois éléments majeurs ont favorisé cette évolution propre aux plateaux techniques en général. Il s'agit, de la forte technicisation de la médecine apparue dès la deuxième moitié du vingtième siècle, des pressions régulières en matière de maîtrise des dépenses de santé et de l'émergence d'un souci croissant de sécurité sanitaire. Cette mutation a fortement participé à l'instauration des conditions d'une mise en commun des moyens.

La notion d'optimisation des ressources et d'efficience, sous tendue par cette mutualisation, n'a eu dans un premier temps, qu'une résonance limitée compte tenu d'un rationnement des moyens encore peu perceptible.

1.2.2 Une mutation imposée par l'environnement mouvant

Les conséquences de la raréfaction des moyens humains non médicaux et médicaux vont accélérer le processus en imposant une diminution du temps opératoire disponible.

La gestion d'un bloc opératoire aujourd'hui et plus encore à l'avenir, s'apparente de plus en plus à celle d'une P.M.E. (Petite et Moyenne Entreprise). Elle doit répondre à des exigences de qualité externe (certification) et de qualité interne (audits réguliers). L'analyse de l'environnement dans lequel il s'inscrit, deviendra, s'il ne l'est déjà, un paramètre essentiel de son développement. Ainsi l'étude des opportunités, des menaces, des forces et des faiblesses, pourrait étayer une stratégie de développement ou

d'abandon d'une activité. Nul ne pourrait se hasarder à évoquer le bloc opératoire de demain sans insister sur la technologie qui envahit d'ores et déjà les salles d'opération. Cette technicisation de la médecine, qui tend à limiter le caractère mutilant de certains gestes, élargit le champ du possible dans la guérison et participe à l'accroissement de la durée de vie de la population.

Pour les acteurs, il reste un challenge considérable : accompagner, voire devancer, sereinement et efficacement les mutations qui se profilent.

1.2.3 La place du bloc opératoire au sein de l'hôpital

Le plateau technique contribue à forger l'image de marque d'un hôpital. La qualité, la diversité, le niveau de technologie et de performance de ses équipements caractérisent désormais les forces et potentialités de l'hôpital. Passage aujourd'hui incontournable de tout séjour hospitalier en établissement M.C.O., il se situe à la croisée des flux de patients.

Si les progrès médicaux alliés au développement considérable des nouvelles technologies autorisent des traitements beaucoup moins invasifs et de ce fait restreignent les indications opératoires, le bloc opératoire demeure toujours une pièce maîtresse du plateau technique hospitalier. La performance de ses équipements, le niveau de qualification et de spécialisation des acteurs oeuvrant dans la structure ont un effet structurant sur l'activité globale de l'établissement. Au sein du bloc opératoire gravitent des catégories de personnels spécialisées, coûteuses et rares. De plus, les moyens consacrés à cette portion du plateau technique justifient l'attention toute particulière qui leur est portée tant en terme de recettes que de dépenses. Il reste que lorsque cette structure est défaillante ou perçue comme telle, l'impact se mesure aussi sur l'ensemble des activités médicales. Il est fait référence dans ce cas précis aux effets sur la population de la médiatisation d'un accident chirurgical.

1.3 LE CADRE RÉGLEMENTAIRE

1.3.1 Le bloc opératoire: des activités très encadrées

Peu de textes réglementaires concernent le secteur opératoire en particulier. Ces textes intéressent le plus souvent un secteur d'activité ou une activité spécifique. Par contre, parmi la multitude de directives relatives à la sécurité sanitaire, la plupart lui sont applicables en tout ou partie.

1.3.1.1. La sécurité sanitaire au cœur du dispositif

▪ **Les activités de soins**

Dans ce domaine, c'est la pratique de l'anesthésie qui semble avoir particulièrement retenu l'attention du législateur.

Textes	contenu
Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 Art. D. 712-42	Fixe les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé concernant la pratique de l'anesthésie. Impose à l'établissement un tableau fixant le programme opératoire , réalisé par les Médecins, Anesthésistes et responsables de l'organisation du secteur opératoire.
Circulaire n°98-647 du 17 novembre 1998	Dans le cadre des priorités de santé publique à prendre en compte pour l'allocation de ressources de l'année 1999, elle : <ul style="list-style-type: none">▪ Préconise le regroupement des sites opératoires et de la gestion▪ Insiste sur les termes du décret du 5 décembre 1994▪ Demande la mise en place d'un « conseil de bloc opératoires», en spécifie les missions et la composition
Circulaire n°99-627 du 16 novembre 1999	Fixe notamment, dans le cadre de la préparation budgétaire pour l'année 2000, comme priorité de la politique d'organisation des soins hospitaliers : la mise en place des conseils de bloc opératoire.
Circulaire DH/FH/n° 2000-264 du 19 mai 2000	Réitère : <ul style="list-style-type: none">▪ Le caractère essentiel du tableau fixant la programmation opératoire▪ La nécessité pour chaque établissement de posséder un conseil de bloc opératoire dont le rôle, la composition et les missions sont précisés.

Sources : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, D.H.O.S. « sécurité sanitaire dans les établissements de santé : réglementation applicable » Ed. N°4 février 2004

L'insistance avec laquelle le ministère revient sans cesse sur les dispositions introduites dans les textes précédents laisse présager de leurs difficultés de mise en place.

▪ **Les autres domaines**

Par ailleurs, le bloc opératoire est régi par une abondance de textes en lien avec des activités non spécifiques à ce secteur mais qui lui sont applicables. Par souci de synthèse et de cohérence avec le sujet, seuls les thématiques seront exposées dans le présent document :

- La sécurité d'utilisation des produits et vigilance :
- La gestion du risque infectieux
- La sécurité des personnes et des locaux
- La gestion des déchets et des fluides
- La sécurité des personnes et des locaux

1.3.1.2. Un dispositif normatif actif

Outre une pression réglementaire multiple, les secteurs opératoires sont astreints à un dispositif normatif pléthorique qui s'intensifie au fil des ans.

1.3.1.3. Des résistances à une culture de l'évaluation

La politique d'évaluation des pratiques professionnelles est initiée par loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière. Dans les faits, son impact sur le terrain en matière d'évaluation, sera faible et ne va pas traduire la volonté du législateur.

Avec l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, le système hospitalier subit une rupture profonde (en rapport aux textes antérieurs). Au-delà des principes, cette ordonnance définit le cadre dans lequel cette politique va s'exercer. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S.) devenue la Haute Autorité en Santé (H.A.S.) depuis la loi du 13 août 2004, orchestre ce vaste mouvement de rénovation des pratiques hospitalières. L'H.A.S. est chargée désormais, entre autres missions, de mettre en œuvre la certification des établissements de santé.

L'accréditation désigne :

« Une reconnaissance formelle qu'un organisme ou une industrie est compétente pour effectuer des tâches spécifiques²⁰ »

La certification introduite dans cette seconde version de la procédure menée par l'H.A.S., désigne :

« L'Assurance écrite qu'un produit, un processus ou un service est conforme aux exigences spécifiées²¹ »

Cette nouvelle génération d'accréditation, aux dires des établissements qui l'ont éprouvée, accorde une attention particulière aux méthodes qui président à l'évaluation des pratiques et est empreinte d'une logique médico-économique très forte.

²⁰ ROUSSEL P. cours « qualité et risques dans les organisations de santé » 2005

²¹ ROUSSEL P. cours op. cit.

Le chapitre trois du manuel d'accréditation consacré à la prise en charge du patient, distingue dans sa rubrique « parcours du patient » : cinq types de prise en charge dont celle spécifique aux soins de courte durée (médecine chirurgie obstétrique).

La référence 37 intitulée « *le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle fait l'objet d'une organisation formalisée, élaborée par les professionnels concernés, validée par les instances de l'établissement et connue de tous* » et les quatre critères qui la corroborent , rendent compte des exigences attendues pour ces secteurs.

SELON ALAIN COULOMB, DIRECTEUR GENERAL DE L'H.A.S. : « LA QUALITE EST DEVENUE UN DES OUTILS MAJEURS DE LA REGULATION DU SYSTEME DE SANTE²² ».

INEXORABLEMENT, LA QUALITE CONSTITUE UN ENJEU PRIMORDIAL DE PERENNITE DES PLATEAUX TECHNIQUES EN GENERAL ET DES BLOCS OPERATOIRES EN PARTICULIER.

1.4 LA RÉALITÉ À LA LUMIÈRE DES CONCEPTS

1.4.1 Un lieu fermé et hostile

Jean Peneff parle du bloc opératoire en ces termes : « *le bloc chirurgical sorte d'îlot souterrain dans l'hôpital, un monde clos où le personnel ordinaire n'entre pas..²³* ». En effet, un certain nombre de paramètres le singularisent de son environnement proche. On peut citer : sa conception intérieure normalisée, ses circuits parfaitement cartographiés, les tenues des personnels codifiées, des procédures ou « rites » plus drastiques qu'ailleurs, jusqu'aux circuits d'air et d'eau qui lui sont spécifiques. Par ailleurs, la charge émotionnelle liée à la symbolique liant la mort, le sang et maladie, cristallise cette particularité. Longtemps les blocs ont découragé les professionnels extérieurs à ce secteur, en particulier les membres de l'équipe de direction, peu enclins à s'y immiscer. La culture du secret et de l'opacité jadis prédominante fait place à une propension à la transparence qu'il est de bon ton d'afficher.

AUTREFOIS « FORTERESSE » INACCESSIBLE, LE BLOC OPERATOIRE DEVIENT AUJOURD'HUI UN MAILLON DE LA CHAINE DE SOINS COMME UN AUTRE.

²² A.N.A.E.S., Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation septembre 2004

²³ PENEFF J. *Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert*, sociologie du travail n° 3/97, pp 270)

1.4.1.1. Une configuration standardisée et des gestes codifiés

La conception interne des blocs opératoires et de ses interfaces (salle de réveil, réanimation, stérilisation...) fait l'objet d'une analyse rigoureuse. Les principes d'hygiène régissent en grande partie la cartographie des déplacements et l'agencement des locaux. On notera toujours pour les mêmes raisons des rituels extrêmement codifiés parfois sources de tensions pour l'encadrement car difficiles à préserver.

En dehors du nombre de salles d'opération propres à chaque structure, la configuration interne révèle des locaux organisés autour d'un processus du soins et s'apparentant à une entreprise manufacturière. En effet, dès l'arrivée du patient, un circuit délimite des espaces dédiés à chaque étape du processus (accueil, transfert, salle de pré anesthésie, salle d'opération, salle de réveil). Les surfaces consacrées aux salles d'intervention tendent à augmenter sensiblement du fait de l'introduction d'équipements de plus en plus nombreux et sophistiqués. La technologie est consommatrice d'espace. Les promoteurs et concepteurs de blocs opératoires peinent à anticiper cette dimension dans leurs projets architecturaux.

L'organisation du bloc opératoire s'appuie sur un centre névralgique destiné au pilotage quotidien de l'activité appelé parfois ironiquement «le bocal ». Les fonctions logistiques sont matérialisées par des espaces dédiés, qui là aussi font l'objet d'une attention particulière des promoteurs et utilisateurs. Les locaux sociaux (bureaux, salles de repos) lorsqu'ils sont bien étudiés participent à l'amélioration du cadre de travail.

1.4.1.2. Un secteur propice aux conflits

L'hôpital est un lieu de conflits multiples. En ce sens, il rejoint la situation de nombreuses autres organisations caractérisées par des échanges incessants entre les acteurs tout au long des processus de « fabrication ».

Selon André Montésinos²⁴, le conflit est un mode d'organisation relationnelle destiné à retrouver la justice, l'ordre et la paix sociale. Le caractère confiné propre aux blocs opératoires, associé aux représentations mentales suscitées par la maladie et la mort, engendre un sentiment d'insécurité. Ce climat retentit sur les rapports humains qui se chargent d'intensité émotionnelle. De plus, le huis clos dans lequel se déroulent les interventions chirurgicales, les fortes contraintes exercées sur les pratiques, mais également l'absence ou la négligence des règles, constituent des facteurs générateurs de situations conflictuelles. En outre comme le temps est «pressé²⁵ » : la communication

²⁴ MONTESINOS A. agressivité, violence et conflit au bloc opératoire in Gestions Hospitalières, janvier 1996, pp 23-29

²⁵ DESTREM H. cours op. cit.

s'appauvrit pour se borner à l'utile, voire au vital. Elle devient propice à l'explosion d'affects refoulés.

Très souvent connoté de façon négative, le conflit peut être salvateur lorsqu'il fait progresser l'organisation par l'émergence de règles adaptées. Le conflit devient nuisible lorsqu'il est imprégné de violence c'est-à-dire d'une volonté délibérée de nuire à autrui. Selon Hugues Destrem²⁶, « *la violence est intrinsèque à toute dynamique du vivant, ...car toute organisation quelle qu'en soit la nature, est génératrice de contraintes sur les éléments qui la composent par les règles d'inclusion auxquelles elle les soumet.* ».

***COMPTE TENU DU DESORDRE ET DU DANGER QUE CONSTITUE LA VIOLENCE,
IL CONVIENT DE LA PREVENIR, DE LA MAITRISER VOIRE DE LA SANCTIONNER²⁷.***

1.4.2 Une pluralité et une diversité d'acteurs

L'hôpital est un milieu fortement stratifié et hiérarchisé. Le récent « répertoire des métiers²⁸ » a dénombré cent quatre vingt trois métiers au sein de la fonction publique hospitalière.

Au bloc opératoire gravitent en permanence plusieurs groupes professionnels fortement spécialisés, tous dotés d'une expertise différente, mais nécessairement complémentaire : les Chirurgiens tous statuts et disciplines diverses, les Médecins anesthésistes, les Cadres supérieur de santé, les Cadres de proximité (I.B.O.D.E. et I.A.D.E.) infirmiers, les Infirmières de bloc opératoire, les Infirmières anesthésistes et les Aides-soignants. A cela il convient parfois, d'ajouter d'autres catégories de personnels qui interviennent ponctuellement mais régulièrement (tels que les Manipulateurs de radiologie, mais aussi des intervenants extérieurs à l'institution). Cette particularité requiert la formalisation de règles et une coordination de l'information.

La multiplicité des métiers et des catégories professionnelles favorise l'émergence de dysfonctionnements. Elle accroît les difficultés de coordination et de coopération pourtant nécessaires à une prise en charge sans heurt des patients.

1.4.2.1. Une communauté médicale divisée

La référence au schéma, autrefois vraie, où le Chirurgien exerçait le pouvoir suprême sur l'organisation du bloc opératoire s'avère dépassée de nos jours, du moins pour un fonctionnement efficace de la structure.

²⁶ DESTREM H. cours op. cit.

²⁷ cf. code du travail, articles L122-46 à 122-54 et article L230-2

²⁸ Répertoire des métiers publié par la D.H.O.S., 2004

Actuellement, l'activité médicale est articulée autour de deux pôles :

- L'acte chirurgical symbolisé par le Chirurgien,
- L'acte d'anesthésie maîtrisé par le Médecin Anesthésiste.

Si l'appartenance médicale des anesthésistes ne fait aucun doute aujourd'hui, une évolution divergente a probablement participé au cloisonnement, voire à l'hostilité, de ces deux groupes professionnels.

- **Le Chirurgien**

Le Chirurgien symbolise, la discipline médicale autogérée grâce à un système hiérarchique pyramidal. L'efficacité apparente de son dispositif de contrôle et de régulation contribue au développement d'une forte solidarité, tout au moins affichée. La discipline médicale entend préserver un pouvoir jaloué.

Le travail du Chirurgien débute par la sélection des patients dont lui seul est maître (vis-à-vis des autres membres de l'équipe). Ceci lui procure une marge de manoeuvre parfois contestée par les Médecins anesthésistes. L'acte chirurgical reste avant tout un travail manuel en dépit de l'apport des nouvelles technologies. Ce travail de la main, Jean Peneff²⁹ le décrit : « *le spectacle de ces six mains qui s'entrecroisent sans se toucher dans un espace aussi étroit ressemble à un ballet* ». Si le Chirurgien détient la responsabilité suprême de l'acte chirurgical, il ne peut rien sans l'équipe qui l'accompagne. Pour autant, au cours d'une intervention, il lui appartient, en véritable chef d'orchestre, de coordonner et contrôler les activités de ses collaborateurs. Le travail chirurgical est par essence un travail d'équipe.

Le Chirurgien doit concilier trois activités essentielles au sein du service :

- Organiser le séjour et le suivi de ses patients
- Activer son réseau de « pourvoyeurs » de patients
- L'activité opératoire proprement dite.

Cette dernière accapare la majeure partie de ces occupations. Le Chirurgien est avant tout animé par l'aspect technique de son métier : la précision du geste opératoire.

***CETTE PRECISION CHIRURGICALE, IL NE PEUT L'ACQUERIR ET LA
DEVELOPPER QUE PAR LA PRATIQUE INTENSIVE DE SON SAVOIR-FAIRE.***

- **Le Médecin anesthésiste**

La chirurgie et l'anesthésie sont par nature étroitement liées. Aujourd'hui, c'est la décision chirurgicale qui fait naître le besoin anesthésique, même si pendant longtemps la

²⁹ PENEFF J. op. cit.

chirurgie s'est dispensée d'anesthésie. Initialement, la pratique de l'anesthésie revenait à des auxiliaires médicaux. Le Chirurgien détenait seul la responsabilité de la prise en charge du patient. Peu à peu, cette discipline a évolué du fait de la complexité des techniques chirurgicales. Dès 1947, un enseignement spécifique est dispensé. Rattachée à la chaire des techniques chirurgicales, cette formation était destinée tant aux Médecins qu'aux Infirmiers. En 1948 un diplôme d'anesthésie est créé et, en 1965, la pratique en est dévolue exclusivement aux Médecins. Le champ d'intervention s'élargit officiellement en 1966, puisque le titre associe à l'anesthésie le terme de réanimation. Cette progression marque une autonomisation progressive marquée d'une responsabilité propre.

Ce changement radical du rôle des acteurs est assorti d'une modification profonde des pouvoirs à l'intérieur de cette cellule que constitue le bloc opératoire. Le Chirurgien qui n'est plus le maître incontesté des lieux et le seul « ordonnateur du temps³⁰ » doit désormais composer avec un deuxième pouvoir.

L'Anesthésiste élargit son champ d'activité et s'affranchit du simple rôle de prestataire de service. Il se consacre désormais à la recherche et à des activités spécifiques comme les thérapies anti-douleur ou les péridurales pour les parturientes. Ces nouvelles pratiques attribuent à l'Anesthésiste un véritable rôle de thérapeute et une clientèle propre. En effet, dans la relation Chirurgien patient existait une reconnaissance suprême, qui excluait l'anesthésiste.

***SI DANS UN PREMIER TEMPS LE BESOIN ANESTHESIQUE EST NE DE LA DECISION
D'OPERER, DE NOS JOURS CE SONT LES PROGRES SCIENTIFIQUES RAPIDES DE
L'ANESTHESIOLOGIE QUI AUTORISENT LE DEVELOPPEMENT DES TECHNIQUES
CHIRURGICALES.***

1.4.2.2. Des para médicaux qui s'autonomisent

- **L'encadrement**

L'Hôpital est un lieu fortement hiérarchisé où chacun revendique son statut. L'espace, ou champ de manœuvre réservé au Cadre, sera borné par deux composantes : la hiérarchie et le statut³¹. Les difficultés que l'encadrement rencontre pour maîtriser

³⁰ POUCHELLE M.C. «ici, on ne fait pas de cadeau» Partage du temps et don de soi à l'hôpital. Revue Ethnologie française, XXVIII, 1998, 4, p. 540-550

³¹ Décret n°95-926 du 18 août 1995, portant création d'un diplôme de Cadre de santé, J.O. du 20 août 1995

l'environnement limitent ses aptitudes à gérer le service, mais également les conditions de travail qu'il subit et qui peuvent paralyser son autorité.

Trop souvent, l'encadrement paramédical doit faire écran lors de heurts entre les Médecins ou entre le Corps médical et l'Administration. Dans ce cas de figure, il n'apporte aucune « valeur ajoutée » à l'organisation. C'est par une organisation rationnelle et judicieuse que le Cadre va mobiliser ses capacités.

La désorganisation chronique, imputable à un manque de possibilité de planification, mobilise en permanence le Cadre dans des réajustements qui le privent de ses missions d'animateur d'équipe et d'évaluateur de la qualité des soins.

L'animation des ressources humaines demeure le préalable à la construction de la notion d'équipe autour de valeurs communes. De l'évaluation émergent les points de repères qui guident les actions futures vers l'objectif déterminé. Le rôle pivot du Cadre s'appuie sur le mode de structuration du circuit d'information. Privé d'information, il serait vain de prétendre assurer une fonction centrale nécessaire pour orchestrer l'activité opératoire.

L'organisation prépare le travail collectif. Lorsqu'elle est réfléchie, consensuelle et non biaisée, elle procure un sentiment de confort et de sécurité même lors de la survenue d'aléas. Ce climat profite à l'instauration d'un véritable dialogue où chaque niveau hiérarchique se voit reconnaître un rôle. La qualité du travail est fondée sur le calme, la confiance; la méthode et le respect mutuel. L'encadrement représente certainement un rouage essentiel du fonctionnement d'un service. Tout projet de changement et plus précisément d'amélioration continue de la qualité repose entièrement sur sa personnalité et ses compétences.

***L'ENCADREMENT PARAMEDICAL EST GARANT DU NIVEAU DE SOIN ET DONC
DE LA TRADUCTION DU PROJET DE SOINS AU SEIN DE SON UNITE.***

▪ **Le personnel opérationnel**

Il comprend le personnel Infirmier, Infirmier spécialisé (Infirmière de bloc opératoire et infirmière anesthésiste) et le personnel Aide-soignant. L'exercice de la profession d'Infirmière et les actes professionnels sont détaillés dans le code de la santé publique qui lui-même reprend le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004³².

Le métier d'Infirmière de bloc opératoire (I.B.O.D.E.) est exercé indifféremment par des Infirmières titulaires ou non du diplôme d'Infirmière de bloc opératoire. La

³² Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, relatif aux parties IV et V du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code

spécialisation est accessible par une formation dispensée en dix huit mois. La pénurie de cette catégorie de personnel et l'absence d'obligation de diplôme autorisent le recrutement de personnel infirmier qui bénéficient d'une formation sur le terrain par ses pairs. Cette disposition, si elle procure de la souplesse, n'est pas sans poser des difficultés d'organisation et de gestion au quotidien pour l'encadrement. Outre les activités afférentes aux soins, l'I.B.O.D.E. est habilitée à réaliser des activités diversifiées (circulante, instrumentiste ou aide opératoire). Elle agit le plus souvent aux côtés du Chirurgien.

Le métier d'Infirmière anesthésiste (I.A.D.E.) relève d'une exclusivité de la fonction sanctionnée par un diplôme au terme d'une formation de deux années. Au bloc opératoire, l'infirmière anesthésiste assiste le Médecin anesthésiste et peut, sous certaines conditions, appliquer seule des techniques d'anesthésie. Tout comme les I.B.O.D.E. cette catégorie de personnel devient une ressource précieuse car rare.

Le métier d'Aide soignant au bloc opératoire est une prééminence d'activités centrées sur l'hygiène et la manutention. Lorsqu'ils maîtrisent les rouages de l'organisation, ils sont d'une aide inestimable pour le fonctionnement au quotidien de ces structures.

La fonction d'exécutant simple quand l'organisation est défaillante ou absente accentue le poids hiérarchique du Chirurgien. L'absence de maîtrise de l'environnement par l'encadrement, retentit à tous les niveaux y compris sur les Infirmières spécialisées. Le sentiment de frustration et l'impression de manipulation lors de perturbations intempestives de la programmation apparaissent comme absence de reconnaissance.

Les conséquences des dysfonctionnements chroniques, se traduisent par un coût humain considérable dû à l'usure du personnel et à la perte d'énergie. Ce « coût » humain se matérialise sous diverses formes : absentéisme, turn over important, démotivation.

Ces indicateurs correspondent à une stratégie protectrice des acteurs et à un signal d'alerte pour l'encadrement mais également pour le Directeur des Soins.

1.4.2.3. Une forte spécialisation propice aux cloisonnements

La technologie a eu des conséquences importantes sur le contenu des métiers mais également sur les relations entre les acteurs. Le mouvement de spécialisation croissant qui a accompagné la forte technicisation de la chirurgie a induit une différenciation des pratiques et un éclatement des disciplines. Si la spécialisation de la

chirurgie traduit une adaptation à une évolution inéluctable (nouvelle technique chirurgicale éprouvée), elle oppose aussi un obstacle à la communication et la coopération des professionnels. Il reste à préciser que cette parcellisation des savoirs a scellé davantage une différenciation identitaire. Au sein des blocs opératoires, cette propension est propre à toutes les catégories de personnels.

La haute technicité et la complexité des soins occasionnent une « segmentation » du patient qui ne concourt en rien à favoriser la coopération entre les professionnels. Dans un tel contexte, le circuit de l'information est très souvent happé par des logiques catégorielles et ne remplit pas son rôle fonctionnel.

Henry Mintzberg, dans son ouvrage « Structure et dynamique des organisations », décrit cinq mécanismes de coordination parmi lesquels:

- **L'ajustement mutuel**: la coordination du travail est réalisée par de la communication informelle. Utilisée dans les organisations les plus simples mais également les plus complexes, elle est actionnée dans les situations extrêmes (ex : l'urgence vitale).
- **La standardisation des procédés**: la coordination de diverses parties est incorporée dans le programme de travail. Le besoin de communication dans ce cas précis en est fortement réduit (on sait à quelle point la parole est rare en cours d'intervention chirurgicale)
- **La standardisation des qualifications**: les qualifications, les savoirs et la formation étant standardisés, ils permettent à chacun de savoir ce qu'ils peuvent espérer les uns des autres.

1.4.2.4. Des jeux de pouvoir

La question du pouvoir est centrale dans l'étude des organisations. Terme polysémique, les sociologues Michel Crozier et Erhard Friedberg³³ identifient le pouvoir aux zones d'incertitudes que chaque acteur social peut développer autour de lui pour augmenter ses capacités stratégiques. La maîtrise d'une ou plusieurs zones d'incertitudes caractérise les pouvoirs formels ou informels. Elle permet de raisonner autrement sur la notion de pouvoir. La zone d'incertitude est «*un élément non prévu par les statuts, règlements ou organigrammes, et cependant essentiel pour la marche de l'organisation*³⁴ ». L'exercice d'une relation de pouvoir a pour finalité de préserver ou d'obtenir une reconnaissance sociale, une autonomie ou une gratification. Ces relations constituent les fondements même de toute organisation.

³³ CROZIER M. FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Seuil. Paris, 1977.493p

³⁴ CROZIER M. FRIEDBERG E. op. cit.

Si la hiérarchisation de l'autorité, selon les statuts, existe au sein des blocs opératoires, les professionnels utilisent aussi leurs prérogatives d'acteurs au sein de cette organisation.

1.4.2.5. Des règles pour réduire les incertitudes

Selon Jean Daniel Reynaud³⁵, une règle est « *un principe organisateur. Elle peut prendre la forme d'une injonction ou d'une interdiction visant à déterminer strictement un comportement. Mais elle est le plus souvent un guide d'action... un modèle qui oriente l'action* ». Les règles constituent la condition de toute vie en commun. Elles s'imposent d'autant plus que les groupes et rationalités diffèrent ou divergent. Elles reposent sur la capacité à inventer des modes de régulation au sein de l'organisation. Elles sont aussi amenées à évoluer pour mieux s'adapter à l'environnement. Toute règle pose la question de sa légitimité ou sa réalité et par conséquent de la contrainte qu'elle exerce réellement en cas d'infraction. Créer une règle c'est par définition instituer un rapport de force car celle-ci devient une ressource pour certains qui n'auront de cesse de la dévoyer. Le législateur, en insistant sur l'établissement de règles communes de fonctionnement à travers notamment une charte de fonctionnement, a souhaité encourager les acteurs des blocs opératoires à structurer leurs décisions et à rendre prévisible leur fonctionnement.

**« LE REEL ROLE DES CARACTERISTIQUES FORMELLES D'UNE ORGANISATION
EST D'INSTITUER DES LEGITIMITES³⁶ »**

1.4.3 Le conseil de bloc opératoire : une mise en place difficile

1.4.3.1. Une instance définie par un cadre réglementaire

- **Une pression réglementaire graduée**

Depuis l'année 1998, le législateur insiste pour que les établissements de santé financés par dotation globale mettent en place un conseil de bloc opératoire dans leurs établissements respectifs.

La circulaire du 17 novembre 1998³⁷ fixant les priorités de santé publique à prendre en compte pour l'allocation de ressources pour 1999, mentionne la nécessité

³⁵ REYNAUD J. D. *les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*. Paris, Armand Collin 3eme édition 1997. Préface

³⁶ REYNAUD J. D. *les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*. Paris, Armand Collin 3eme édition 1997.pp 150

³⁷ Op. cit.

pour chaque établissement de mettre en place, sous l'égide du président de la Commission Médicale d'Établissement (C.M.E.), un « conseil de bloc opératoire » afin de faciliter l'organisation de ceux-ci. Elle marque son étonnement quant à l'impact limité du décret de décembre 1994³⁸ en matière de regroupement des sites opératoires et de gestion des blocs opératoires. Un accent particulier est mis sur une planification opératoire concertée.

La circulaire du 16 novembre 1999³⁹ relative à la campagne budgétaire pour l'année 2000 s'appuie sur un même constat pour fixer elle aussi comme priorité de la politique d'organisation des soins hospitaliers : la mise en place des conseils de bloc opératoire. Elle relate selon ses termes « *une mesure inégalement appliquée* ». Le législateur soucieux de la sécurité anesthésique et conscient des retombées de l'instauration du repos de sécurité pour les Médecins anesthésistes, met en garde les établissements sur l'inexorable réorganisation des activités chirurgicales. Enfin, l'annonce d'une autre circulaire, cette fois spécifique est indiquée.

La circulaire du 19 mai 2000⁴⁰ fait une fois de plus un constat d'échec et persiste dans la finalité attendue qui est : « *cette disposition ne s'entend toutefois que comme une étape destinée à favoriser un regroupement des sites opératoires* ». Toutefois, des précisions supplémentaires sont apportées quant aux modalités pratiques de mise en œuvre des conseils de bloc opératoire.

Il est surprenant de constater que les pouvoirs publics aient choisi de légiférer par le biais de circulaires. En effet, si les décrets et arrêtés sont opposables et s'imposent aux établissements, les circulaires disposent d'une portée plus limitée.

▪ **Des modalités de mise en œuvre précises**

Le texte recommande la mise en place d'au moins un conseil de bloc opératoire par établissement. Il laisse la possibilité d'en octroyer un par secteur, par service ou département s'il existe. Il en précise les exigences :

➔ La composition :

La composition à minima est détaillée dans la circulaire. On remarquera que le législateur a étoffé la liste des membres entre le texte de 1998 et la circulaire de 2000. Il appartient au Directeur de l'établissement d'arrêter nominativement la composition du conseil de bloc opératoire. Le texte précise qu'il doit comprendre au minimum un

³⁸ Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994

³⁹ Op. cit.

Chirurgien utilisant la structure et un Médecin anesthésiste réanimateur. Ces derniers sont désignés par le Directeur sur proposition du Président de C.M.E. L'animation en est confiée à un Président qui assure la responsabilité du secteur opératoire.

Le Directeur des soins ou la Sage femme coordinatrice pour les blocs obstétricaux, sont consultés pour la désignation des membres de l'encadrement (responsable de l'organisation du secteur, Cadre infirmier de bloc opératoire et Cadre infirmier d'anesthésie).

De plus, la circulaire élargit la composition au responsable du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.L.I.N.) ou à son représentant en tant que de besoin, et à d'autres professionnels en fonction de leur expertise et des ordres du jour.

➤ La durée de validité de la composition et rythme des réunions

Les membres sont désignés pour une durée de trois ans renouvelable. Il est prescrit au minimum une réunion mensuelle sur convocation du Président de cette instance.

➤ Les missions

Selon le législateur : « les missions du conseil de bloc opératoire doivent permettre la mise en place d'une organisation rationnelle du travail en tenant compte des moyens humains et matériels, de la réglementation relative au temps de travail, à l'exercice professionnel et, aux règles de sécurité sanitaire et anesthésique ». Cette instance doit également établir, par période hebdomadaire, le planning d'occupation des salles d'opération.

Les missions sont définies comme suit :

- La **programmation du tableau opératoire** en tenant compte des moyens en personnels, des règles de sécurité anesthésiques, des types d'intervention, des caractéristiques des patients et des services en liens étroits avec ces secteurs
- la **résolution** des dysfonctionnements
- la **mise en place** des protocoles d'hygiène et la validation des protocoles thérapeutiques spécifiques au bloc opératoire
- la **rédaction d'une charte** de fonctionnement et d'organisation interne du bloc opératoire

⁴⁰ Op. cit.

- 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.
- La transmission d'un **rapport d'activité annuel** transmis au Président de C.M.E.

La prise en compte par l'A.N.A.E.S. puis l'H.A.S. de références et critères validant l'existence effective de cette instance dans les établissements va participer à l'intégration par les acteurs hospitaliers des fondements des textes réglementaires.

C'EST LA MENACE DE SANCTION OU DE LA FERMETURE DE STRUCTURES NON CONFORMES QUI MOTIVERA, POUR CERTAINS, UNE APPLICATION DES TEXTES PLUS ENERGIQUE.

Les difficultés que traverse la chirurgie en France, les tensions et contraintes propres au fonctionnement des blocs opératoires, mais également les menaces qui pèsent sur les établissements de santé M.C.O., ne peuvent se régler que par le biais d'un conseil de bloc opératoire. Cette instance crée un espace de dialogue et de négociation propice à l'émergence de solutions collectives. La légitimité du conseil de bloc opératoire repose avant tout sur un éventail de règles prescrivant les modalités d'organisation et de fonctionnement de ce secteur. Ces règles consensuelles et validées sont colligées dans un document imaginé par le législateur et nommé « charte de fonctionnement ».

1.4.4 La charte de fonctionnement, référence centrale du conseil de bloc opératoire

Le terme de charte est apparu la première fois dans la réglementation spécifique à ces secteurs dans la circulaire du 19 mai 2000⁴¹.

Selon le lexique des termes juridiques⁴², une charte est « un document officiel de création d'une institution ».

La charte de fonctionnement est parfois appelée « règlement intérieur » par les professionnels.

Un règlement intérieur selon le même ouvrage correspond à « *un document écrit obligatoirement, par l'employeur dans les structures employant au moins vingt salariés. Il précise notamment les mesures d'application de la réglementation en matière d'hygiène et de sécurité, les règles de discipline, l'échelle des sanctions que peut prendre un*

⁴¹ Circulaire op. cit.

⁴² Lexique des termes juridiques Dalloz, 14^{ème} édition

employeur. Il énonce également les droits de la défense du salarié ». En effet, dans les établissements publics de santé, le Directeur général ou le Directeur du fait de son pouvoir de police, soumet le règlement intérieur de l'hôpital, pour délibération au conseil d'administration après avis de la C.M.E. et du Comité Technique d'Etablissement (C.T.E.).

En ce qui concerne les blocs opératoires, le terme de règlement intérieur est impropre d'où l'appellation de charte de fonctionnement et d'organisation interne.

Ce document, pour faciliter la gestion de ces secteurs, doit contenir des principes de base qui peuvent être complétés par d'autres règles plus spécifiques, en lien avec des objectifs prédéfinis. Le conseil de bloc opératoire doit clarifier les éléments clés suivants : la définition d'une vacation ainsi que les critères de répartition des vacations par discipline chirurgicale, l'amplitude d'ouverture des salles d'opération, les modalités de gestion de l'activité programmée et d'urgence, l'organisation des ressources médicales et non médicales, les modalités de gestion et de résolution des conflits...

Nous verrons par la suite qu'il peut être utile d'y adjoindre d'autres éléments tels que les critères de performance de la structure.

L'implication du Président de la C.M.E. ainsi que du Directeur de l'établissement ou de son représentant dans la validation finale, signe un engagement institutionnel et confrère au document une crédibilité et une valeur contractuelle. En outre la charte de fonctionnement évolue avec l'organisation, les acteurs, l'environnement et la population soignée ce qui doit inciter à une réactualisation périodique.

2 ENQUÊTE SUR LE TERRAIN

2.1 MATÉRIEL ET MÉTHODOLOGIE

2.1.1 Le matériel

2.1.1.1. Critères de choix des sites

Les critères qui ont présidé aux choix des établissements sont sous tendus par le thème de la recherche et par la circulaire de 2000⁴³. En effet, on se souvient de l'insistance des pouvoirs publics pour réorganiser et mutualiser les secteurs opératoires à travers la mise en place des conseils de bloc opératoire. Tout naturellement, l'inclusion dans le champ de l'étude prend en compte : l'existence d'un bloc opératoire commun (les organisations totalement sectorisées ne rentrent pas dans l'étude) et la mise en place d'un conseil de bloc opératoire qui doit s'appuyer sur une charte de fonctionnement. Enfin, volontairement tous les sites enquêtés disposent d'au minimum huit salles d'opération (douze salles au maximum) et cinq disciplines chirurgicales.

Dans le but d'éviter l'introduction des biais évidents, le choix s'est porté sur un centre hospitalier régional universitaire (C.H.R.U.), et deux centres hospitaliers généraux (C.H.G.). Ce travail a proposé une représentation de la région parisienne et de la province.

Pour apporter un éclairage supplémentaire à cette investigation, des interviews supplémentaires ont été réalisées auprès de professionnels salariés d'un établissement privé participant au service public hospitalier (P.S.P.H).

Enfin parmi ces établissements certains furent des lieux de stages.

2.1.1.2. Présentation générale des sites

L'établissement C.H.R.U. est multi sites, situé en province et dispose de plusieurs blocs opératoires. L'un d'eux est orienté vers une mise en commun des moyens.

Les deux C.H.G. octroient aux équipes chirurgicales un secteur opératoire commun et unique. L'un des centres hospitaliers est implanté en région parisienne où selon les chiffres 2002 de l'O.N.D.P.⁴⁴, le déficit en infirmières spécialisées est plus aigu.

⁴³ Circulaire 2000-264 du 19 mai 2000 op. cit.

⁴⁴ Observatoire national des professions de santé op. cit.

Tous les établissements représentés, hormis le privé, accueillent des urgences chirurgicales par le biais de leur Service d'Accueil et Traitement des Urgences (S.A.U.). Cette dimension interfère fortement dans la gestion et l'organisation de ces secteurs. L'ensemble des sites étudiés comporte les deux disciplines chirurgicales fortement affectées par les problématiques de démographie médicale et de pénibilité au travail liées à la permanence des soins : la chirurgie digestive et la chirurgie ortho traumatologique.

- **Quelques éléments de contexte général sur les blocs**

Dans le C.H.U., les membres du précédent conseil de bloc opératoire (Président et vice Président) ont démissionné à la suite d'un audit commandité par la Direction Générale. Celle-ci a fait appel à un cabinet de consultants.

Un conseil de bloc provisoire est institué et chargé de conduire la réflexion sur un règlement intérieur consensuel. Ce travail s'effectue dans un climat de tensions exprimé par les acteurs.

Pour l'un des C.H.G., la chirurgie constitue un enjeu majeur perçu à tous les niveaux. Ce secteur après avoir connu de grandes difficultés, s'affirme grâce à un renouveau de Chirurgiens et malgré une concurrence omniprésente. Le deuxième C.H.G. a longtemps été un secteur de référence dans la région. Après une période tendue avec les autorités de tutelle, l'activité chirurgicale progresse fortement du fait du rayonnement de certaines équipes et là aussi malgré une concurrence de proximité accrue.

Dans l'établissement privé P.S.P.H., tous les Médecins sont salariés et de renommée notoire sur la région voire sur le plan national. Sa situation parisienne le soumet aux mêmes pressions de l'environnement. Les services sont regroupés en départements gérés par un chef de département. Le bloc opératoire constitue un département dont le manager (ou chef) est un Médecin anesthésiste. Il est assisté d'un Cadre I.B.O.D.E. et d'un I.A.D.E. Il a une autorité hiérarchique sur l'ensemble des paramédicaux du bloc. La fonction de Directeur des soins n'existe pas dans cette structure.

Dans tous ces établissements, les conseils de bloc opératoire sont institués depuis plus de trois années. Cette instance se réunit une fois par trimestre dans le secteur public et tous les mois dans le privé. Le C.H.U. et l'un des C.H.G. ont institué en plus de la réunion de programmation qui se déroule toutes les semaines et que l'on n'appellera pas « conseil de bloc », un bureau qui est une émanation du conseil de bloc plénier. Ce bureau est une entité plus opérationnelle chargée de prendre les décisions stratégiques.

Cette structuration est souvent rendue nécessaire par la taille des conseils de blocs pléniers et leur relative inefficacité. Le conseil plénier devient un espace purement informatif propice au bilan annuel et à la présentation de projets. A titre personnel, ce découpage s'avère plus pertinent et efficace dans la pratique. Parmi les Présidents de

conseil de bloc, deux sont Chirugiens et l'un Médecin anesthésiste. La gestion du bloc opératoire est informatisée dans l'un des C.H.G. depuis deux ans et depuis de nombreuses années dans le secteur privé.

2.1.2 Méthodologie

La démarche retenue en fonction des hypothèses de travail, relève d'une méthode déductive. Elle se propose de confronter à la réalité du terrain les constats pressentis mais également d'évaluer la concordance du cadre théorique et conceptuel avec les représentations des acteurs interviewés. Il s'agit enfin de mettre à l'épreuve les hypothèses formulées et d'apprécier leur validité.

2.1.2.1. Outils de recueil d'informations

La technique d'investigation au moyen d'entretiens semi directifs est apparue comme plus appropriée pour recueillir l'information nécessaire à cette étude. L'élaboration des grilles d'entretien a fait l'objet d'une validation préalable par le biais d'entretiens exploratoires menés auprès de collègues de promotion. Ceci a permis d'en affiner le contenu et de repérer les éléments les plus pertinents en fonction de la population enquêtée. Pour autant les thématiques abordées restent identiques. Les entretiens ont apporté des éclairages sur les sujets suivants :

- Les difficultés ou problématiques rencontrées par les professionnels pour les activités chirurgicales de l'établissement
- Le rôle, missions, organisation, composition et fonctionnement du conseil de bloc opératoire
- La place de la charte de fonctionnement ou du règlement intérieur, dans la gestion des activités du secteur
- La gestion des écarts s'ils existent par rapport aux règles instituées
- L'organisation et la gestion du système d'information (outils de pilotage, indicateurs retenus)
- L'impact du financement à l'activité sur la gestion des activités chirurgicales et celle du bloc opératoire
- La valeur du Directeur des soins dans la gestion des secteurs opératoires

2.1.2.2. Personnes interviewées

Au total, l'enquête de terrain a permis de recueillir les points de vue émanant de :

- 1 Chirurgien (secteur privé P.S.P.H.)

- 3 Médecins anesthésistes,
- 3 Cadres de santé dont un Cadre supérieur de santé.
- 3 Présidents de conseil de bloc opératoire
- 3 Présidents de C.M.E.
- 2 Directeurs d'établissement
- 2 Directeurs adjoints référent pour les blocs opératoires
- 2 Directeurs des soins
- 2 Infirmières spécialisées (I.A.D.E. et I.B.O.D.E.)

Parmi ces acteurs figurent : un Président de conseil de bloc opératoire, un Chirurgien, et un Cadre du secteur privé P.S.P.H.

Volontairement, les autres catégories de personnel (aide soignants ou agents hospitaliers) n'ont pas été intégrées à l'étude. Il s'agit là d'une des limites repérées.

2.1.2.3. Déroulement des entretiens

L'ensemble des entretiens s'est déroulé dans des conditions matérielles optimales tant au niveau du confort que de la disponibilité des « informateurs ». Une grille d'entretien a servi de repère tout au long des entretiens. Certaines séances ont fait l'objet d'un enregistrement et pour d'autres la prise de notes a été privilégiée. En effet, il est apparu que la simple pression, au terme d'un entretien, pour arrêter l'enregistrement suffisait à libérer davantage la parole. De plus l'une des personnes a clairement manifesté son opposition. Pour autant l'exercice fut riche et formateur.

Au cours de cet exercice, toutes les personnes ont réagi avec beaucoup d'intérêt et n'ont pas manqué d'interroger à leur tour l'auteur sur son point de vue. Enfin outre les remerciements d'usage, et pour éviter une éventuelle frustration par rapport au sujet, l'ensemble des entretiens s'est clos par cette phrase : *« y a-t-il des aspects que je n'aurai pas évoqué avec vous et qui vous semble importants à mentionner ? »*.

Le principe de l'anonymat concernant l'établissement et l'identification de l'interlocuteur a été rappelé. La durée des entretiens a fait l'objet d'un contrat préalable d'une heure.

2.1.2.4. Limites et points forts de l'étude

Compte tenu de la taille des différents échantillons, cette investigation ne peut prétendre à valeur statistique. Pour autant, l'éclairage qu'apportent ces retours d'expérience alimente la réflexion et enrichit la démarche. Certaines catégories d'acteurs ne figurent pas dans l'échantillon représenté même si leur point de vue aurait enrichi davantage la réflexion (Directeur des ressources humaines, Directeur des finances, Chirurgiens non chef de service, Aides soignants...). Pour quelques uns leur avis fut

retenu lors d'entretiens non formels ou d'observations sur le terrain. Compte tenu de la richesse des informations, le matériau recueilli sera précieux pour l'exercice futur.

2.1.2.5. Méthodologie de présentation des résultats

Les informations collectées seront classées par fiches thématiques et ensuite par catégories d'acteurs. Ce découpage permettra d'établir des similitudes ou des divergences en fonction de la population étudiée. Des corrélations entre les thèmes pourront mettre en évidence des particularités prévisibles ou inattendues. Pour clarifier cette présentation, des propos significatifs puisés dans le cœur des discours collectés seront associés à certains résultats. La synthèse et l'analyse des entretiens donneront lieu à une proposition d'un plan d'action bâti à partir des attentes des professionnels, des problématiques générales des plateaux techniques et de la projection en tant que Directeur des soins au sein d'un Centre hospitalier général.

2.2 PRESENTATION DES RESULTATS

2.2.1 Les difficultés rencontrées par les professionnels

2.2.1.1. Les Directeurs

Les Directeurs montrent une préoccupation certaine pour le maintien du niveau d'activité voire une augmentation de celle-ci par le biais d'une analyse plus fine des marges de progrès possibles. Cette optimisation des moyens disponibles est intimement liée à une exigence de sécurité pour les patients. Ainsi le binôme activité – qualité semble être privilégié par les chefs d'établissement. Les éléments à l'origine de la crise de la chirurgie du secteur public (tels que la démographie, la forte concurrence...) sont rappelés pour expliquer la pression imposée par l'environnement. L'un d'eux s'exprime en ces termes : « *la plupart des blocs sont en crise, il y a ceux dont on parle et ceux dont on ne parle pas* ». Les tensions entre les acteurs sont abordées à travers cette formule « il faut pacifier les blocs ».

2.2.1.2. Les Présidents de C.M.E.

La position des Présidents de CME lors des entretiens fut d'abord une attitude de repli craignant des questions trop « pointues » sur les conseils de blocs opératoires. Une illustration peut être donnée par l'un des Médecins qui dès les premières minutes du rendez-vous avoua ces quelques mots : « *je sais très peu de choses, je crains de n'être pas la bonne personne* ».

Les difficultés qu'ils évoquent tiennent des carences en personnels Infirmiers et Médecins anesthésistes face à une activité qu'ils estiment croissante. Ainsi l'un d'eux réagit par ces propos : « la difficulté c'est de placer toutes les activités dans un espace contraint ».

Le Président de C.M.E. du C.H.U. insiste particulièrement sur les conflits et les relations de pouvoir. Il met en évidence le pouvoir des Médecins anesthésistes au regard de l'effectif qu'ils représentent dans un hôpital : « vous n'avez jamais cent neurologues dans un hôpital, mais vous pouvez avoir cent Médecins anesthésistes. A cet effectif s'ajoute une activité très réglementée. Ce Médecin conclut par : « *ils sont indispensables mais incontrôlables..., l'activité chirurgicale est la plus rémunératrice, ce sont les Anesthésistes qui la conditionnent* ». Il est rappelé la logique patrimoniale du Chirurgien ainsi que le bénéfice tiré par les paramédicaux notamment lorsqu'il s'agit de mettre en place une polyvalence sur les disciplines. Enfin il mentionne que la réorganisation des blocs opératoires est inscrite dans le projet d'établissement.

2.2.1.3. Les Présidents de conseil de bloc opératoire

Au niveau du C.H.U., il est cité des difficultés liées à l'autorité vis-à-vis des Chirurgiens et des Anesthésistes. Les autres difficultés communes à tous proviennent de la gestion des activités non programmées (urgences incluses), de la répartition de l'activité programmée et du manque de coordination des acteurs. Pour l'un d'eux l'absence de secrétariat de bloc constitue une véritable difficulté pour l'encadrement qui est happé par des tâches administratives. Il poursuit en indiquant que la forte technicisation de la chirurgie rend nécessaire des compétences de maintenance à l'intérieur du bloc de manière à anticiper au maximum les problèmes. Il fait référence à la gestion d'une P.M.E.

2.2.1.4. Le Chirurgien

Fort d'un exercice en secteur privé, Il relate l'ensemble des facteurs à l'origine de la crise de la chirurgie en insistant sur l'absence de revalorisation du statut. Il constate l'évolution du métier d'I.B.O.D.E. et leurs difficultés d'adaptation liée à une formation peu réactive aux innovations technologiques croissantes. Il déplore « *un gâchis de compétence et de potentiel* ». Il met l'accent sur un collectif au service de l'intérêt général qui recentre les professionnels sur des objectifs communs.

2.2.1.5. Les Médecins anesthésistes

Ces derniers déplorent des débordements d'horaires dus à une programmation non réaliste, des difficultés relationnelles entraînant des frustrations. L'un d'eux fait part selon ses mots « *d'une activité libérale qui pollue le programme opératoire et qui fait que parfois l'ordre logique n'est pas respecté* ». Il ajoute : « *il y a des problèmes lorsque les Chirurgiens nous considèrent comme des auxiliaires...heureusement, il n'y en a pas beaucoup*»

2.2.1.6. Les Directeurs des soins

Les Directeurs des soins stigmatisent la difficulté de travailler ensemble et principalement les rivalités entre Médecins anesthésistes et Chirurgiens. Pour l'un d'eux, elle résultent de la parcellisation du parcours du patient. Il est rappelé que le passage au bloc opératoire est une étape dans un processus plus global souvent ignoré des uns et des autres. Les problématiques liées à la démographie et au turn over ne sont pas absentes ainsi que les tensions entre l'activité programmée et non programmée.

2.2.1.7. L'Encadrement

Il est noté chez l'encadrement un sentiment de lassitude manifesté par ces propos : « *dans trois mois, je serais partie* » ou « *je gère des cases vides* ». Très sollicitées au quotidien sur l'organisation de leurs secteurs, elles se montrent plus prolixes sur cette question et dénoncent : une gestion du personnel « chronophage », une pénurie persistante d'infirmières spécialisées, une gestion complexe des urgences, une gestion du matériel de plus en plus délicate, des temps d'attente injustifiés, une programmation non réaliste et génératrice de dysfonctionnements et parfois un manque de légitimité. L'un des Cadre regrette des cloisonnements entre les I.A.D.E. et les I.B.O.D.E. Les déclarations du Cadre du secteur privé recoupent en partie celles de ses collègues du public hormis la gestion des urgences qui reste une activité mineure. Elle indique cependant des temps de rencontres et de travail avec ses équipes insuffisants et préjudiciables. Elle ajoute « *l'administration et les Chirurgiens ne comprennent pas que les I.B.O.D.E. et I.A.D.E. fournissent aussi du travail hors de la salle d'opération* ».

2.2.1.8. Les Infirmières spécialisées

En dehors des problèmes liés aux effectifs et à la programmation énoncés par l'encadrement et aux retards, elles regrettent l'impossibilité de récupérer des heures supplémentaires et une absence de concordance dans les organisations de travail entre les I.B.O.D.E. et les I.A.D.E.

2.2.2 Le conseil de bloc opératoire

2.2.2.1. Les Directeurs

Il correspond selon un Directeur à une volonté de médicaliser la gestion des blocs opératoires. Il s'agissait à l'époque : « *d'une logique de gouvernance avant l'heure* ». Il est présenté comme ayant la vertu de limiter le stress et d'améliorer les conditions de travail. Il lui appartient selon tous les Directeurs d'optimiser les moyens mis à disposition. Maintenant, ajoute l'un d'eux, il s'agit de réexaminer cette instance à l'aune de la nouvelle gouvernance, de confier une véritable autorité fonctionnelle au Président et l'autorité politique au comité exécutif. Tous les Directeurs assistent à cette instance ou se font représenter par un Directeur adjoint ou référent pour les blocs opératoires. Il arrive aussi qu'ils soient présents tous les deux.

2.2.2.2. Les Présidents de CME

Les trois Présidents avouent n'y avoir jamais siégé, pour autant ils s'informent régulièrement ou délèguent au vice président de la C.M.E. Pour celui du C.H.U, le conseil de bloc opératoire a « *rendu le quotidien plus serein* ».

2.2.2.3. Les Présidents de conseils de bloc

Fait significatif de sa valeur ajoutée, l'un d'eux dit « je ne concevrai pas un bloc sans conseil de bloc, c'est devenu incontournable ». Cette instance est décrite comme une structure de réflexion et d'anticipation de problèmes éventuels, une véritable instance consultative pour l'équipe de direction, un lieu où l'on partage l'information et un lieu de décroisement.

2.2.2.4. Le Chirurgien

Il exprime une grande satisfaction vis-à-vis de l'outil de pilotage informatisé qui lui restitue des informations fiables et personnalisées sur lesquelles il peut s'appuyer lors des séances de conseil de bloc opératoire. Il signale que la culture d'évaluation de l'activité très ancrée dans la structure est source de solutions et d'améliorations collectives. Par ailleurs chaque Chirurgien de cet établissement se soumet à une évaluation annuelle avec le chef du département (chef de service). Cette pratique est signalée comme étant unique en France.

2.2.2.5. Les Médecins anesthésistes

Les Médecins anesthésistes rappellent que le législateur a instauré les conseils de bloc opératoire dans un souci de sécurité pour les patients. Même si des marges de progrès importantes existent, ils en soulignent les effets positifs sur l'harmonisation et la fiabilisation de la programmation chirurgicale. L'un d'eux précise que les « *acteurs commencent à avoir des notions de gestion..., le prix à payer c'est du temps et de la pédagogie* ». Ils montrent également une inquiétude quant à leur représentativité au sein de cette instance. En effet, si le plus souvent il est admis un représentant Chirurgien par discipline, la représentativité des Médecins anesthésistes est le plus souvent réduite à un voire deux Médecins.

2.2.2.6. Les Directeurs des soins

Les Directeurs des soins en général plébiscitent cette instance car elle améliore la communication entre les acteurs. Le conseil de bloc donne de la légitimité à l'action de l'encadrement et consolide les organisations de travail. Néanmoins, son efficacité pour optimiser le fonctionnement des blocs opératoires repose en grande partie sur un système de pilotage objectif délivrant des informations en continu. Un des Directeurs de soins affirme que les conseils de bloc opératoire ont été créés avant tout pour l'élaboration du tableau opératoire et pour « *régler les problèmes entre anesthésistes et Chirurgiens* ». Elle poursuit en indiquant : « *s'il n'y a pas de moyens et de la méthodologie, ce n'est même pas la peine d'essayer d'optimiser* ».

2.2.2.7. L'Encadrement

Pour les Cadres, cet espace de dialogue « *oblige les Médecins à se dire les choses en face, car un Chirurgien ce n'est pas franc... autrement on sert d'éponge* ». Il est considéré comme aidant au quotidien dans la mesure où il contribue à renforcer leur autorité. Ce point est illustré par ces propos émanant d'un Cadre de proximité : « *le conseil de bloc assoit l'autorité des Cadres qui ne sont plus considérés comme des empêcheuses de tourner en rond* ». Elles déplorent également des réunions inutilement longues.

Les Cadres en général participent à l'élaboration de l'ordre du jour et organisent un retour d'information à leurs équipes. Pour certaines, le caractère confidentiel de certaines informations n'autorise pas une restitution in extenso. Pour autant la sélection des informations à diffuser pose problème.

2.2.2.8. Les Infirmières spécialisées

Pour les Infirmières spécialisées, les avis demeurent mitigés. Si la plupart notent une amélioration dans les conditions de travail et dans les rapports notamment avec les Chirurgiens, celles qui assistent à cette instance regrettent une prise de parole quasi impossible compte tenu de l'étendu de l'assemblée et des conversations jugées très médicales et confidentielles. L'une d'elle en retient ceci : « la première fois que j'y suis allée, c'était la cacophonie j'avais l'impression d'être au théâtre ». Une autre dit : « j'ai pas l'impression qu'il en sorte grand-chose, ça péroré un peu ».

2.2.3 La charte de fonctionnement

Pour les professionnels de l'établissement privé, la charte de fonctionnement est un outil de travail et de référence actualisé en permanence, disponible y compris dans le bureau du Chirurgien et en salle de staff (ce constat relève de l'observation). Pour autant, il ne s'agit pas d'un élément de référence au quotidien car elle est intégrée par les acteurs. Dans le secteur public, sa finalisation et son actualisation varient d'un établissement à l'autre. Seul un des C.H.G. dispose un document actualisé, validé et accessible. Pour les autres, un Président de conseil de bloc concède : « *cela n'a pas été un sujet prioritaire depuis que je suis Président* ». Un Cadre qui reconnaît ne l'avoir lue évoque sa probable obsolescence. Néanmoins, l'encadrement remarque que c'est principalement par le biais de la procédure d'accréditation qu'une réflexion commune sur la prise en charge des patients a été menée. Un Directeur confirme un ressenti personnel par ces mots : « *les chartes c'est comme la maltraitance, elles sont plus portées par les Cadres et les Directeurs des soins que par les Médecins* ». Tous les professionnels interrogés s'accordent à reconnaître son importance dans la formalisation de règles sur lesquelles le conseil de bloc opératoire doit s'appuyer. Un Médecin anesthésiste le résume en ces propos forts évocateurs : « *le conseil de bloc fait vivre la charte* ».

2.2.4 Les indicateurs de pilotage des blocs opératoires

Le système d'information lorsqu'il résulte d'un progiciel de gestion du bloc opératoire présente, selon les différents protagonistes, un avantage certain et pour ceux qui n'en disposent pas encore, un objectif à court terme. Les critères ou indicateurs cités s'attachent à évaluer l'adéquation entre les ressources et l'activité sur le plan quantitatif et qualitatif. Les Présidents de C.M.E. accordent une plus grande importance aux indicateurs tendant à objectiver une optimisation des ressources perfectible : « le temps gaspillé ». L'un d'eux précise : « *je crois qu'une heure de bloc revient au minimum à mille euros quoique l'on y fasse* ». Les Directeurs partagent ce point de vue arguant qu'aux

Etats Unis le « *time based management* » ou « *chasse au temps gaspillé* » constitue une valeur de référence simple mais efficace des managers. Les Médecins et plus particulièrement les Chirugiens attribuent la primauté aux indicateurs qualitatifs sans pour autant les préciser. Les Médecins anesthésistes rejoignent les propos des Directeurs et Présidents de C.M.E. Pour l'un d'eux, ce calcul semble aisé « *moi je mets une Infirmière anesthésiste par salle, je peux donc évaluer le temps où elle ne fait rien* ». Mais ce calcul simple et utile, suscite des difficultés sur le terrain. En effet, si le numérateur reste évident, le dénominateur demande une réflexion et un assentiment partagés. Ce point soulevé par les Directeurs référents des blocs opératoires, Anesthésistes et encadrement reflète également l'une des difficultés personnelles.

Les Cadres qui utilisent un progiciel de gestion des blocs lui reconnaissent des vertus ergonomiques « *on n'a plus à courir partout* ». Le Président de conseil de bloc attire l'attention sur la qualité et la souplesse du paramétrage. Les indicateurs de qualité concernent autant la prestation délivrée au patient (taux de reprises opératoires, taux d'infections post opératoire) que l'organisation du secteur (gestion de l'activité non programmée).

Les Directeurs des soins encouragent la production d'informations, (provenant de préférence d'un logiciel), transparentes, objectivables et non personnalisées dans un premier temps. Il appartient ensuite au conseil de bloc de les personnaliser.

2.2.5 L'impact de la tarification à l'activité

Ce nouveau mode de calcul semble avoir des répercussions sur le comportement des Chirugiens qui accordent une importance particulière à la qualité de codage des patients. Les Présidents de CME en mesurent les effets positifs. Les Directeurs précisent que s'il doit y avoir des choix, ceux-ci s'opèrent bien en amont et trouvent un écho dans le projet d'établissement. Il est cependant noté une probable tendance à la standardisation et l'homogénéisation des pratiques par le biais de cette réforme qu'un Médecin anesthésiste illustre par ces mots : « *celui qui va faire perdre de l'argent sera stigmatisé* ». Pour l'un des Directeurs des soins « *ce n'est pas en maintenant à tout prix les blocs que l'on va sauver l'hôpital. La chirurgie est rémunératrice si elle répond à un besoin pour la population et si elle répond aux exigences de qualité* ».

Le Chirurgien du privé considère quant à lui que : « *l'erreur typique serait de sélectionner les pathologies car l'année suivante les tarifs vont changer* ». Il admet que « *ça nous oblige à mieux analyser les tableaux de bord et à trouver des marges de progrès dans nos organisations* ».

2.2.6 La gestion des écarts vis-à-vis des règles

Cette question embarrasse quelque peu les interlocuteurs.

Les Directeurs et Directeurs des soins estiment qu'il incombe au conseil de bloc opératoire d'en effectuer une gestion préliminaire selon une méthodologie précise « *identifier l'écart, établir un diagnostic, proposer des solutions, et évaluer* ». Pour les Présidents de C.M.E. : « *c'est le plus difficile, on y arrive par la persuasion et en objectivant les choses* ». Un Président de conseil de bloc rétorque : « *il n'y a pas de conseil de discipline. Il faut avant tout responsabiliser et établir des relations de confiance ... vaste entreprise !!* ». Pour l'encadrement, ceci reste une difficulté même si elles mobilisent toutes leurs ressources pour parvenir à préserver les règles.

2.2.7 La valeur ajoutée du Directeur des soins

Il ressort des entretiens que la valeur ajoutée du Directeur des soins relève avant tout de ses missions générales au sein de l'établissement. Tous les acteurs interviewés considèrent qu'il doit siéger à cette instance pour certains c'est de l'ordre de l'évidence. Les Présidents de C.M.E. attendent des Directeurs des soins qu'ils « *fassent venir des I.B.O.D.E et I.A.D.E* », mais aussi « *qu'ils recentrent, aident l'encadrement sur qui tout repose* ». L'un d'eux souligne son rôle dans l'assouplissement des règles de fonctionnement pour rendre plus attractifs ces secteurs.

Les Directeurs attribuent à celui-ci la défense des personnels para médicaux et la préservation d'un climat de sérénité. Les Présidents de conseils de bloc « *de part sa formation, il est une interface entre les soignants et les administratifs* » et de continuer au sujet de ceux qu'il appelle les administratifs « *on ne se comprend pas toujours, on le voit bien par les questions qu'ils posent parfois* ».

Les Cadres en attendent un soutien et une aide dans leur quotidien notamment pour certains dossiers portés davantage par l'encadrement (exemple : la préparation des opérés). L'implication du Directeur des soins contribue à asseoir leur légitimité. Elles disent s'appuyer sur sa vision globale de l'établissement pour obtenir des informations qu'elles souhaitent transparentes. Dans l'un des C.H.G., la présence du Directeur des soins à toutes les séances est liée à l'arrivée de ce dernier dans cet établissement.

Pour les Directeurs des soins, il est invoqué deux niveaux d'intervention. Le premier est inhérent à ses missions et lui permet d'effectuer des liens avec l'ensemble de l'hôpital, en particulier pour certaines décisions. Son rôle consiste aussi à « *maintenir et vérifier les compétences des personnels, s'assurer du respect des règles professionnelles, et des règles sécuritaires* » mais également « *vérifier la coordination des horaires avec l'activité et signaler les dysfonctionnements avec le brancardage ou autres services* ».

En dehors de son rôle d'aide ou de facilitateur, une Coordinatrice générale des soins définit un second niveau. Pour cette dernière, il est question d'une mission spécifique sur ces secteurs. Elle précise que « *le Directeur des soins doit être missionné par le Directeur Général, en tant que chef de projet via une lettre de mission. Cette mission doit reposer sur un audit préalable. Elle implique des moyens notamment financiers pour mettre en place un outil informatique, programmer de la formation...* ». Elle poursuit par ces affirmations : « *on n'est pas là pour arranger les choses au coup par coup, cela n'est pas pérenne. Il faut arrêter de jouer au pompier et se recentrer sur ce qui relève de nos missions ou alors il s'agit d'une mission déléguée avec les préalables que j'ai cités* ».

2.2.8 Synthèse

Les éléments du constat trouvent une réelle traduction sur le terrain avec néanmoins des nuances en fonction des sites. Les propos recueillis au sein du C.H.U. reflètent des difficultés amplifiées et une souffrance des acteurs du bloc opératoire. Les professionnels de ce site ne sont pas parvenus à élaborer des règles de fonctionnement consensuelles. Le conseil de bloc opératoire provisoire s'efforce de finaliser la rédaction de la charte de fonctionnement avant de former l'instance définitive.

La gestion du secteur opératoire de l'établissement privé P.S.P.H. s'apparente davantage à celle d'une P.M.E. avec une équipe de management qui met à disposition des équipes chirurgicales, des ressources qui lui sont ensuite facturées grâce à une comptabilité analytique éprouvée. Le conseil de bloc opératoire semble réactif et productif de décisions opérationnelles et perçues comme efficaces. Certains souhaiteraient qu'il le soit davantage. Il se réunit plus fréquemment que sur les autres sites étudiés, notamment pour réaménager la répartition des vacations opératoires.

Le système de pilotage, référence commune aux utilisateurs de la structure et aux gestionnaires est vécu comme un support fiable pour la réflexion l'analyse et les décisions. Les acteurs interviewés soulignent un collectif puissant au service de l'intérêt général. Il est retrouvé de fortes similitudes au niveau du C.H.G. de la région parisienne. Les Médecins rencontrés pour les besoins de l'enquête mais également l'ensemble de la communauté médicale observée lors d'un stage manifestent par leurs discours et leurs comportements un positionnement institutionnel prononcé. La jeunesse des équipes médicales pour les deux établissements et probablement une menace de fermeture ancienne pour le second peuvent être considérées comme des facteurs explicatifs.

De cette enquête menée sur le terrain, il ressort un accueil plutôt très positif de cette instance pour gérer en routine le bloc opératoire mais également pour sortir d'une situation tendue voire conflictuelle comme la vit le C.H.U.. Le conseil de bloc opératoire semble avoir « pacifié » les relations entre les acteurs et instauré un climat plus propice à une prise en charge consensuelle des patients. En outre, il convient de ne pas négliger la synergie de « l'effet accréditation » qui est venu donner plus de sens à l'action. Cette instance semble s'inscrire désormais dans une dynamique de nouvelle gouvernance à l'image des conseils de pôles. Il est probable que l'appropriation comme un outil de gouvernance procèdera de l'apprentissage.

La charte de fonctionnement, parfois intitulée règlement intérieur, existe dans tous les sites étudiés hormis le C.H.U. Dans l'un des C.H.G., elle n'est pas actualisée ni aisément disponible. Les écarts éventuels ne se régulent pas de façon explicite mais plutôt par de la persuasion. L'engagement du Président de C.M.E. et du Directeur est constant dans tous les documents examinés.

Le système d'information, issu d'une gestion informatisée du bloc opératoire, apporte une valeur ajoutée indéniable en produisant des repères fiables. L'impact de la tarification à l'activité semble limité dans les faits encore aujourd'hui même si les Médecins font preuve d'une sensibilisation. Elle consiste essentiellement à valoriser le plus justement leur activité. Seul le Chirurgien du secteur privé P.S.P.H. et le manager du bloc confirment être plus attentifs aux marges de progrès dans l'utilisation des vacations opératoires.

La place du Directeur des soins est souhaitée et reconnue en tant que facilitateur. Sa capacité à établir des liens avec l'équipe de direction mais également avec les autres services de l'établissement garantit une cohérence dans la gestion du système de soins. Les Directeurs de soins, conscients de l'enjeu que représentent ces secteurs, restent vigilants quant à la pertinence et la fiabilité des informations transmises par l'encadrement de manière à répercuter un point de vue éclairé au Directeur général le cas échéant. Pour autant, les Directeurs des soins s'accordent à positionner les secteurs opératoires dans un contexte général de gestion des activités de soins de l'hôpital, en prenant en compte les priorités déterminées par le Directeur et le conseil exécutif.

2.2.9 Analyse

À la question initiale « **les difficultés de gestion des secteurs opératoires doivent elles être régulées par les conseils de bloc ?** », plusieurs éléments de réponses émanent des investigations sur le terrain.

En premier lieu ce dispositif réglementaire a vocation à renforcer la sécurité anesthésique en regroupant les sites d'anesthésie et en favorisant la communication entre les professionnels. De plus cette instance et plus généralement l'organisation de ces secteurs font l'objet d'une vigilance toute particulière et sans concession des auditeurs de l'H.A.S. La qualité et la sécurité des soins deviennent des éléments non négociables pour la population, mais également pour le planificateur (le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation) et le financeur (l'Assurance Maladie).

Au sein des établissements, cette instance, en créant un espace de dialogue et de régulation, participe à l'équilibre des forces et apaise ainsi des relations réputées tendues et créatrices de désordre. Le conseil de bloc est probablement devenu l'autorité qui faisait tant défaut à ces secteurs. En précurseur de la nouvelle gouvernance, cette instance prend peu à peu sa place dans le paysage hospitalier.

Il reste que pour s'affirmer réellement, sa légitimité doit reposer sur les fondements que sont : une véritable délégation de gestion attribuée par le comité exécutif, des règles d'organisation et de fonctionnement formalisées et validées et un système d'information fiable produisant des données en routine. Ce trépied sur lequel s'appuie le conseil de bloc opératoire permet d'apporter des réponses aux hypothèses émises en amont de la recherche :

☞ L'examen de la première hypothèse : « **L'efficacité d'un bloc opératoire dépend majoritairement de l'organisation entre les acteurs. Ce fonctionnement doit être finalisé par des règles consensuelles écrites et validées sous forme d'une charte de bloc opératoire** » ;

Donne lieu à sa validation dans tous les cas de figure y compris pour le C.H.U. où l'absence de règles et de consensus autour de celles ci génère du dysfonctionnement. Néanmoins ces règles lorsqu'elles existent, ne sont pas toujours traduites explicitement ce qui rend leur existence plus factice. Il s'avère qu'une formalisation et une actualisation, par une charte de fonctionnement, facilitent la régulation et l'activité de l'encadrement. Il est permis de penser que dans ce cas, la valeur ajoutée du Cadre est réellement investie au profit de l'institution et de l'animation des équipes soignantes. La clarification de ces règles constitue véritablement le socle pour une projection vers l'avenir et l'élaboration de projets de bloc opératoire. Ce travail de construction, s'il est une étape de confrontation

parfois laborieuse et douloureuse, participe à l'apprentissage individuel et collectif de l'action commune.

☞ Pour la seconde hypothèse : « **L'existence de zones d'incertitude au niveau des fonctionnements et des rôles de chaque catégorie professionnelle favorise l'instauration de logiques individuelles créatrices de dysfonctionnement.**

C'est pourquoi les stratégies, les organisations, les répartitions de salles et les évaluations d'activité doivent être régulées par un conseil de bloc opératoire » ;

L'enquête sur le terrain a révélé la valeur ajoutée du conseil de bloc opératoire dans la limitation des zones d'incertitude tout en privilégiant un espace de négociation et de progression pour les acteurs et l'institution. Cette hypothèse trouve un écho très favorable dans l'établissement P.S.P.H. où le conseil de bloc opératoire régule l'activité avec un souci d'efficacité plus aiguë qu'ailleurs. Dans le C.H.U., cette instance en est à ses prémices, de ce fait la régulation n'est pas opérationnelle. Cette carence est à l'origine de discordes et de heurts entre les Médecins, mais également d'insatisfaction chez les personnels paramédicaux. Ce climat nuit inexorablement au fonctionnement global.

☞ Concernant la troisième hypothèse : « **L'implication du Directeur des Soins au niveau du conseil de bloc opératoire permet d'optimiser les fonctionnements et facilite la circulation d'Information entre le Corps Médical, les Soignants et l'équipe de Direction » ;**

Ce postulat est confirmé par tous les professionnels sondés. Ils témoignent chacun à leur manière de la valeur ajoutée du Directeur des soins en tant que facilitateur dans l'organisation par l'aide méthodologique qu'il apporte aux équipes, les liens qu'il effectue avec les différents acteurs hospitaliers et l'information qu'il fait circuler.

☞ Enfin, la quatrième hypothèse : « **Le pilotage interne d'un bloc opératoire nécessite un système d'information fiable et pertinent » ;**

Deux établissements disposent d'un système d'information jugé objectif et fiable dans la mesure où il est issu d'un progiciel de gestion des blocs opératoires. Ces systèmes produisent une multitude d'informations pas toujours utilisées dans leur totalité. La question du choix des critères ne semble pas avoir fait l'objet d'une réflexion commune claire et transparente. Pour autant les progiciels surtout s'ils présentent un interfaçage avec l'ensemble des systèmes d'informations existants, constituent une aide au pilotage et à la décision inestimable. Or, pour être crédible et légitime, selon les acteurs rencontrés, le conseil de bloc opératoire doit prendre des décisions. Seuls des indicateurs pertinents, transparents et reconnus, autoriseront leur bien fondé.

3 DES PROPOSITIONS POUR L'ACTION DU DIRECTEUR DES SOINS

Ce travail de recherche, nourri des retours d'expériences des acteurs interviewés sur le terrain, d'un parcours professionnel au sein de ces secteurs mais également d'éléments d'analyse fournis par des collègues de la promotion, suscite des pistes de travail et des propositions d'actions pour le Directeur des soins. Ces axes d'amélioration potentielle ne sauraient être considérés sans un pré requis : une validation par le Directeur de l'établissement, et quelques précautions : une analyse préalable, un diagnostic partagé du contexte et une étude de faisabilité motivant la prise en compte de tout ou partie de ces propositions.

Celles-ci tentent de répondre aux difficultés exprimées vis-à-vis du fonctionnement des blocs opératoires, en valorisant les leviers d'action imaginés par le législateur tels la charte de fonctionnement et le conseil de bloc opératoire, sujet central de l'étude. La valeur ajoutée du Directeur des soins, sujet d'intérêt de l'auteur, présidera à l'exposé de ces suggestions.

3.1 L'ORGANISATION DES BLOCS OPÉRATOIRES

3.1.1 Repenser le processus en partant du patient

Il ressort de ce travail que la prise en charge du patient au bloc opératoire correspond à une séquence de soins dans la trajectoire globale du patient. Cette notion pourtant essentielle mais trop souvent négligée occasionne des dissonances majeures dans l'organisation des soins à l'hôpital. Il est vrai que ce postulat bouscule une réalité hospitalière privilégiant une segmentation des savoirs, du patient, et un morcellement des organisations, antinomiques avec le besoin de coopération.

« L'invasion » croissante de la technologie affecte les plateaux techniques et immanquablement exigera une analyse critique des modes de coopération et de coordination des professionnels, pour remédier à certains dysfonctionnements hospitaliers.

Le patient qui revendique un statut d'utilisateur du système de santé se voit le plus souvent, contraint de s'adapter et de subir les effets du cloisonnement des acteurs de soins.

Enfin, cette organisation très verticale, si elle produit de la non qualité, génère son corollaire : des coûts cachés car non repérés et préjudiciables.

Aussi, la méthode de gestion par les processus fiabilisée dans d'autres domaines d'activité, peut être une opportunité pour le Directeur des soins d'inculquer aux équipes dont il a la charge, une culture de transversalité dans les pratiques de soins. De plus la

démarche de certification des établissements de soins menée par l'H.A.S. s'inscrit totalement dans cette approche.

Un processus peut se définir comme « un ensemble cohérent d'activités liées en vue d'atteindre un objectif commun⁴⁵ ». Il repose sur un modèle de fonctionnement et un niveau de valeur ou de résultat attendu. Ce niveau d'exigence inclut trois paramètres : le délai ou la contrainte temporelle qui circonscrit le processus, le niveau de qualité interne et externe, et l'utilité ou la pertinence des actions réalisées. Cette méthode, séquencée en trois phases, consiste à décrire en décomposant un processus cible de prise en charge, puis à en faire une analyse critique pour enfin le modéliser en tenant compte des carences observées et de la valeur ajoutée recherchée. Chaque activité du processus peut à son tour être « déconstruite », examinée et reconstruite selon le même principe.

Travail pluridisciplinaire parce qu'il concerne l'ensemble des acteurs impliqués dans le processus de soins, il favorise la concertation entre les équipes et l'expression des contraintes et exigences de chacun. Il met en évidence les points de criticité du processus pour lesquels une formalisation devient nécessaire afin d'en garantir le résultat escompté. Par expérience les zones sensibles correspondent très régulièrement aux interfaces entre les fonctions et/ou les services. Cet exercice, parce qu'il situe les soignants dans une vision organisationnelle transversale, met en cohérence les efforts des acteurs pour un niveau de prestation connu et formalisé. Ce niveau d'exigence et de cohérence trouve sa source dans le projet médical et dans le projet de soins.

Dans ce contexte, les critères de pertinence et les modalités de traçabilité des informations utiles pour chaque étape de soins, font l'objet d'une politique générale au sein de l'établissement.

Il est probable que ce concept par les avantages qu'il procure aux patients, aux soignants mais également à l'institution, conduise à l'émergence d'une nouvelle expertise ou fonction transversale (coordination des processus de soins) au service de l'amélioration continue de la qualité. Une telle prestation pourrait être offerte aux différents pôles d'activité pour garantir l'adéquation avec le projet de soins.

***L'OPTIMISER LE FONCTIONNEMENT DES BLOCS OPERATOIRES REQUIERT UN PREALABLE :
EVALUER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS HOSPITALISES POUR UN ACTE CHIRURGICAL A
L'AUNE DE LA METHODE D'ANALYSE PAR LES PROCESSUS.***

⁴⁵ CLAVERANNE J.P., PASCAL C., *Repenser les processus à l'Hôpital*. Médica Editions. Paris, 2004. 262 p.

3.1.2 Contractualiser pour mieux interagir

La méthodologie d'analyse par les processus structure les échanges en cernant davantage leur nature entre services ou fonctions. Aussi formaliser ces échanges, au niveau des interfaces, sur la base d'une approche client-fournisseur, peut avoir des vertus pour sceller des engagements et pérenniser le niveau de prestation négocié. Contractualiser à l'hôpital, c'est avant tout décloisonner, communiquer et mettre en évidence les interactions et les interdépendances des professionnels. La convention bipartite autour d'une prestation, médiatise les contraintes et exigences de chacun en leur donnant un sens. Trop souvent ce sens là fait défaut, occasionnant parfois déresponsabilisation des soignants et une perte de valeur pour le patient.

Véritable outil de travail au sein des équipes, le contrat de service doit mentionner le contenu de la prestation, le niveau attendu pour chacune d'elles, les modalités de suivi et d'évaluation de celle-ci, ainsi que l'engagement des responsables.

3.1.3 Projet de soins et projet de soins du bloc opératoire

Par expérience personnelle, les perspectives en matière d'activités chirurgicales et les répercussions sur les activités du bloc opératoire, ne figurent dans les projets d'établissement que depuis peu et de façon encore hétérogène. Si l'appartenance du personnel infirmier spécialisé à ce qui fut le service de soins infirmiers ne faisait pas de doute au regard des statuts, dans les faits, il a longtemps été singularisé (peut être s'est-il marginalisé lui-même ?). Aussi s'est-il exclu ou senti exclu du projet de soins. Pourtant celui-ci matérialise l'outil qui fédère et décline le projet d'établissement aux équipes soignantes. L'implication de l'encadrement des secteurs opératoires tout comme ceux des plateaux médico-techniques affiliés à la direction des soins depuis le décret du 19 avril 2002⁴⁶, dans la politique de la Direction des soins, par une appropriation du projet de soins et une animation de ce dernier dans les secteurs d'activité, produit de la valeur ajoutée pour les objectifs institutionnels. La maîtrise du mode de fonctionnement de ces secteurs, de leurs contraintes et exigences facilite l'aide méthodologique apportée par le Directeur des soins.

3.1.4 Une culture de l'audit comme apprentissage organisationnel

La démarche d'amélioration continue de la qualité par le biais d'audits internes et externes rencontre encore des résistances alors qu'elle constitue un levier de changement. Une charte de bloc opératoire actualisée et validée contient l'ensemble des critères pouvant faire l'objet d'une confrontation avec les pratiques. Les audits réguliers

⁴⁶ Décret n°2002-550 op. cit.

de la charte et du processus de prise en charge du patient peuvent avoir des vertus sur la performance globale de la prestation et le niveau de satisfaction des professionnels. Le diagnostic, produit de l'audit, lorsqu'il est partagé devient vecteur de progrès et source d'apprentissage collectif. Au-delà de l'expertise du processus de prise en charge, cet audit permet l'examen de l'utilisation du temps de travail des personnels quelque soit la catégorie, la synchronisation entre l'activité et les ressources, la gestion des flux de patients (programmés et en urgence), l'adéquation avec les procédures qualité etc....

Le management des évènements indésirables liés à la prise en charge de l'opéré constitue également un axe potentiel d'amélioration dans le cadre de la gestion des interfaces et d'une prise en charge coordonnée des patients de chirurgie.

Dans le cas d'audits internes, l'implication de professionnels ciblés du bloc opératoire, sous réserve d'une clarification des objectifs et du déroulement précis de la procédure, peut être facteur d'implication et d'appropriation d'une culture de l'audit. Dans ce cas, l'encadrement habilité à conduire une telle démarche, devient personne ressource pour les personnels.

3.1.5 Une gestion spécifique des ressources rares

3.1.5.1. Une politique de recrutement et de fidélisation

Les données de démographie actuelles et les perspectives dans les années futures mettent en lumière des difficultés accrues qui vont accentuer la rareté du temps médical. Cette certitude contraint à imaginer les organisations de travail en intégrant ce paramètre. Le transfert de compétences proposé dans le rapport d'Yvon Berland⁴⁷ permettra d'envisager des solutions notables et impulsera probablement une dynamique nouvelle chez les Infirmières spécialisées. En effet, il existe actuellement un certain nombre d'actes qui pourraient être délégués aux I.B.O.D.E. dès lors que la réglementation le permettra et que la formation s'organisera. La forte concurrence entre les établissements, la part croissante de la tarification à l'activité et la démographie non favorable des Infirmières spécialisées justifient une politique de recrutement et de fidélisation des ressources rares.

Outre les campagnes de publicité diverses sur les postes, la politique de recrutement s'appuie sur une démarche contractuelle entre le postulant et le Directeur des soins au cours d'un entretien formel. Cet entretien institutionnel resitue la place du bloc opératoire dans le projet de soin et le processus global de prise en charge du patient. Il a également pour objectif de présenter la politique de formation, les possibilités de

⁴⁷ BERLAND Y. « coopérations des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences ». octobre 2003

mobilité et de promotion à l'intérieur de l'établissement. Les lignes directrices de la politique de gestion des ressources humaines dans les blocs opératoires sont esquissées et contextualisées au regard du projet social animé par le Directeur des ressources humaines. La coordination entre le Directeur des soins et le Directeur des ressources humaines pour le circuit des courriers de candidatures et leur traitement jusqu'à la procédure de recrutement constitue un axe de travail et de formalisation prioritaire.

L'entretien professionnel avec l'encadrement supérieur et l'encadrement de proximité du secteur concerné, précisera les contours de l'organisation du travail, la politique d'intégration à l'intérieur du secteur et l'organisation du parcours qualifiant au sein du bloc opératoire. L'entretien professionnel se fonde également sur la charte de fonctionnement et d'organisation du bloc opératoire qui fait l'objet d'une présentation. De même que le Directeur des soins effectue un entretien préalable pour les candidatures, il semble utile de consacrer un « entretien de départ » afin d'en cerner les motivations. Cette pratique permet d'apprécier la politique de gestion des ressources humaines ou d'en déceler des marges de progrès sans pour autant céder au « dumping social ».

3.1.5.2. S'appuyer sur la G.P.E.M.C.

Le vieillissement annoncé de ces catégories de personnels implique fortement le Directeur des ressources humaines et le Directeur des soins dans une Gestion Prévisionnelle des Emplois Métiers et Compétences afin d'établir des tableaux de bord prospectifs qui pourront nourrir la réflexion du conseil de bloc opératoire.

L'analyse des données peut mettre en évidence des difficultés à maintenir, sur des postes jugés pénibles, des Infirmières spécialisées au-delà d'un certain âge. Se pose ou se posera la question d'une mobilité, d'un changement de fonction ou d'un nouveau métier qu'il convient d'anticiper en terme de propositions. Des investigations sur les possibilités d'amélioration des conditions de travail, en lien avec d'autres Directions (travaux, achats d'équipement, formation), peuvent aboutir à des solutions susceptibles de faciliter l'ergonomie de certaines activités.

3.1.5.3. Professionnaliser les infirmières

Contrairement aux I.A.D.E., la fonction d'I.B.O.D.E. ne relève pas d'une exclusivité de fonction. Pour autant la professionnalisation de ces métiers produit de la valeur ajoutée finale en élevant le niveau de compétence de ces Infirmières.

La prochaine validation des acquis de l'expérience va donner lieu à de nouvelles possibilités de promotion qu'il convient d'ores et déjà d'intégrer.

Par ailleurs la technicisation croissante de la chirurgie, nécessite une véritable stratégie d'implantation des nouveaux équipements afin d'anticiper les changements au lieu de les subir. Cette politique basée sur l'implication de l'encadrement dans les critères

de choix des équipements et la stratégie de formation des personnels, diminue le stress des équipes, facteur de conflits.

Il est probable que l'implantation massive de la technologie, notamment la robotique, légitime la mise en place d'une accréditation au maniement de certains appareils tel un « passeport ». Des centres de simulations pourraient organiser un tel dispositif.

3.1.6 Accompagner l'encadrement

La politique de la Direction des soins, dans sa mise en œuvre, s'appuie essentiellement sur l'encadrement, qui en la démultipliant joue le rôle de catalyseur au sein des secteurs de soins. Dans le même temps, en évoquant leurs difficultés ou propositions, les Cadres assurent leur rôle de lieu de feed back et de relais d'information. Cette interactivité dans les relations entre le Directeur des soins et l'encadrement indispensable au fonctionnement de l'institution, demande de la part du Directeur des soins, la création d'un circuit de confiance avec l'encadrement.

Celui-ci s'instaure par la part d'autonomie et d'initiatives laissée à l'encadrement et le respect des engagements pris dans le cadre d'une contractualisation des missions.

La confiance résulte de la pertinence et de la transparence des informations fournies par le Directeur des soins. En effet pour donner du sens au travail des Cadres, la contextualisation de l'information s'avère indispensable à la compréhension et à l'action. La stratégie managériale du Directeur des soins s'exprime à travers son rôle d'accompagnant et de conseil mais également sa capacité à organiser une veille dans différents domaines (managérial et organisationnel mais surtout méthodologique) pour le répercuter les cas échéant aux Cadres.

La professionnalisation des Cadres reste un axe de travail majeur d'étude pour le Directeur des soins qui doit encourager l'approche « benchmarking » et le partage d'expériences, propice à une dynamisation des acteurs et de l'organisation. La professionnalisation consiste avant tout à rendre accessibles les outils pour mener leurs projets professionnels, pour innover dans leurs structures et maîtriser les projets qu'ils ou elles pilotent. Une telle stratégie s'inscrit dans la politique institutionnelle de l'établissement.

3.1.7 La satisfaction de l'utilisateur : un levier d'action

La satisfaction de l'utilisateur représente un autre levier d'amélioration continue de la qualité. Il est parfois regrettable, lorsque les questionnaires de sortie des patients hospitalisés font l'objet d'un traitement et d'une restitution régulière aux professionnels, que les résultats et notamment les commentaires ne parviennent que très rarement aux acteurs du bloc opératoire. Des retours d'information sur l'appréciation ou les

récriminations relatives aux circuits de prise en charge de l'opéré les sensibiliserait probablement davantage à la notion de processus même si les propos ne concernent pas directement la séquence propre au bloc opératoire. Trop souvent les soignants de ce secteur invoquent abusivement le primat du bloc opératoire sur toutes les autres activités, faisant fi du patient et de sa trajectoire de soins.

La trop grande standardisation des questionnaires de sortie et l'absence d'espace d'expression formalisé pour une prise en charge chirurgicale dénotent une carence dans notre système d'évaluation. Cette remarque se révèle d'autant plus dommageable dans les établissements de type M.C.O. Par expérience personnelle, la valorisation de la perception du patient auprès des équipes de soins se révèle être un puissant vecteur de sensibilisation et de mobilisation.

En dehors des questionnaires de sortie, la mesure de la satisfaction des patients est appréciable par le biais de courriers parfois adressé au Directeur, au Médecin Chef de service ou à la direction concernée, mais également par une communication écrite ou orale au sein de la cellule ou maison des usagers. La lecture de certaines transmissions infirmières, notamment lors de déprogrammations d'intervention ou de retard dans la prise en charge peut fournir des informations utiles pour une prise en charge ultérieure plus adaptée.

Dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, il devient indispensable d'associer l'encadrement et le conseil de bloc opératoire à la rétro information des données collectées. Il appartient à l'encadrement d'en faire une analyse et une présentation argumentée en conseil de bloc opératoire et aux équipes soignantes.

Depuis la loi du 4 mars 2002⁴⁸, la place des usagers au sein d'instances telles le conseil d'administration ou le comité de lutte contre les infections nosocomiales devient chose commune. Leur participation voire leur implication à un conseil de bloc opératoire sur des thématiques telles : la gestion de l'information lors de déprogrammations ou la restitution d'analyse annuelle de questionnaires de sortie et courriers de patients, peut concourir à renforcer la politique qualité de ces secteurs.

3.2 LE CONSEIL DE BLOC OPÉRATOIRE

3.2.1 Une structuration plus efficiente

Les multiples entretiens réalisés sur le terrain ont mis en évidence des structurations hétérogènes du conseil de bloc opératoire. Le législateur a conçu cette instance à minima, mais en réalité, et sans trahir l'esprit du règlement, le découpage

⁴⁸ Loi n° 2002-303 op. cit.

instauré notamment dans l'un des C.G.H. se révèle plus efficace. Avec une organisation en trois strates, cette instance gagne en réactivité. Dans ce cas de figure, l'appellation « conseil de bloc opératoire » regroupe trois entités, distinctes dans leurs missions et leurs compositions :

☞ **Le conseil plénier :**

Il comprend généralement le Président de C.M.E., le Directeur et/ou son représentant dont le Directeur des soins, le Président du conseil assisté du ou des vices présidents, un Chirurgien représentant chaque spécialité chirurgicale, un ou plusieurs Médecins anesthésistes, le Président du C.L.I.N., l'Encadrement supérieur et de proximité (I.A.D.E. et I.B.O.D.E.), un représentant élu de chaque catégorie professionnelle exerçant au bloc opératoire et d'autres personnes si besoin ou en fonction de l'ordre du jour (représentant des usagers, Directeur des ressources humaines, des finances...). On comprend aisément que dans une telle configuration, il ne peut être question que d'une réunion purement informative.

Le conseil plénier élit le Président et le vice(s) président(s) et doit délibérer sur la charte avant sa validation par le Président de C.M.E. et la signature finale.

Les réunions de conseil plénier sont destinées à la présentation des bilans annuels (gestion des ressources humaines, bilan des accidents exposants au sang, bilan d'activité, taux de reprises opératoires, bilan financier, taux d'occupation du bloc opératoire et marges de progrès...), et projets avenir (perspectives de recrutements, d'activité, programme d'action en matière de recrutement....).

☞ **Le bureau du conseil de bloc opératoire :**

Il représente la cellule stratégique et opérationnelle de l'instance. Le Président de C.M.E., le Directeur et/ou son représentant et le Directeur des soins en sont membres. Il est animé par le Président du conseil de bloc opératoire, assisté du ou des vices Présidents, d'un Médecin anesthésiste s'il n'est pas compris dans les précédents, de l'Encadrement supérieur et en général d'un ou deux représentants de l'encadrement de proximité. Le bureau se voit confier les prérogatives nécessaires à l'organisation et au fonctionnement des secteurs. Il définit les orientations stratégiques et arbitre lors de conflits. Il s'appuie pour cela sur la charte de fonctionnement, qu'il est chargé d'actualiser le cas échéant.

Il se réunit au minimum une fois par trimestre et établit un compte rendu de séance transmis à l'ensemble des membres du conseil plénier.

➔ **Le bureau de régulation :**

Il est chargé de faire appliquer la charte au quotidien et de faire remonter les dysfonctionnements et les informations pertinentes au bureau du conseil de bloc opératoire. Il orchestre les flux de patients sur la base des règles prédéfinies et veille au bon déroulement de l'activité.

Les blocs opératoires devenant, selon plusieurs interlocuteurs, des P.M.E., l'adjonction d'un secrétariat soulage l'encadrement de tâches administratives intenses et apporte une véritable valeur ajoutée au fonctionnement global en lui permettant un recentrage sur le cœur de métier.

Les Cadres interviewés durant l'enquête ont manifesté un réel intérêt pour cette instance qu'elles accueillent comme une « alliée ». De concert avec les Infirmières spécialisées, elles en reconnaissent les bienfaits sur les conditions de travail et l'ambiance générale. Pour autant, des marges de progrès subsistent encore pour qu'elle devienne un réel instrument de gouvernance. Le conseil exécutif en dotant le Président du conseil de bloc opératoire d'une véritable autorité déléguée, tout comme les coordonnateurs de pôles, impulsera probablement un mouvement supplémentaire vers une appropriation de l'outil.

3.2.2 Un système d'information en support du pilotage de la structure

Un progiciel de gestion des blocs opératoires potentialise l'action du conseil de bloc opératoire et le pilotage de l'organisation. Dès lors que le cahier des charges fait l'objet d'un consensus et que le paramétrage du progiciel est maîtrisé, le progiciel produit des tableaux de bord en temps réel. La transparence et la fiabilité des informations produites alimente la réflexion de cette instance et donne une crédibilité à son action.

Les investigations sur le terrain et l'expérience personnelle orientent les choix des critères à privilégier : le taux d'occupation des salles d'opération par secteur d'activité et éventuellement par opérateur, l'ensemble des critères permettant d'apprécier la synchronisation entre la présence des personnels et l'activité, les taux de déprogrammations de patients, les taux de reprises opératoires etc... Il est à noter que l'analyse d'une situation, réalisée en première instance par le bureau du conseil de bloc opératoire, nécessite le plus souvent le croisement de plusieurs critères. Une communication explicite sur les indicateurs prépondérants dans le choix de certaines décisions (par exemple : règles de réévaluation des vacances opératoires) doit figurer dans la charte de fonctionnement.

3.3 LA CHARTE POUR POTENTIALISER L'ACTION DU CONSEIL DE BLOC OPÉRATOIRE

Le cadre conceptuel et l'enquête sur le terrain ont souligné et affirmé l'impact de règles formalisées et consensuelles sur le fonctionnement global et la valeur finale générée par l'organisation. Ce point retient particulièrement l'attention de l'auteur convaincu des vertus pédagogiques d'un apprentissage collectif des règles.

L'examen minutieux et le management des événements indésirables favorisent l'innovation et l'intériorisation de normes édictées par les acteurs et transcrites dans la charte du bloc opératoire.

« Très souvent, c'est autour de la question du temps que naissent des dissensions voire les affrontements⁴⁹ ». Sans noyer l'essentiel, en déterminant un cadre de référence pour certains délais, la charte de fonctionnement contribue à apaiser le climat et à donner du sens aux activités des soignants.

La seconde difficulté invoquée notamment par l'encadrement et les infirmiers concerne la gestion des activités non programmées. Cet aspect de l'organisation, lorsqu'il n'est pas clarifié devient source de dysfonctionnements et de tracas pour les gestionnaires, du fait d'un conflit d'intérêt potentiel entre les activités programmées et d'urgence. La gestion des activités d'urgence ou non programmées doit être clairement organisée en fonction des niveaux de prise en charge (urgence absolue, urgence différée) et ce d'autant plus qu'il incombe à l'établissement de répondre à ses missions de service public. La fréquence de cette activité doit encourager la codification de ce circuit dans un souci sécuritaire pour les patients.

La définition des rôles et missions, notamment des membres du bureau du conseil de bloc opératoire et du bureau de régulation, facilitent la coordination des professionnels et la circulation de l'information qui reste fréquemment un point névralgique de l'organisation.

⁴⁹ POUCHELLE M.C., « *ici, on ne fait pas de cadeau, partages du temps et don de soi à l'hôpital* ». Ethnologie française, XXVIII, 4, 1998, pp. 540-550

CONCLUSION

Les blocs opératoires ont été longtemps de véritables « boîtes noires » au cœur de l'hôpital. Services fermés s'il en est, ne correspondant souvent qu'à une extension des services de chirurgie, ils représentaient des lieux secrets où s'exerçait la magie d'un art mélangeant le savoir et la précision technique. Historiquement terres de pouvoir de Chirurgiens mandarins, ces secteurs traversent des temps difficiles où les évolutions dépendent de la raréfaction des moyens plus que des connaissances ou des compétences.

En plus de ces difficultés au niveau de la gestion des ressources humaines, de nombreux changements de type économique et sécuritaire obligent à des restructurations, des réorganisations, des révolutions... transformant de force ces unités en véritables prestataires de service répondant à des normes transparentes d'efficacité voire de rentabilité concurrentielle. La multiplication de contraintes drastiques, l'approche comptable, l'obligation d'une qualité maximale, modifient l'ensemble des règles organisationnelles qui régissaient ces donjons imprenables.

Toutefois, même s'ils apparaissent comme des hauts lieux de technicité et de spécialisation, ces enceintes restent des espaces profondément humains où l'homme travaille sur l'homme et avec l'homme. Ces constats simples rendent indispensable une coopération majeure entre l'ensemble des acteurs, quels que soient leur rôle, leur fonction, leur grade ou leur formation. Comme le souligne la devise de l'un de nos voisins européens, « l'Union fait la force ». Il est indispensable de coordonner les spécificités afin de créer de véritables synergies au service des patients consommateurs actifs et, par là même, des intérêts de l'hôpital public.

Afin de pérenniser les organisations, il faut se contraindre à en édicter les règles répartissant les rôles de chacun et définissant les multiples indicateurs permettant la mise en place de fonctionnements optimisés. Il ne s'agit nullement de contraindre mais simplement d'analyser l'ensemble des problématiques rencontrées, de leur apporter des réponses systématiques et structurées et de disposer de critères d'évaluation pertinents permettant une évolution concertée.

Ce cadre interne peut alors être considéré comme un véritable règlement intérieur garantissant la stabilité et la fiabilité au sein de ce service spécifique.

D'autre part, à cet ensemble de règle, il apparaît opportun d'ajouter un espace de concertation, de circulation d'information, d'évaluation et de décision concertées. A cet

effet, le législateur a proposé la création des Conseils de bloc opératoire permettant de structurer la richesse et la pluralité des échanges. De nombreuses formes d'applications ont pu être constatées sur le terrain, du conseil plénier au conseil restreint, mais le dénominateur commun entre les divers choix rencontrés reste la possibilité d'analyses et de décisions concertées entre les représentants de chaque corps de métier intervenant. Les niveaux de discussions sont multiples, de la réponse au quotidien à la stratégie générale d'évolution ... de l'accès aux salles en fonction des temps réel d'occupation à la justification de personnel ou de matériel supplémentaire. La réduction des moyens oblige à des choix difficiles mais réfléchis, centrés non sur l'intérêt d'un service ou d'une spécialité mais bien sur l'intérêt collectif d'une institution.

Au regard du durcissement de la situation environnementale en terme de concurrence, de moyens ou de besoins, cet instance revêt un intérêt majeur dans les équilibres institutionnels où l'activité chirurgicale reste l'un des piliers principaux, tant en en terme de reconnaissance qu'en terme de rentabilité.

Enfin, le positionnement impliqué du Directeur des Soins semble être un réel point positif. Il peut garantir la qualité des soins en accord avec le texte définissant sa fonction, en aidant à la mise en adéquation des besoins humains et matériels. A la croisée des logiques soignantes et administratives, il peut être l'interlocuteur privilégié du corps médical en veillant aux divers équilibres individuels et collectifs, dans le souci du maintien d'une cohérence d'ensemble au niveau institutionnel. Facilitateur privilégié, il mettra son expertise au service du conseil de bloc opératoire afin d'en clarifier les concepts et d'aider aux échanges constructifs basés sur des informations fiables et transparentes.

Véritable cœur de nombreux hôpitaux publics, le bloc opératoire doit garantir sa survie dans les remous actuels, tant internes qu'externes. Sa présence est impérative pour assurer le maintien d'une activité diversifiée et de haut niveau, véritable réponse aux besoins d'une population ou d'un territoire. Cette exigence lui impose de devenir un outil de progrès, prestataire au service des autres unités, véritable maillon fort d'une organisation structurée et efficiente. Sa sérénité ne peut souffrir d'éternels jeux de pouvoirs entre les multiples composantes administratives, médicales et soignantes ...

L'ensemble des outils mis en place doit démontrer la richesse de nouveaux modes managériaux basés sur l'écoute, la discussion et la concertation, en pleine connaissance des problèmes et opportunités. Chaque acteur du monde hospitalier doit apporter ses compétences, ses analyses, ses projets, ses espoirs, ses limites .., et accepter des consensus et des compromis dans un équilibre gagnant/gagnant comme le décrit Michel CROZIER dans la théorie des jeux. Nous sommes aux portes de la nouvelle gouvernance

où l'implication individuelle est mise au service du collectif. Chacun est libre de choisir ses stratégies d'évolution ou de progrès, mais gare aux décideurs qui privilégieront des options malheureuses dans la répartition des moyens. La décision finale est certes importante mais les processus de décisions devront représenter des souhaits portés par l'ensemble des composantes hospitalières en fonction des opportunités réelles :

**« Mieux vaut la décision d'une petite équipe solidaire
que celle d'un grand génie solitaire ».**

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1994. - 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

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. - Arrêté du 15 OCTOBRE 2004 portant création du conseil national de la chirurgie. *Journal officiel de la République Française*, 30 octobre 2004

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. - Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5/2004/21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé (objectifs, critères et organisation du signalement)

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2000. - Circulaire N° DH/FH/2000/264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1999. - Circulaire N° DGS/SP1-SQ/DH/EO-AF/99/627 du 16 novembre 1999 relative à la campagne budgétaire pour 2000 des établissements sanitaires financés par dotation globale.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1998. - Circulaire N° DGS/SP1-SQ/DH/EO-AF/98/674 du 17 novembre 1998 relative aux priorités de santé publique à prendre en compte pour l'allocation de ressources aux établissements de santé pour 1999.

OUVRAGES

BINST M. *Du mandarin au manager hospitalier.* Paris : L'Harmattan, 1990. 267p

CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système.* Paris : Editions du Seuil, 1977. 493p

FRIEDBERG E. *Le pouvoir et la règle, dynamiques de l'action organisée.* Paris : Editions du Seuil, 1993. 405 p.

MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations.* Paris : Editions d'Organisation, 1982. 434 p.

REYNAUD J. D. *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale.* Paris : Armand Collin, 3ème édition, 1997. 397 p.

AMOUROUS C. *Que faire de l'hôpital.* Paris : L'Harmattan 2004. 369 p.

MEMOIRES :

PHAM M.C. La prise en charge du patient à l'hôpital : mieux gérer la complexité de la coordination des acteurs. Mémoire ENSP, 2002, 150 p.

ARTICLES :

PENEFF J. « *Le travail du Chirurgien : les opérations à cœur ouvert* » Sociologie du travail n° 3/97, pp. 297-319

COURIC P. « *agressivité et harcèlement moral : éléments de connaissances générales* » Inter Bloc. Tome XXII, n° 2, juin 2003

BARRESI V., NOUSSEBAUM G. « *Chirurgiens : autopsie d'une crise annoncée* » Décision Santé. n°207, Septembre 2004

NATHAN G. « *le bloc opératoire au sein du projet médical* » Revue Hospitalière de France. N° 1, janvier-février 1999

CARLET J. « *le bloc opératoire et les infections nosocomiales* » Revue Hospitalière de France. N° 1, janvier-février 1999

RAYMOND C. « *organisation d'un bloc opératoire* » Revue Hospitalière de France. N° 1, janvier-février 1999

MONTESINOS A. « *agressivité, violence et conflit au bloc opératoire* » Gestion hospitalière. N° 352, Janvier 1996

CHAABANE S., GUINET A., SMOLSKI N., GUIRAUD M., LUQUET B., MARCON E., VIALE J. P. « *la gestion industrielle et la gestion des blocs opératoires* » Annales françaises d'Anesthésie et de Réanimation 22 (2003) 904-908

DUMONT J. P. « *santé : où sont tes pouvoirs ? Les conflits de pouvoir à l'hôpital* ». Sève. Hiver 2003

RAPPORTS :

BERLAND Y. « *coopérations des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences* ». Octobre 2003, 57 p

Pr. DOMERGUE J., Pr. GUIDICELLI H. « *la chirurgie française en 2003 les raisons de la crise et les propositions* ». Février 2003, 56 p

CANIARD E. « *la place des usagers dans le système de santé ; rapport et propositions* ». 2000, 61 p

ÉTUDES DU MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE :

LE LAN R. « *les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail* ». Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (D.R.E.E.S.) N° 373, février 2005

BESSIERE S., BREUIL-GENIER P., DARRINE S. « *la démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national* ». Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (D.R.E.E.S.) N° 352, novembre 2004

BESSIERE S., BREUIL-GENIER P., DARRINE S. « *la démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections* ». Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (D.R.E.E.S.) N° 353, novembre 2004

Liste des annexes

ANNEXE 1 : GRILLES D'ENTRETIENS

1-1: Directeur d'hôpital, Président de C.M.E. et Médecins

1-2: Directeur des soins

1-3: Cadre de santé (Cadre supérieur de santé et Cadre de proximité) et
Infirmières spécialisées

ANNEXE 2 : CIRCULAIRE du 17 novembre 1998, relative aux priorités de santé publique à prendre en compte pour l'allocation de ressources aux établissements de santé pour 1999. (*Extrait*)

ANNEXE 3 : CIRCULAIRE du 19 mai 2000, relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé

ANNEXE 1-1

Grille d'entretien : Directeurs et Médecins

- 1 ➡ Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lors votre activité chirurgicale ?
- 2 ➡ Comment se régulent elles ?
- 3 ➡ Quel est le rôle du conseil de bloc opératoire dans votre établissement ?
- 4 ➡ êtes vous satisfait de son fonctionnement ?
 - *Si oui, pourquoi ?*
 - *Si non pourquoi ?*
 - *Depuis quand est il mis en place ?*
 - *Comment est structuré (composition, fonctionnement, élaboration de l'ordre du jour, secrétariat, communication....)*
- 5 ➡ Selon vous à quoi sert cette instance ?
 - *Quels sont les thèmes que vous abordez ?*
- 6 ➡ Quels indicateurs avez-vous retenus pour apprécier la qualité du fonctionnement du bloc opératoire ?
 - *En êtes vous satisfait ?*
 - *Si non quels indicateurs vous paraissent pertinents à retenir ?*
- 7 ➡ Avez-vous rédigé une charte de fonctionnement ou un règlement intérieur ?
 - *Est elle validée ?*
 - *Qui valide la charte ?*
 - *Est elle actualisée, à quelle fréquence ?*
- 8 ➡ Comment gérez vous les écarts répétés quand ils existent ? Ou selon vous comment devrait on gérer les écarts répétés ?
- 9 ➡ Pensez vous que la mise en place d'une tarification à l'activité modifie les comportements des acteurs du bloc opératoire ou au sein de l'institution ?
- 10 ➡ Est ce que le directeur des soins assiste aux séances de conseil de bloc opératoire ?
 - *Pensez vous que sa présence est nécessaire ?*
 - *Pour quelles raisons ?*
- 11 ➡ Quelles sont vos attentes vis-à-vis du directeur des soins dans le cadre du fonctionnement du bloc opératoire
- 12 ➡ Ce guide d'entretien vous paraît il complet, ou y a-t-il des aspects que j'aurais oublié ?

Je vous remercie de votre disponibilité et de l'éclairage que vous m'avez apporté

ANNEXE 1-2

Grille d'entretien : Directeur des soins

FICHE D'IDENTITE

C.H.U.

C.H.R.

C.H.

Coordonnateur général des soins

Directeur des soins

- Nombre de lits :
- Ancienneté dans la fonction
- Ancienneté dans l'établissement
- Nombre de blocs opératoires
- Nombre de salles d'opération
- Nombre de disciplines chirurgicales
- Effectifs de référence / effectifs réels (Cadres, I.B.O.D.E./I.D.E., I.A.D.E.)

1 ➡ Pourriez vous me parler des blocs opératoires

2 ➡ quels sont les principales difficultés sur ces secteurs, si vous en avez ?

3 ➡ Avez-vous noté une évolution dans les problématiques des blocs depuis ces dernières années ?

- *Si oui laquelle ou lesquelles ?*
- *Comment vous l'expliquez vous ?*

4 ➡ Existe-t-il un conseil de bloc opératoire dans votre établissement ?

- Depuis combien de temps ?
- Qu'est ce qui a justifié sa mise en place ?
- -Comment est il organisé ?
- Comment fonctionne t- il ?
- Y assistez vous ? (niveau d'intervention, et d'intervention, rôle)
- Etes vous satisfait de son fonctionnement ?
- Quelle est selon vous, l'impact du conseil de bloc dans l'organisation et le fonctionnement du bloc, quelle est sa valeur ajoutée ?
- Selon vous, les acteurs se sont ils appropriés cet outil ?

5 ➡ Disposez vous d'une charte de fonctionnement pour le bloc opératoire ?

- Pouvez vous me parler m'en parler ? (méthodologie d'élaboration, contenu...)

6 ➡ quel est le rôle du DS dans la régulation du bloc opératoire ?

7 ➡ quelles sont les compétences sur lesquelles, le DS peut s'appuyer ?

8 ➡ Vous rendez fréquemment au bloc opératoire ?

9 ➡ Comment sont vécues vos visites, quel ressenti en avez-vous ?

10 ➡ Disposez vous d'un logiciel de gestion informatisée ?

- En êtes vous satisfait ? Pourquoi ?

11 ➡ Nous arrivons au terme de l'entretien, y a-t-il des points que je n'aurai pas abordé et qui vous semblent importants à préciser ?

Je vous remercie de votre patience et vos informations

ANNEXE 1-3

Grille d'entretien : Cadre supérieur de santé et Cadre de proximité et infirmières spécialisées

FICHE D'IDENTITE

C.H.U.

C.H.R.

C.H.

Cadre supérieur de santé

Cadre de proximité

- Nombre de lits :
- Ancienneté dans la fonction
- Ancienneté dans l'établissement
- Nombre de blocs opératoires
- Nombre de salles d'opération
- Nombre de disciplines chirurgicales
- Effectifs de référence / effectifs réels (Cadres, I.B.O.D.E./I.D.E., I.A.D.E.)

1 ➡ Parlez moi de votre fonction dans cet établissement ?

2 ➡ Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez ?

3 ➡ Comment parvenez à régler vos difficultés ?

4 ➡ Auprès de qui trouvez vous de l'aide ?

5 ➡ Existe-t-il une charte de fonctionnement du bloc opératoire ?

- Est elle validée ? depuis quand ? par qui ?
- Est elle disponible ? accessible ? mode de diffusion ?
- Est elle actualisée ? à quelle fréquence ? à quelle occasion est réactualisée? A l'initiative de qui?
- Est elle utile ? Pourquoi ? (respect des règles de fonctionnement émises)
- Comment se gèrent les dysfonctionnements ?

6 ➡ Avez-vous mis en place un conseil de bloc opératoire ?

- Pouvez vous me parler de son fonctionnement (composition, participation, organisation, rythme des réunions,
- Qui intervient dans élaboration de l'ordre du jour ?
- Qui assure le secrétariat ?
- Comment vos équipes sont elles informées de l'ordre du jour et des comptes rendu ?
- Etes vous satisfaites de son fonctionnement ? Pourquoi ?

7 ➡ Disposez vous d'une gestion informatisée du bloc opératoire ?

- Pouvez vous m'en parler ?
- Quelle pour vous la valeur ajoutée d'une gestion informatisée ?
- Quels sont les indicateurs que vous utilisez le plus fréquemment ?

8 ➡ Est que le directeur des soins assiste au conseil de bloc opératoire ?

- Sa présence vous paraît elle utile ? Pourquoi ?
- Lui arrive t-il de venir au bloc opératoire ?
- Comment s'implique t-il au niveau du conseil de BO et bloc opératoire en général (préparation des séances avec encadrement....)

10 ➡ Nous arrivons au terme de l'entretien, y a-t-il des points que je n'aurai pas abordé et qui vous semblent importants à préciser ?

Je vous remercie de votre patience et vos informations

ANNEXE 2

CIRCULAIRE N° DGS/SP1-SQ/DH/EO-AF/98/674 du 17 novembre 1998

Relative aux priorités de santé publique à prendre en compte pour l'allocation de ressources aux établissements de santé pour 1999.

EXTRAIT

Résumé : La présente circulaire fixe les priorités en matière de santé publique et d'organisation des soins à prendre en compte, dans le cadre de la préparation de la campagne budgétaire pour 1999 des établissements de santé financés par dotation globale.

L'allocation de ressources aux établissements de santé doit se faire en tenant compte, d'une part, des objectifs de la politique de santé publique définie par le Gouvernement, nourrie des travaux des conférences nationale et régionales de santé et du Haut Comité de la santé publique et, d'autre part, des priorités gouvernementales en matière d'organisation des soins hospitaliers.

Au moment où vous engagez la préparation de la campagne budgétaire 1999, la présente instruction fixe pour chacun de ces deux domaines les objectifs qui devront guider votre action, et en particulier vous permettre de répartir les ressources entre les établissements dès réception de la circulaire budgétaire qui vous parviendra à brève échéance.

1 - Les priorités de santé publique pour 1999

La campagne budgétaire 1999 des établissements de santé doit être l'occasion de poursuivre les actions engagées en 1998 entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé pour la prise en compte des priorités de santé publique.

Il appartient au directeur régional des affaires sanitaires et sociales, en sa qualité de secrétaire du comité permanent de la conférence régionale de santé et de vice-président de la commission exécutive de l'agence, d'assurer le lien entre les travaux de la conférence et la politique définie et mise en oeuvre par l'agence régionale de l'hospitalisation.

1.2 - Les priorités nationales de santé

La conférence nationale de santé (CNS) a identifié en 1996 dix priorités qui ont été adoptées par le Parlement à l'occasion du vote de la loi de financement de la sécurité sociale (10 priorités d'égale importance : 1. Donner des moyens à la promotion de la santé et à son évaluation. 2. Coordonner les actions en faveur de l'enfance pour mieux en assurer la continuité. 3. Renforcer immédiatement les actions et les programmes de prévention éducation visant à éviter la dépendance chez l'adolescent (alcool, drogue, tabac, médicaments psychotropes). 4. Maintenir en milieu de vie ordinaire les personnes âgées dépendantes qui en font librement le choix. 5. Améliorer les performances du système de lutte contre le cancer et le décroiser. 6. Prévenir les suicides. 7. Obtenir plus d'informations sur les morts accidentelles (hors accidents de la route et du travail). 8. Réduire l'incidence des accidents iatrogènes évitables, médicamenteux ou non

médicamenteux. 9. Garantir à tous l'accès à des soins de qualité. 10. Réduire les inégalités intra et interrégionales face à la santé.). En 1997 et 1998, elle a approfondi plusieurs d'entre elles dont certaines concernent directement l'hôpital :

- la prévention et la promotion de la santé de l'enfant et de l'adolescent ;
- la prévention, le dépistage et la prise en charge du cancer et du diabète ;
- les affections iatrogènes et les infections nosocomiales ;
- les inégalités inter et intra-régionales de santé.

2.1 - Sécurité sanitaire

2.1.1 Sécurité sanitaire et conditions techniques de fonctionnement

La délivrance de soins répondant aux impératifs de sécurité est un objectif permanent et prioritaire. L'édiction de règles juridiques relatives aux conditions techniques de fonctionnement, prévues par la loi hospitalière, s'inscrit dans cette perspective. Vous devez veiller à leur mise en oeuvre et à leur respect par les établissements.

Satisfaire à des conditions techniques de fonctionnement constitue une des trois obligations cumulatives que doit respecter un projet pour pouvoir obtenir une autorisation, en application de l'article L. 712-9 du code de la santé publique. Une fois l'autorisation obtenue, l'établissement de santé doit continuer à respecter ces conditions techniques, eussent-elles évolué entre temps, sauf à s'exposer à une suspension, voire à un retrait d'autorisation, en application de l'article L. 712-18-2° du dit code.

Des conditions techniques de fonctionnement peuvent, par ailleurs, être énoncées dans des domaines non directement soumis au régime des autorisations. Tel est le cas des articles D. 712-40 à D. 712-51 relatifs à la sécurité anesthésique. L'annexe I rappelle les principaux textes réglementaires parus au cours des dernières années relatifs à des conditions techniques de fonctionnement. Par ailleurs, sont régulièrement diffusées des instructions relatives à la sécurité générale des établissements comme cela a été récemment fait pour la sécurité électrique.

L'ensemble des règles énoncées au titre des conditions techniques de fonctionnement s'impose donc aux établissements de santé. Il vous appartient, en liaison avec le préfet, de veiller à leur strict respect dans le cadre de plans de contrôle concertés.

Il apparaît aujourd'hui essentiel qu'à l'occasion de la publication de tout nouveau texte réglementaire dans le domaine de la sécurité sanitaire, deux démarches soient conduites : l'une portant sur l'organisation géographique, (par exemple, par l'élaboration ou la révision d'un volet du SROS, comme cela est expressément prévu pour l'accueil et le traitement des urgences ou la sécurité périnatale), l'autre portant sur l'organisation interne des établissements de santé concernés par leur application.

Il s'agit, en effet, grâce à une adaptation de cette organisation, de créer une situation optimale pour délivrer des soins plus sûrs et, en même temps, plus économes de l'utilisation des ressources.

Vous serez vigilant sur l'adéquation de l'organisation interne des établissements aux règles de sécurité afin que celle-ci contribue à les rendre applicables. Tel est particulièrement le cas de la sécurité anesthésique et de l'accueil et du traitement des urgences.

2.1.1.1 La sécurité anesthésique

S'agissant de la mise en oeuvre du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif à la sécurité anesthésique, une enquête préalable à la publication de ce décret mettait en évidence l'excessive dispersion des sites anesthésiques. Les conditions techniques de fonctionnement fixées par le décret auraient dû induire une organisation plus rationnelle des moyens disponibles. En fait, le bilan des actions

entreprises entre décembre 1994 et décembre 1997, ont montré que des efforts très conséquents restent à faire en terme de regroupement de sites opératoires et de gestion des blocs opératoires.

Sur ce sujet précis, vous voudrez bien vous assurer en particulier que la planification du tableau opératoire prévu par l'article D. 712-42 du décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 est effectuée dans chaque établissement. A cette fin, vous demanderez que chaque établissement mette en place, sous l'égide de la Commission Médicale d'Etablissement, un "conseil de blocs opératoires" 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.

Pour les établissements qui doivent disposer d'une salle de surveillance post interventionnelle 24H/24, il convient de veiller à ce que ces derniers affectent les effectifs suffisants pour permettre le fonctionnement de cette salle.

A l'occasion de l'examen de la demande de révision des effectifs médicaux, il vous appartient de vérifier les efforts réalisés par les établissements pour satisfaire à ces conditions. Le cas échéant, l'obtention de postes supplémentaires pourrait être conditionnée à un engagement ferme dans ce domaine.

En 1999, outre la poursuite des actions déjà entreprises en matière de sécurité anesthésique, il conviendra d'initier les premiers travaux dans le champ de la sécurité périnatale à la lumière des décrets publiés au Journal officiel du 10 octobre 1998.

La Ministre de l'emploi et de la solidarité

Le Secrétaire d'Etat à la santé

Martine AUBRY

Bernard KOUCHNER

ANNEXE 3

CIRCULAIRE N° DH/FH/2000/264 du 19 mai 2000

Relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé

Textes de référence :

Décret n° 92-272 du 26 mars 1992

Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994

Circulaire DGS-SP1-SQ/DH-EO-AF/n° 98-647 du 17 novembre 1998

Circulaire DGS-SP1-SQ/DH-EO-AF2/n° 99-627 du 16 novembre 1999

La conférence nationale de santé a identifié en 1996 dix priorités qui ont été adoptées par le parlement à l'occasion du vote de la loi de financement de la sécurité sociale. En 1997 et 1998, plusieurs d'entre elles ont été étudiées dont certaines concernent directement l'hôpital.

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, **"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"** 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.

Le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 - article D. 712-42 demande "que le tableau fixant le programme opératoire soit établi par les Médecins réalisant les interventions, les Médecins anesthésistes réanimateurs concernés et le responsable de l'organisation du secteur opératoire"

Cette mesure me semblant inégalement appliquée, la présente circulaire a pour objet d'en rappeler le caractère essentiel pour le bon fonctionnement des blocs opératoires et d'en préciser les modalités de mise en place.

Chaque établissement public de santé doit posséder en son sein au moins un conseil de bloc opératoire (un par bloc existant ou par service ou département si les blocs sont constitués en service ou département).

Cette disposition ne s'entend toutefois que comme une étape destinée à favoriser un regroupement des sites opératoires.

Le directeur arrête la composition nominative du conseil de bloc opératoire. Celui-ci doit comprendre au minimum :

- 1 Chirurgien intervenant au niveau du bloc opératoire,
- 1 Médecin anesthésiste réanimateur,

désignés sur proposition de la CME ;

- le responsable de l'organisation du secteur opératoire ; ce responsable pouvant être le cadre de santé infirmier, surveillant chef s'il existe ou un cadre de santé infirmier surveillant ;
-
- le cadre de santé infirmier anesthésiste diplômé d'Etat, s'il existe, ou un cadre de santé infirmier de bloc opératoire désigné sur proposition de l'infirmier général, directeur du service de soins infirmiers ou sur proposition de la sage-femme coordinatrice pour les personnels de blocs obstétricaux ;
-
- le responsable du CLIN ou son représentant y participe en tant que de besoin.

Les membres sont désignés pour une durée de trois ans renouvelable.

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 de son président et établir par période hebdomadaire le planning d'occupation des salles d'opérations. D'autres membres peuvent être invités à titre consultatif en leur qualité d'experts selon l'ordre du jour.

Les missions du conseil de bloc opératoire doivent permettre la mise en place d'une organisation rationnelle du travail en tenant compte des moyens humains et matériels, de la réglementation relative au temps de travail, à l'exercice professionnel et, aux règles de sécurité sanitaire et anesthésique.

Le bilan des actions entreprises entre décembre 1994 et décembre 1997 a montré que des efforts importants restent à accomplir tant en termes de regroupement de sites opératoires que d'organisation et de gestion des blocs opératoires.

Cette mesure devrait permettre d'accélérer et de rationaliser les actions à mener dans ces domaines.

Les missions du conseil de bloc opératoire portent notamment sur :

a) la programmation du tableau opératoire en tenant compte :

- des moyens en personnels
- des règles de sécurité anesthésique
- du type d'intervention (risque septique, âge des patients) et des caractéristiques des patients

en liaison, notamment, avec les services de consultations, le service de chirurgie ambulatoire, les services de réanimation, les secteurs d'hospitalisation.

b) la résolution des dysfonctionnements dans les établissements publics de santé

c) la mise en place des protocoles d'hygiène et la validation des protocoles thérapeutiques spécifiques au bloc opératoire

d) **la rédaction d'une charte de fonctionnement et d'organisation** interne du bloc opératoire

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.

Chaque année, le conseil de bloc opératoire établit un rapport d'activité du bloc opératoire et le transmet à la CME.

Vous voudrez bien me rendre compte sous le présent timbre des difficultés que vous pourriez rencontrer pour l'application de la présente circulaire.

Pour la ministre et la secrétaire d'Etat

Et par délégation :

Le directeur des hôpitaux

Edouard COUTY