



Formation & Recherche en Soins

# Remettre le patient sur pied

Nouvelle modalité de transport interne à l'hôpital



**Fabien JAYET**

**MTMOS 2014-2015**



*« Il vaut mieux penser le changement  
que changer le pansement. »*

Francis Blanche

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les nombreux professionnels de la Fondation A. De Rothschild qui se sont mobilisés avec enthousiasme et énergie pour la mise en œuvre de ce projet. Notamment Frédéric, Laurent, Dany, Nicolas V., Marie-Christine, Franck, Pascal, Antoine, Nicolas N., Guiral, Monique, Alexandre.

Merci à Julien Gottsmann, le directeur général, de m'avoir fait confiance.

Ces travaux auraient sans doute été plus difficiles sans les précieux conseils des cadres du bloc opératoire du Centre Léon Bérard à Lyon. Merci pour leur accueil et leur partage d'expérience.

Merci à Farida et Patricia, mes chères collègues de la direction des soins, pour leur écoute, leur bienveillance, et leurs encouragements.

Je dédie ce mémoire à ma fille, qui va naître dans quelques jours. Comme sa maman, elle m'a accompagné tout au long de ce projet. Elle est encore loin de marcher, mais a certainement déjà compris que l'Homme était mieux debout. A l'avenir, c'est moi qui l'accompagnerai dans ses projets.

Du fond du cœur, je remercie Laure. Non seulement, car sa patience et son soutien ont été indéfectibles pendant ces deux années de Master. Mais aussi parce que la pertinence de ses réflexions et son humanisme font évoluer ma posture managériale.

<b>GLOSSAIRE</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
<b>1. ELEMENTS DE CONTEXTE</b>	<b>5</b>
<b>1.1 La région Ile-de-France, territoire de santé</b>	<b>5</b>
1.1.1 Etat de santé des populations	5
1.1.2 L'offre de soins ambulatoires	6
1.1.3 Besoin et offre hospitalière	7
<b>1.2 La Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild</b>	<b>9</b>
1.2.1 Le fruit d'une histoire	9
1.2.2 Description de la structure et offre de soins	10
1.2.4 Données d'activité	12
1.2.5 Le projet institutionnel	13
<b>1.3 Le patient, un homme debout</b>	<b>15</b>
1.3.1 Approche philosophique	15
1.3.2 Approche politique et législative	17
<b>1.4 L'organisation existante : analyse</b>	<b>18</b>
1.4.1 La structure architecturale	18
1.4.2 Processus de transport interne des patients « chirurgicaux »	20
1.4.3 Les ressources humaines impliquées	23
<b>2. ACCOMPAGNER LE PATIENT DEBOUT AU BLOC OPERATOIRE, UNE DYNAMIQUE NOUVELLE</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Le projet dit du « patient debout »</b>	<b>27</b>
2.1.1 Description de la nouvelle organisation	28
2.1.2 Les bénéfices attendus	30
2.1.3 Les risques et leurs moyens de maîtrise	34
2.1.4 Les prérequis matériels et techniques	36
2.1.5 Eléments financiers	38
2.1.6 L'évaluation du projet	40
<b>2.2 Management du projet et accompagnement du changement</b>	<b>42</b>
2.2.1 Identifier les résistances et les soutiens	42
2.2.2 Inviter les acteurs à changer	44
2.2.3 En pratique : Coordination, institution, communication	47
2.2.4 Accompagner les professionnels	50
2.2.5 Difficultés rencontrées	52
<b>CONCLUSION</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>54</b>
<b>ANNEXE</b>	

## GLOSSAIRE

TERME	DEFINITION
<b>APR</b>	Analyse Prévisionnelle des Risques
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>BO</b>	Bloc Opératoire
<b>CE</b>	Comité d'Entreprise
<b>CHSCT</b>	Comité d'Hygiène, de sécurité et des Conditions de Travail
<b>CLB</b>	Centre Léon Bérard
<b>CoDir</b>	Comité de Direction
<b>CoPil</b>	Comité de Pilotage
<b>CRUQPC</b>	Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la Prise en Charge
<b>DARES</b>	Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
<b>DRESS</b>	Direction Recherche Evaluation Recherches Etudes et Statistiques
<b>ESPIC</b>	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
<b>ETP</b>	Equivalent Temps Plein
<b>FOR</b>	Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>IADE</b>	Infirmier(ère) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat
<b>IBODE</b>	Infirmier(ère) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat
<b>IDE</b>	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat
<b>IDF</b>	Ile de France
<b>INSEE</b>	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
<b>MCO</b>	Médecine Chirurgie Obstétrique
<b>ORL</b>	Oto-rhino-laryngologie
<b>QQOQCCP</b>	Quoi? Qui? Où? Quand? Comment? Combien? Pourquoi?
<b>SSPI</b>	Salle de Soins Post Interventionnel

## INTRODUCTION

Pourquoi une méthode est-elle utilisée ? Est-ce par choix ou par habitude, par convention ou convenance ?

Le secteur de la santé connaît une profonde mutation depuis plusieurs années. Non seulement les progrès de la médecine, mais aussi le contexte démographique et économique obligent les acteurs de santé à se poser ces questions, à réinventer les organisations.

L'hôpital est une pierre angulaire de ce système en mutation. Il doit à la fois rechercher la performance, maîtriser ses coûts et améliorer la qualité. Ces exigences le conduisent à faire évoluer les méthodes, changer les habitudes, innover.

C'est dans ce contexte que la Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild a entrepris de revoir son organisation de transport interne des patients.

Alors au poste d'adjoint à la direction des soins, cette mission m'a été confiée par le directeur général de l'établissement. Par ailleurs, elle s'est inscrite parfaitement dans le cadre du projet managérial à mener pour la validation du Master Management des Organisations Soignantes. Sa décision n'a pas été motivée par le besoin de traiter un dysfonctionnement majeur, mais plutôt par un souhait d'optimisation du processus de brancardage, notamment vers le bloc opératoire. Elle a ainsi suivi la lignée des travaux d'amélioration des parcours patients engagés depuis quelques années.

Une des demandes fortes du directeur lors de sa commande a été l'utilisation d'un «prisme soignant » pour aborder le projet, et pas uniquement logistique comme c'est souvent le cas avec les questions de circuits internes. Aussi, il m'a orienté vers le chef de service d'anesthésie afin qu'il évoque avec moi une communication entendue lors d'un congrès : l'accompagnement du patient debout au bloc opératoire.

Cette idée m'a plu, je l'ai alors creusée, puis transformée en projet jusqu'à ce que le « patient debout » devienne la nouvelle organisation de transport interne dans l'établissement.

Après avoir étudié le contexte environnemental, et rappelé quelques caractéristiques propres à la Fondation Rothschild, nous aborderons dans ce rapport la question de la position debout chez l'Homme. Nous verrons alors l'importance que cela revêt dans son rapport au monde, aux autres, et qui plus est, aux soignants. Nous comprendrons alors mieux en quoi le brancardage peut remettre en cause la notion de dignité de la personne, pourtant exigée par la loi.

Puis, nous nous concentrerons sur l'analyse de l'organisation en place dans la structure. En somme, la première partie posera les bases du travail et démontrera le besoin de changer.

La deuxième partie quant à elle, sera consacrée à la nouvelle organisation, cœur du « projet patient debout ». Nous y étudierons finement le processus d'accompagnement à pied, ses bénéfices, ses risques. Je proposerai aussi des moyens d'évaluation de la pertinence du projet. Puis, j'expliquerai sa mise en œuvre, le management de l'organisation et des hommes qui la composent.

Ce mémoire a pour objectif non seulement de témoigner d'une expérience managériale, mais aussi de proposer une organisation reproductible dans d'autres établissements. J'espère que l'encadrement ou les dirigeants hospitaliers verront à travers lui une aide pour la mise en place de ce qui pourrait devenir une future « bonne pratique » hospitalière.

## 1. ELEMENTS DE CONTEXTE

Un projet est vivant et comme tout élément vivant, son évolution est largement influencée par le milieu dans lequel il grandit. L'environnement dans lequel il se développe va déterminer bon nombre de ses caractéristiques et la façon dont il devra être mené pour aboutir. Dans cette première partie nous nous attacherons donc à décrire le terreau dans lequel va croître le projet du « patient debout ». Ainsi nous étudierons ce qui a motivé la mise en œuvre d'une nouvelle organisation. D'abord nous décrirons le contexte francilien puis nous nous concentrerons sur la Fondation Rothschild. Enfin, nous traiterons l'idée de l'Homme debout par un angle philosophique et politique.

### 1.1 LA REGION ILE-DE-FRANCE, TERRITOIRE DE SANTE

#### 1.1.1 Etat de santé des populations

L'Ile-de-France a une population de 11,9 millions d'habitants<sup>1</sup>. Ce qui représente 19% de la population française. Dans l'ensemble, l'état de santé des habitants est parmi les meilleurs de France.

Les indicateurs définissant la situation sanitaire tels que l'espérance de vie à la naissance (80,1 ans pour les hommes et 85,5 pour les femmes en 2012 en Ile-de-France), le taux de décès standardisé pour les pathologies les plus fréquentes, ou encore la fréquence des principales ALD (Affections de longue durée) sont plus favorables en Ile-de-France comparés aux moyennes nationales. C'est aussi vrai pour l'obésité chez les adultes, la mortalité prématurée, les décès par maladie vasculaire cérébrale, ou encore la consommation d'alcool des jeunes.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> DREES. Recueil d'indicateurs régionaux- Offre de soins et état de santé. Fiche Ile-de-France pp 84-85 [En ligne].2014. Disponible sur [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rir\\_doc\\_partie\\_2-ile-de-france\\_p84\\_85.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rir_doc_partie_2-ile-de-france_p84_85.pdf) (Consulté le 02/11/2014.)

<sup>3</sup> DREES. Recueil d'indicateurs régionaux- Offre de soins et état de santé. Partie 1. [En ligne].2014. Disponible sur [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rir\\_2014\\_doc\\_partie\\_1-p01-55.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rir_2014_doc_partie_1-p01-55.pdf) (Consulté le 02/11/2014).

Toutefois, certains indicateurs sont en dessous la moyenne nationale, comme le taux de participation au dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal ou la consommation de cannabis des jeunes.

Bien que l'état de santé de la population y soit bon de manière globale, il existe des inégalités sociales de santé à l'intérieur du territoire francilien. Ce sont, entre autres, «*les écarts [...] entre groupes socio-économiques, et entre les territoires qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations*»<sup>1</sup>. A titre d'exemple, le département de Seine-Saint-Denis qui a les revenus nets moyens par foyer les plus bas d'Ile-de-France a aussi l'espérance de vie à la naissance la plus basse : 78,8 ans pour les hommes ; 84,5 ans pour les femmes. Dans le département de Paris, limitrophe, elle est de 80,9 ans pour les hommes et 86,2 ans pour les femmes (Source INSEE 2012).

### 1.1.2 L'offre de soins ambulatoires

L'offre sanitaire ambulatoire francilienne est supérieure à la moyenne nationale pour les médecins spécialistes. Ils sont 122,3 pour 100 000 habitants en 2013 contre une moyenne de 94,3 à l'échelle du pays. En revanche les généralistes sont quant à eux moins nombreux comparé à la moyenne nationale. On en dénombre 93,2 pour 100 000 habitants en 2013 alors que la moyenne française est de 106,4<sup>2</sup>. Cette tendance est la même pour les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes.

Par ailleurs, l'offre de soins ambulatoires francilienne souffre de grandes disparités à l'échelle des communes et des départements. Cela s'observe particulièrement en termes de démographie médicale. On recense pour 100 000 habitants : 268 médecins spécialistes à Paris contre 81 dans l'Essonne et 64 en Seine-Saint-Denis. On compte 110 chirurgiens-dentistes à

---

<sup>1</sup> ATLAN Guy. La synthèse du Conseil économique et social de la région Ile-de-France. Les inégalités sociales de santé en Ile-de-France. 4p [En ligne]. Disponible sur [http://www.ceser-iledefrance.fr/documents/synthese/synthese/05\\_sant\\_inegalites/synthese-inegalites-sociales-sante-ile-france.pdf](http://www.ceser-iledefrance.fr/documents/synthese/synthese/05_sant_inegalites/synthese-inegalites-sociales-sante-ile-france.pdf) (Consulté le 2/11/2014)

<sup>2</sup> DREES. Recueil d'indicateurs régionaux- Offre de soins et état de santé. Fiche Ile-de-France pp 84-85 [En ligne].2014. Disponible sur [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rir\\_doc\\_partie\\_2-ile-de-france\\_p84\\_85.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rir_doc_partie_2-ile-de-france_p84_85.pdf) (Consulté le 02/11/2014).

Paris, contre 44 en Seine-et-Marne et 34 en Seine-Saint-Denis. (Source INSEE 2013).

### 1.1.3 Besoin et offre hospitalière

Comme l'indique le plan stratégique régional de santé, on constate une hausse des besoins de santé et de soins<sup>1</sup>. Des causes multiples peuvent l'expliquer telles que l'accroissement des maladies chroniques, des cancers, le vieillissement de la population, mais aussi l'augmentation du nombre d'habitants franciliens. Cette hausse des besoins a des conséquences sur les établissements de santé qui, tous statuts confondus, connaissent globalement un accroissement de leur activité.

Toutefois, concernant le recours à l'hôpital, on note encore une fois des disparités infrarégionales. Elles peuvent être associées à la santé des populations, mais aussi au mode de consommation des soins. Par exemple, à structure démographique standardisée, on remarque que les habitants de Seine-Saint-Denis sont les plus gros consommateurs de soins hospitaliers de la région. Et cela est aussi vrai, si l'état de santé est standardisé, la Seine-Saint-Denis reste le département francilien où la population consomme le plus.

« Force est d'observer une asymétrie entre les zones à fort recours hospitalier et les zones à fort équipement hospitalier »<sup>2</sup>, ce qui implique des flux intra régionaux importants. Ils se produisent principalement de la petite couronne vers Paris qui « dispose de l'essentiel de l'offre spécialisée et très spécialisée d'Ile-de-France »<sup>3</sup>.

L'ARS Ile-de-France indique que le maillage hospitalier, associé au réseau de transport performant, répond aux besoins de la population. Cette

---

<sup>1</sup> ARS Ile de France. Synthèse du Projet régional de santé d'Ile de France. [En ligne]. 2011, 105p. Disponible sur <http://prs.sante-iledefrance.fr/wp-content/uploads/2012/09/ars-idf-prs-synthese-generale.pdf> (Consulté le 10/11/2014).

<sup>2</sup> ARS Ile de France. Projet régional de santé. Schéma d'organisation des soins. Volet hospitalier. p30 [En ligne]. 2011. Disponible sur <http://prs.sante-iledefrance.fr/wp-content/uploads/2012/09/ars-idf-prs-schema-orga-soins-hospitalier.pdf> (Consulté le 10/11/2014).

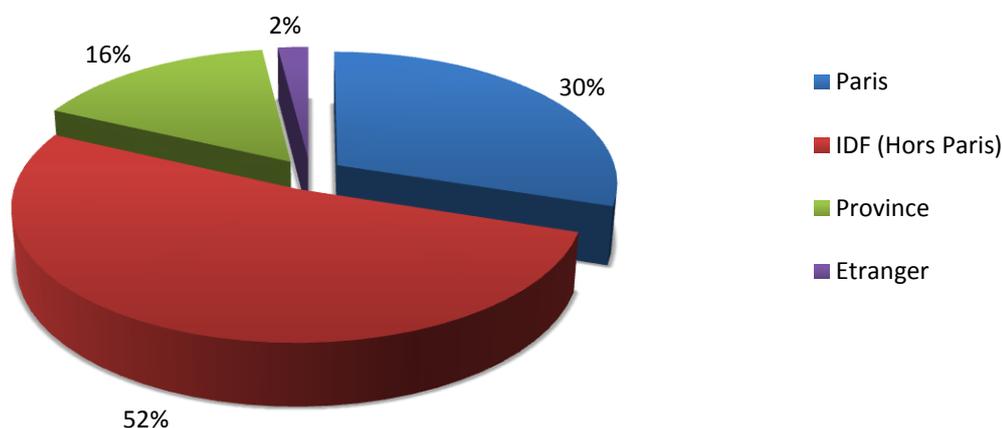
<sup>3</sup> Ibid.

réponse est apportée, entre autre, par une « gradation des soins adaptée»<sup>1</sup>. C'est-à-dire une bonne répartition entre les activités très concentrées (moins de 20 implantations dans la région) qui comprend les soins aux brûlés, la neurochirurgie, neuroradiologie... ; semi-concentrées (20 à 50 implantations) : pédiatrie, AVC, soins palliatifs... ; et très déployées (plus de 50 implantations) : médecine, chirurgie, urgences, soins de suite.

C'est au cœur de ce territoire bien doté mais polymorphe qu'est implantée la Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild (FOR). Située dans le 19<sup>em</sup> arrondissement de Paris, elle est à la fois au cœur de la capitale, et à la frontière des départements du nord et de l'est parisien, aux besoins spécifiques.

De part ses activités très spécialisées, comptant parmi les rares implantations régionales, son attractivité concerne non seulement son bassin immédiat, mais également l'ensemble de la région et même au delà.

Figure 1.1.3.a  
ORIGINE GÉOGRAPHIQUE DES PATIENTS HOSPITALISÉS À LA FOR EN 2013



Source: Fondation Ophtalmologique Rothschild. Rapport d'activité et de gestion 2013.

<sup>1</sup> ARS. Projet régional de santé. Schéma d'organisation des soins. Volet hospitalier. p35 [En ligne]. 2011. Disponible sur <http://prs.sante-iledefrance.fr/wp-content/uploads/2012/09/ars-idf-prs-schema-orga-soins-hospitalier.pdf> (Consulté le 10/11/2014).

## 1.2 LA FONDATION OPHTALMOLOGIQUE ADOLPHE DE ROTHSCHILD

### 1.2.1 Le fruit d'une histoire

La Fondation a ouvert en mai 1905 suite aux dernières volontés du baron Adolphe de Rothschild qui souhaitait un établissement spécialisé en ophtalmologie, où les malades seraient traités à titre entièrement gratuit. Conformément à ses vœux, les patients y étaient admis « sans distinction de religion ou d'opinion politique<sup>1</sup>».

En 1909, la Fondation est reconnue d'utilité publique. Suivant les inflexions de l'histoire, elle connaît un second souffle après-guerre lorsqu'en 1957, Edmond de Rothschild prend la tête du conseil d'administration. Il s'engage pour la recherche scientifique et le confort du patient et apporte une aide financière majeure. Cela permet le début d'une nouvelle ère pour l'hôpital qui est repensé pour optimiser ses performances médicales. De nouvelles disciplines démarrent alors dans l'établissement telles que la radiologie, la neurologie...

La Fondation détermine sa **stratégie de spécialisation sur les pathologies de la « tête et du cou »** en 1990.

En 1997, elle bénéficie d'une convention d'association hospitalo-universitaire avec le CHU d'Ile-de-France. Elle dispose depuis 2010 du statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC).

En 2013, elle a été certifiée (V2010) par la HAS sans réserve et sans recommandation.

Elle compte aujourd'hui près de 900 salariés.

---

<sup>1</sup> Fondation Ophtalmologique Rothschild. Rapport d'activité et de gestion 2013.

### 1.2.2 Description de la structure et offre de soins

L'offre de soins, centrée sur les pathologies de la tête et du cou, de l'adulte et de l'enfant, se dessine ainsi :

Le département d'**Ophthalmologie**, regroupe six services prenant ainsi en charge toutes les spécialités de l'ophtalmologie. Les prises en charge vont des dépistages jusqu'aux traitements chirurgicaux des cas les plus complexes. La structure est dite « hyper-spécialisée » dans ce domaine.

La Fondation dispose d'un vaste plateau technique d'ophtalmologie d'un service d'urgence spécialisé ouvert 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

Le service de **Neurologie** prend en charge l'ensemble des pathologies du système nerveux. Il détient notamment une Unité Neuro Vasculaire labellisée par l'ARS et une unité Parkinson.

Le service de **Neurochirurgie** participe à la permanence des soins en établissement de santé. Il traite toutes les pathologies neurochirurgicales, y compris la maladie de Parkinson, mais aussi la douleur chronique, dans le cadre d'un centre d'évaluation et de traitement de la douleur. Il comporte également une unité pédiatrique.

Le service de **Neuro Radiologie interventionnelle** (NRI), spécialité rare en Ile-de-France, assure des prises en charge 24h/24h et 7/7 jours. Cette discipline traite, entre autres, les accidents vasculaires cérébraux et les anévrismes par voie endovasculaire.

L'**ORL** (Oto-rhino-laryngologie), recense des praticiens ORL généraux et des praticiens ORL très spécialisés dans certains domaines : chirurgies des sinus, oncologie ORL, troubles de la voix, vertiges... Le service dispose d'un plateau d'explorations fonctionnelles complet.

Le plateau technique d'**Imagerie**, de très haut niveau, est composé entre autres : d'un scanner multibarrettes de dernière génération, d'une IRM 3T, depuis peu d'une nouvelle IRM 1.5T, et d'un cone beam. L'expertise de ce

service est aujourd'hui un support indispensable aux autres spécialités de la Fondation.

Le service d'**Anesthésie Réanimation** soutient l'activité clinique de l'ensemble des services de l'hôpital à travers une équipe d'anesthésie, une unité de réanimation et une unité de soins continus.

Enfin, le service de **Médecine interne** assure la prise en charge des patients atteints de polyopathologies ou de maladies de la tête et du cou. Elle est aussi support des autres activités de l'établissement.

L'environnement « tête et cou » de la Fondation permet une collaboration étroite entre les différentes spécialités pour le traitement des cas les plus difficiles.

La FOR compte 160 lits d'hospitalisation conventionnelle, 8 places d'Hôpital de Jour de médecine et 23 places d'Hôpital de jour chirurgical dont un secteur Ambulatoire long.

L'activité chirurgicale s'articule autour de deux blocs opératoires (BO), l'un dit central comprenant 12 salles et l'autre dédié à la NRI comprenant 2 salles.

Par ailleurs, l'établissement consacre une part de son activité à la recherche clinique. La FOR est labellisée **Centre d'investigation clinique** par le ministère de la santé dans le cadre d'un partenariat avec cinq autres ESPIC franciliens.

Elle participe aussi activement à l'enseignement, en formant de nombreux étudiants en soins infirmiers, internes en chirurgie et médecine et externes.

## 1.2.4 Données d'activité

### 1.2.4.1 Activités d'hospitalisation

« Après une hausse de 5% des séjours hospitaliers à la Fondation en 2012, la progression se poursuit et s'amplifie en 2013 (+8.5% au total) pour atteindre 22 861 séjours »<sup>1</sup>. La progression particulièrement marquante est celle des séjours ambulatoire (chirurgie ou médecine) puisqu'ils augmentent de 12.7%. Cette activité ambulatoire représente 68% de l'activité d'hospitalisation de l'établissement en 2013 soit 15 590 séjours.

La progression du nombre de séjours est valable dans l'ensemble des spécialités de l'établissement.

La durée moyenne de séjour supérieur à 24h à la Fondation est de 5,0 jours.

### 1.2.4.2 Activités d'urgences

L'unité des urgences de la FOR est spécialisée en ophtalmologie. En 2013, il y a eu 27 824 passages ce qui a dépassé les prévisions de l'établissement. C'est une augmentation de 7,5% par rapport à 2012.

La Fondation accueille également des urgences de neurosciences (neurochirurgie, neurovasculaire...) directement dans les services d'hospitalisation. En 2013, elle a accueilli 19.31% AVC de plus qu'en 2012.

Les urgences engendrent une activité de bloc opératoire non programmée : 1123 interventions chirurgicales urgentes en 2013.

---

<sup>1</sup> Fondation Ophtalmologique Rothschild. Rapport d'activité et de gestion 2013. p22.

#### 1.2.4.3 Activités médico-techniques

« Le nombre de passage au bloc en 2013 a progressé de manière très significative dans l'ensemble des spécialités (+11%) à l'exception de la neurochirurgie adulte »<sup>1</sup>. Au total, la FOR a effectué 14582 passages au bloc en 2013.

L'activité d'imagerie est quant à elle en baisse en 2013 par rapport à 2012 (-5%). Cela concerne les patients hospitalisés mais aussi les patients externes. Cela a conduit à la mise en œuvre d'un plan d'optimisation qui devrait porter ses fruits en 2014/2015.

#### 1.2.4.4 Activités de consultations

L'établissement a connu une hausse de 23% de son activité de consultations « externes » en 2013 par rapport à l'année précédente ; soit 274 774 consultations au total.

Le nombre de patients venus consulter est passé de 143 910 à 162 537. Cette évolution très forte traduit une réelle hausse d'activité.

Notons aussi que 648 patients ont bénéficié en 2013 de l'activité de télé-médecine de la Fondation.

#### 1.2.5 Le projet institutionnel

Au-delà du développement spécifique des spécialités médicales, le projet institutionnel s'appuie sur des enjeux transversaux tels que l'accentuation de la régulation de l'activité, le développement des prises en charges ambulatoires, une mise à niveau de nos infrastructures, et la rénovation et l'optimisation du système d'information. Ces axes sont indispensables pour poursuivre notre dynamique de croissance d'activité dans

---

<sup>1</sup> Fondation Ophtalmologique Rothschild. Rapport d'activité et de gestion 2013. p37.

un contexte de saturation des surfaces d'exploitation, et pérenniser l'équilibre financier (Résultat Net comptable 259 K€ en 2013).

Le projet institutionnel de la FOR indique que « *l'accroissement de la performance des organisations internes dans le respect des principes de développement durable est un élément clé de l'équilibre financier<sup>1</sup>* ». **Mon projet managérial s'inscrit dans ces nouveaux efforts d'organisation.** Il devra à la fois **rendre la production de soins plus efficace**, tout en prenant en compte les qualifications des personnels et **la bonne gestion de leurs compétences**. Mais au-delà de la recherche d'efficience, la nouvelle organisation devra aussi respecter les valeurs de la Fondation Rothschild, et ainsi **promouvoir l'humanisation de l'hôpital**.

---

<sup>1</sup> Fondation Ophtalmologique Rothschild. Projet institutionnel 2012-2016.

## 1.3 LE PATIENT, UN HOMME DEBOUT

### 1.3.1 Approche philosophique

Le philosophe Hegel établit un lien entre la station debout de l'Homme et l'affirmation de la volonté propre à celui-ci. Selon lui, cette posture droite dépend du bon vouloir de l'Homme, autrement dit si l'Homme ne souhaitait pas être debout, il serait à même le sol. Cette expression de sa volonté, le libre choix de sa position dans l'espace, serait le reflet de sa liberté.

Ce concept d'« Homme debout » qui signifierait « Homme libre » est facilement compréhensible si nous entendons ici la liberté comme l'affirmation de ses choix et idées. Pour s'affirmer, lors d'une vive dispute par exemple, l'Homme va très souvent naturellement se lever pour manifester ses arguments. Les grands orateurs, dans le domaine politique ou privé, utilisent eux aussi la station debout lors des meetings, pour faire entendre ce qu'ils ont à dire. Les exemples ne manquent pas pour appuyer que celui qui est debout, est celui qui a quelque chose à exprimer, et qui est écouté.

L'« Homme debout » peut aussi être associé aux notions de force et de pouvoir. Le pouvoir, dans toutes les représentations, émane « d'en haut », « du dessus ». Il suffit de regarder un organigramme d'entreprise, des peintures religieuses ou encore un podium sportif. Celui qui est au dessus est considéré plus fort et possède ainsi plus de pouvoir ; ce qui place donc l'Homme positionné « en-dessous » dans une posture d'infériorité, de soumission. L'étymologie du mot « soumission » va dans ce sens, puisque c'est l'adaptation du latin *submissio*, *-onis* «action d'abaisser»<sup>1</sup> ; nous y retrouvons cette idée d'infériorité verticale.

**L'Homme debout est un Homme libre** ; et l'Homme debout est perçu comme celui qui a le pouvoir sur celui qui est positionné plus bas. Si ces deux postulats s'avèrent vrais pour l'Homme sain, ils le sont d'autant plus pour le malade dans la relation soignant-soigné à l'hôpital. Car au fait d'être allongé dans un lit ou sur un brancard, l'aspect « soignant sachant » face au « malade

---

<sup>1</sup> Centre National de Ressources Textuelles et lexicales. <http://www.cnrtl.fr/etymologie/soumission> (Consulté le 29/11/2014).

ignorant » renforce le sentiment de soumission du patient. Les organisations hospitalières obligent encore fréquemment le patient à vivre cette situation, ce qui peut être considéré comme une remise en cause de sa dignité. A cet égard, la question du patient transporté en brancard est tout à fait spécifique : il n'est plus seulement question d'une perte de liberté liée à la position allongée du patient, mais bien d'une « **perte de contrôle** ».

Le témoignage d'une patiente, à qui il a été imposé de s'installer sur un brancard, illustre mon propos :

*« Et puis, je ne veux surtout pas, surtout pas, perdre le contrôle, devenir ce paquet qu'on balade comme on veut, qu'on pose à un endroit jusqu'à ce qu'on décide quoi en faire. Je suis venue sur mes deux jambes, je tiens à le rester. [...]*

*On me fixe un bracelet au poignet. J'ai vraiment l'impression d'être une prisonnière, bien que je comprenne l'intérêt. Tout est dans la manière, simplement... Humanité, absence d'humanité...*

*Je m'assieds, en travers, les jambes pendantes. Cela ne convient pas. Il faut allonger mes jambes. Je sens l'angoisse qui monte encore d'un cran quand l'infirmière remonte les barreaux d'un côté. Suis-je en garde à vue ? [...]*

*On m'emmène. Je perds ma capacité à me déplacer seule, promenée comme un gosse en poussette<sup>1</sup>».*

L'approche philosophique révèle l'importance de la station debout chez l'Homme, dans son rapport aux autres et à son environnement. C'est **debout que le patient pourra se sentir pleinement respecté, digne et acteur de sa santé**, comme le promet depuis quelques années la politique de santé.

---

<sup>1</sup> Winckler's Webzine. Respect du patient en France. [En ligne]. Disponible sur <http://martinwinckler.com/spip.php?article1105> (Consulté le 30/11/2014).

### 1.3.2 Approche politique et législative

Depuis la loi du 4 mars 2002, relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, le patient devient un malade citoyen, acteur de sa santé. Le libre choix des patients, basé sur une information juste, est reconnu. L'utilisateur joue un rôle plus actif dans sa prise en charge. La formidable percée des programmes d'éducation thérapeutique lors de cette dernière décennie en est une illustration. Par ailleurs, le code de la santé publique souligne l'importance du consentement du patient et précise que le patient est décisionnaire concernant sa santé<sup>1</sup>.

**Le fait d'accompagner le patient debout au bloc opératoire a donc une symbolique forte qui suit pleinement le sens de ces textes législatifs.**

A contrario d'un brancardage classique, personne « ne pousse le patient » vers son acte chirurgical, mais par la marche il collabore activement au processus de soin.

---

<sup>1</sup> Code de la Santé Publique. Article L1111-4. Version en vigueur au 20 décembre 2014. [http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=8EF5C995C1F601DED87DB7409A366CDF.tpdjo14v\\_1?idSectionTA=LEGISCTA000006185255&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20141220](http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=8EF5C995C1F601DED87DB7409A366CDF.tpdjo14v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006185255&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20141220)(Consulté le 12/02/2015).

## 1.4 L'ORGANISATION EXISTANTE : ANALYSE

L'analyse de l'organisation du transport du patient vers le BO en place à la Fondation a été la première étape de mon projet managérial. J'ai articulé cette étude de l'existant autour de trois axes que sont l'architecture, le processus organisationnel, et les ressources humaines impliquées.

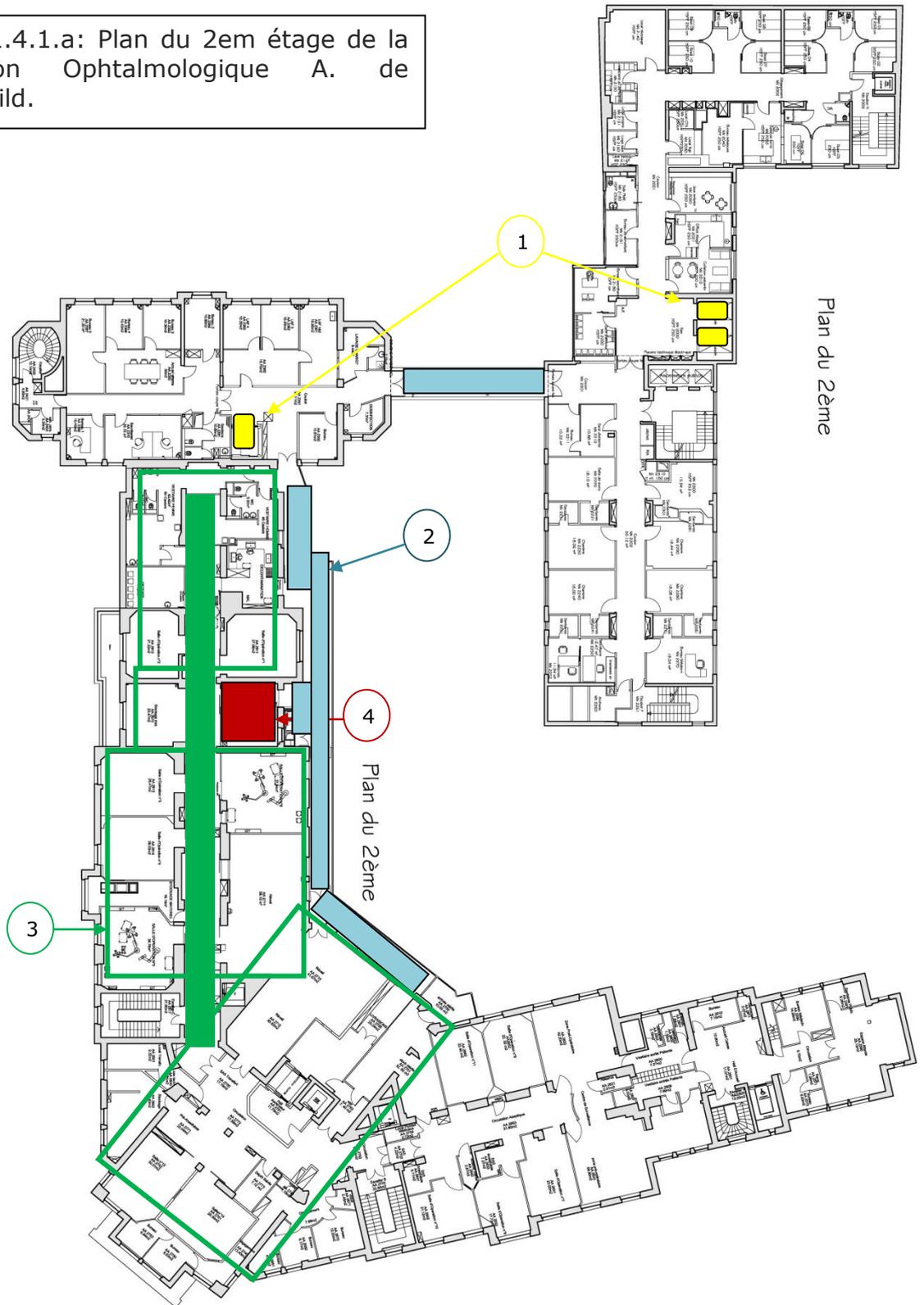
### 1.4.1 La structure architecturale

Le projet concernant les circuits des patients allant des unités de soins vers le bloc opératoire, et inversement, il est nécessaire de détailler l'architecture de la FOR afin de bien percevoir les enjeux et les contraintes liés à une réorganisation.

La Fondation Rothschild (hors annexes) est composée de deux bâtiments. L'un est le bâtiment « historique » tandis que le deuxième a été construit à la fin du 20<sup>em</sup> siècle. Tous deux comprennent des unités d'hospitalisation chirurgicale qu'elles soient conventionnelles ou ambulatoires.

Le bloc opératoire appelé **bloc central** contient 12 salles opératoires et une salle de réveil post interventionnelle (**SSPI**). Le bloc central est situé au deuxième étage du bâtiment historique (Voir Plan ci-après : figure 1.4.1.a). Les patients brancardés y accèdent par ascenseur (1) puis parcourent une **passerelle en verre** (2). Le passage entre la passerelle et l'intérieur du bloc opératoire (3) a lieu dans le **sas de transfert** (4). Afin de préserver une hygiène optimale à l'intérieur du bloc, il y a dans le sas une délimitation entre une zone « extérieure » dans laquelle viennent tous les brancards parcourant l'ensemble de l'hôpital ; et une zone « intérieure » dans laquelle n'interviennent que des personnels et du matériel de ce plateau technique.

Figure 1.4.1.a: Plan du 2em étage de la Fondation Ophtalmologique A. de Rothschild.



La problématique la plus significative liée à l'architecture est **l'engorgement de la passerelle** par des brancards vides. Cette passerelle est peu large et représente un point de passage obligatoire pour se rendre au bloc opératoire. C'est sur celle-ci que sont stockés les brancards vides en attente de patients. Compte-tenu de l'activité importante, les brancards sont nombreux et **empêchent la bonne fluidité du circuit** sur cette voie de passage unique.

De plus, la passerelle, qui relie les deux bâtiments, est faite de grands panneaux vitrés. Bien que située au deuxième étage, elle laisse apparaître le balai des patients alités aux yeux d'autres usagers situés dans la cour de l'établissement.

#### 1.4.2 Processus de transport interne des patients « chirurgicaux »

##### 1.4.2.1 Description détaillée

Le processus organisationnel<sup>1</sup> que je présente ici est relatif au transfert des patients adultes des unités de soins vers le bloc opératoire central. Il est plus précisément question du mouvement, des étapes et des moyens mis en œuvre pour accompagner le patient qui va subir une intervention chirurgicale depuis sa chambre (ou son box) jusqu'à la table d'opération.

Le but du processus est d'amener les patients jusqu'au lieu où ils vont subir leur intervention. Ce processus est, compte-tenu de ce qui le caractérise, un circuit, qui fait interface entre le processus amont -la préparation préopératoire du patient- et le processus aval- la prise en charge anesthésique.

Les objectifs sont pluriels. Ils consistent à ce que le patient pris en charge arrive à la bonne destination, au bon horaire; et à ce que le brancardage soit réalisé dans de bonnes conditions de confort, d'hygiène, de sécurité pour le patient.

---

<sup>1</sup> D'après les travaux de Jean-Paul Dumont, Enseignant chercheur à la faculté de Sciences économiques et de gestion de l'Université Paris-Est Créteil.

Le déroulé du processus est initié par l'appel au bloc du malade via un progiciel dédié à la régulation de l'activité du bloc opératoire. Cet « appel-malade » est visualisé par le **brancardier régulateur** qui oriente par téléphone les brancardiers vers le patient (en chambre dans son unité d'hospitalisation).

Une fois arrivé dans l'unité de soins, le brancardier récupère le dossier du patient, puis se rend au chevet de ce dernier. Il installe alors le malade sur son brancard, le couvre, puis le pousse vers l'ascenseur à destination du bloc opératoire. Le patient et son pousseur arrivent alors sur la passerelle du bloc qu'ils empruntent jusqu'au sas de transfert. Dans cette pièce, le brancardier déplace le patient de son brancard à un autre. Appelé brancard d'intérieur, il ne sort jamais du bloc opératoire pour des questions d'hygiène.

Enfin, la personne qui va se faire opérer est emmenée jusqu'à la salle opératoire dans laquelle elle est de nouveau déplacée du brancard à la table d'opération.

Les différentes étapes de ce lourd processus sont résumées dans le schéma ci-dessous (Figure 1.4.2.1.a) :

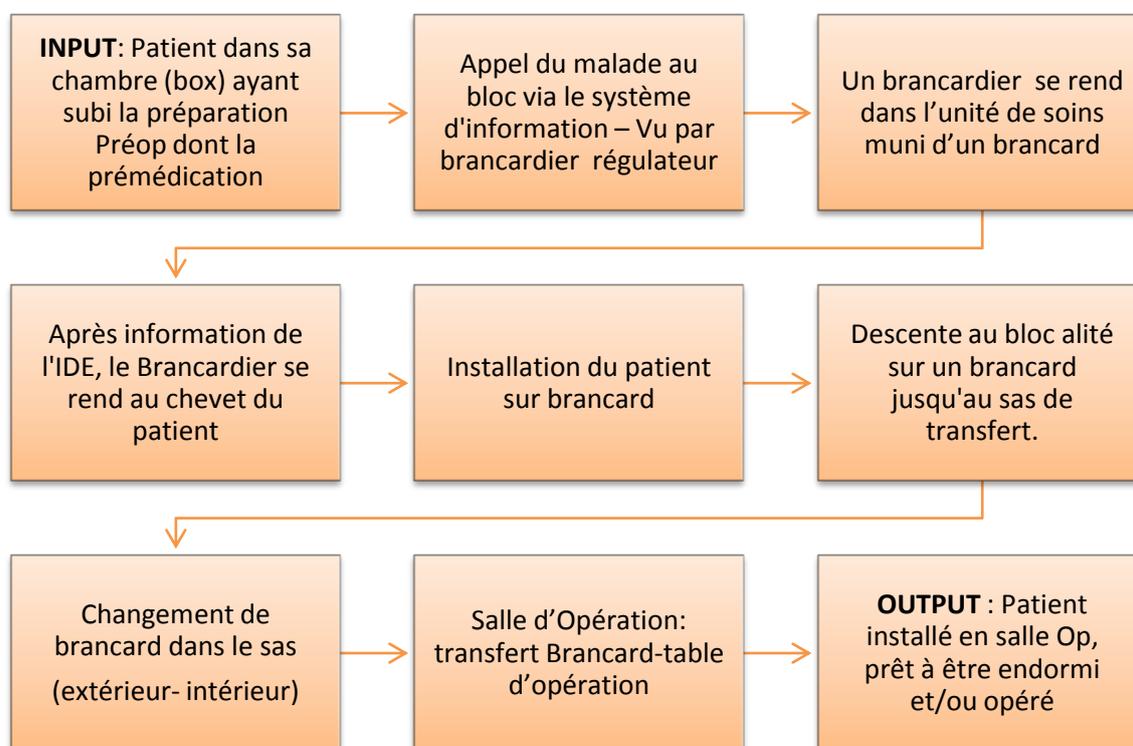


Figure 1.4.2.1.a. Etapes du processus actuel de transfert interne des patients vers le bloc central.

Ce processus, qui ne représente que le trajet Aller vers le bloc opératoire, est répété de nombreuses fois chaque jour compte-tenu de l'activité chirurgicale importante de la FOR. Au troisième trimestre 2014, il a été réalisé plus de 1900 fois<sup>1</sup>.

Pour mener à bien l'ensemble de ces étapes, sont nécessaires un certain nombre de sous processus parallèles au processus organisationnel. Il s'agit de l'appel malade via le système d'information, l'entretien des machineries d'ascenseur, la réparation des brancards, mais également les processus de bionettoyage ou d'identitovigilance. L'ensemble est supporté par un sous processus managérial comprenant entre autres, l'encadrement des agents, leur formation et la coordination avec l'ensemble du bloc opératoire.

Les ressources utilisées dans ce processus sont d'ordre matériel (brancards, un kit de linge propre, un ordinateur) et d'ordre humain (un brancardier intérieur, un brancardier extérieur, et le régulateur)

#### *1.4.2.2 Atteintes des objectifs du processus Aller*

La valeur ajoutée de ce processus existe. La production du service est réelle puisqu'à l'issue de cette chaîne d'opérations, le patient est déplacé de sa chambre vers le bloc opératoire dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité.

Toutefois les objectifs ne sont pas complètement remplis. Les transferts sont sources d'inconfort pour les patients, notamment lors des temps d'attente. Une étude menée à l'Institut Gustave Roussy sur ce sujet a mis en avant que 50% des patients ressentent de la douleur lors du transport interne. Celle-ci est particulièrement marquée lors de l'attente du malade sur le brancard<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Source : Direction des Soins – Fondation Ophtalmologique Rothschild. 02/2015.

<sup>2</sup> NEBBAK J.M., COBAT A., MATHIVON D., DI PALMA M. *Evaluation des douleurs ressenties par les patients lors des opérations de brancardage dans un centre de lutte contre le cancer* [En ligne]. IGR. Disponible sur [http://www.gustaveroussy.fr/service.php?p\\_m=download&p\\_file=actus/actudouleur/nebbak\\_20\\_10\\_2008.pdf](http://www.gustaveroussy.fr/service.php?p_m=download&p_file=actus/actudouleur/nebbak_20_10_2008.pdf) (consulté le 14/02/15).

**L'objectif de ponctualité, lui non plus, n'est pas satisfait**, puisqu'une étude interne nous révèle que les entrées en salle opératoire des premiers patients du matin accusent un retard de 18 minutes en moyenne. Il est à noter que 14% des patients programmés à 8h00 entrent en salle plus d'une demi-heure après l'horaire prévu. Ce retard a des répercussions sur l'ensemble de la journée. Sur les vacations d'après-midi, l'arrivée en salle opératoire du premier patient est postérieure à l'heure établie dans 80% des cas. La moitié de ces retards sont supérieurs à 30 minutes<sup>1</sup>.

#### *1.4.2.3 Retour des patients dans les unités de soins*

A l'issue du geste opératoire, le patient est amené en salle de soins post-interventionnelle pour assurer son réveil sous surveillance. Une fois jugé apte au retour par le médecin anesthésiste, le patient est transporté en brancard depuis la salle jusqu'à sa chambre. L'appel des brancardiers pour le transport est là aussi réalisé via l'outil informatique, par l'infirmier en charge du patient. L'ensemble est coordonné par le régulateur. Ce circuit retour comporte moins de contraintes que le circuit aller, notamment horaires. Toutefois le patient subit encore une translation brancards-lits qui paraît évitable et source d'inconforts multiples.

### 1.4.3 Les ressources humaines impliquées

#### *1.4.3.1 Brancardier, trait d'union dans la chaîne de soins*

Dans le contexte actuel de recherche d'efficacité des organisations, le transport interne est un élément clé de la fluidité des circuits patients. Les professionnels participent par leur réactivité et leur adaptabilité à l'amélioration des performances des organisations de soins. Comme le précise Fabienne Billaut, Vice présidente de l'Association nationale des Responsables

---

<sup>1</sup> Activité du bloc opératoire 2014. Conseils des Blocs Fondation Ophtalmologique Rothschild. 16/12/2014.

de Transport Hospitalier : « Les unités de brancardage sont aujourd'hui confrontées à des environnements fluctuants qui les contraignent à s'adapter de manière souple et fluide à l'évolution et à la restructuration permanente des activités médicales»<sup>1</sup>.

Brancardier est un métier d'interface entre les différents plateaux de soins ou médico-techniques des établissements de santé. En ce sens les agents doivent faire preuve de compétences non seulement en termes de manutention mais aussi de coordination, afin de répondre aux exigences parfois contradictoires des différents services clients.

A la FOR, ce sont 18 personnes physiques qui composent l'équipe de brancardiers. Compte-tenu des temps partiels, cela représente 16.5 ETP (Equivalent Temps Plein). Leur temps de travail est annualisé. Ils effectuent entre 11 et 14 prises de poste en 12 heures par mois.

Le management de proximité est assuré par un brancardier nommé responsable. Il établit les plannings, organise le travail quotidien, s'assure de la bonne exécution des tâches, veille au respect des règles d'hygiène et de sécurité.

Les brancardiers et leur responsable sont sous la subordination du cadre de bloc opératoire. Lui, est garant du fonctionnement de l'organisation de transport interne des patients hospitalisés. Il assure leurs entretiens annuels d'évaluation, et participe aux recrutements.

Les brancardiers sont répartis quotidiennement sur différents postes : Bloc central, Bloc ambulatoire court, Hospitalisation, plateau d'imagerie.

Sur le plan opérationnel, c'est le brancardier dit régulateur qui coordonne le balai des agents en fonction des besoins du plateau technique et des unités de soins. Ce sont des personnels plus expérimentés qui sont positionnés à ce poste.

Il est à noter que le **recours aux heures supplémentaires ou aux brancardiers vacataires est fréquent** dans l'établissement. Entre 25 et 60

---

<sup>1</sup> HAAS P.E. Préface. *Améliorer le transport interne des patients dans les hôpitaux et cliniques : retour d'expérience. Rapport de la Mission Nationale d'Audit Hospitalier (MEAH)*. [En ligne]. 2009,p.2 Disponible sur [http://www.aios.fr/Telechargements/Transp\\_Int\\_-\\_Retours\\_d\\_experience\\_v1.0.pdf](http://www.aios.fr/Telechargements/Transp_Int_-_Retours_d_experience_v1.0.pdf) (consulté le 28/02/2015).

prises de postes en 12 heures sont réalisées par ce biais chaque mois<sup>1</sup>. Cela représente un coût non négligeable pour l'établissement. La cause principale de ce fort besoin est l'absentéisme particulièrement important chez ces personnels. En 2014, le nombre de jours d'absences moyen par agent était de 18<sup>2</sup>.

Enfin, notons que la pénibilité du travail pour ces personnels est importante du fait des nombreux transferts de patients et des manutentions fréquentes de lits et brancards. Cette pénibilité a été relatée par les professionnels lors d'un audit sur le brancardage menée à l'été 2014.

Les accidents de travail n'objectivent pas ce phénomène car il n'y a eu qu'une déclaration entrant dans ce cadre en 2014. Toutefois, bien que ce ne soit qu'une hypothèse, l'absentéisme peut être considéré comme un des révélateurs de ce problème<sup>3</sup>.

#### *1.4.3.2 Le personnel du bloc opératoire*

Comme le déroulé du processus le laisse apparaître, des professionnels du bloc central sont directement impliqués dans la prise en charge du transport des patients. Les infirmiers de bloc opératoire ou de la SSPI utilisent le progiciel pour appeler les patients ou les faire remonter dans les unités de soins.

En fait c'est même l'ensemble des personnels du bloc qui est impacté par le mode de brancardage des patients. Ces professionnels, à l'exception des chirurgiens, ne sortent que très rarement du plateau technique. De fait, ils ne côtoient tous que des patients allongés.

Dans cette enceinte, les acteurs qui collaborent sont : brancardiers, agents de services hospitaliers, infirmiers en soins généraux, infirmiers de bloc opératoire, infirmiers en anesthésie-réanimation, cadres de soins, chirurgiens,

---

<sup>1</sup> Direction des soins. Fondation Oph. Rothschild. Décembre 2014.

<sup>2</sup> Direction des ressources humaines. Fondation Oph. Rothschild. Février 2015.

<sup>3</sup> DARES. Les absences au travail des salariés pour raison de santé: un rôle important des conditions de travail [En ligne]. 2013, pp.4-5. Disponible sur [http://www.aractidf.org/sites/default/files/centredocumentaire/DARES\\_2013-009\\_Absence-travail-salaries-impact-conditions-de-travail.pdf](http://www.aractidf.org/sites/default/files/centredocumentaire/DARES_2013-009_Absence-travail-salaries-impact-conditions-de-travail.pdf) (Consulté le 11/01/15).

anesthésistes. Un changement des modalités d'accompagnement aura donc un impact sur eux tous.

#### *1.4.3.3 Infirmiers et aides-soignants des unités de soins*

Les personnels des unités d'hospitalisation sont théoriquement en contact direct avec les brancardiers, car ils valident le départ des patients dont ils ont la charge dans les unités d'hospitalisation et les accueillent à leur retour du bloc opératoire. Dans les faits, il a été observé que les rencontres physiques et les communications orales entre brancardiers et infirmiers se produisent trop peu au départ du patient (59% des cas)<sup>1</sup>. C'est un non respect des procédures que les IDE expliquent par un manque de disponibilité. Et c'est d'ailleurs une plainte clairement exprimée par les agents de transport. Or, cela présente un risque de perte d'informations dommageable pour le patient ou l'organisation.

L'analyse ci-dessus pointe les améliorations nécessaires à l'optimisation du transport du malade au sein de la structure. Au regard de cette étude, une réorganisation s'envisage donc, autour de trois axes :

- la fluidité du circuit, de la quelle résulterait non seulement une meilleure circulation, mais aussi un meilleur respect des horaires d'entrée en salle opératoire.
- l'amélioration de la prestation offerte aux patients en termes de confort et de dignité.
- un travail sur les ressources humaines notamment sur les questions d'absentéisme et de recours aux vacataires.

---

<sup>1</sup> Audit FOR sur le brancardage des patients. 2014.

## 2. ACCOMPAGNER LE PATIENT DEBOUT AU BLOC OPERATOIRE, UNE DYNAMIQUE NOUVELLE

### 2.1 LE PROJET DIT DU « PATIENT DEBOUT »

A l'origine de tous les projets sont des idées. L'idée d'accompagner le patient debout au bloc opératoire n'est pas nouvelle, bien que récente et très peu déployée. Quelques établissements Nord-américains (Cincinnati, Sloan Kettering Hospital à New-york...) et Français (Institut Paoli-Calmettes à Marseille, Centre Léon Bérard à Lyon...) l'ont déjà mise en œuvre et ont communiqué à ce sujet.

Etant au fait des problématiques liées au brancardage à la FOR, il m'a semblé que leur idée était intéressante et pouvait répondre à nos besoins. J'ai donc utilisé cette idée dans le cadre de la mission fixée par mon directeur général pour l'amélioration du transport interne des patients hospitalisés.

Il m'a fallu, avant de travailler à la mise en place concrète, **préciser le projet**, c'est-à-dire donner corps à l'idée. Et surtout, j'ai dû vérifier **la pertinence d'une telle organisation** et **l'adaptabilité** pour mon établissement.

Pour ce faire, je me suis rendu au Centre Léon Bérard (CLB) en novembre 2014 pour réaliser un « benchmarking » détaillé. J'ai couplé celui-ci à la méthode QQQQCCP afin d'éviter toutes omissions dans le projet. La méthode QQQQCCP ou « l'hexamètre dit de Quintilien, dans *De institutione oratoria*, pose les 'circonstances' suivantes : la personne ; le fait ; le lieu ; les moyens ; les motifs ; la manière ; le temps »<sup>1</sup>. Puis, pour m'assurer de la qualité et de la sécurité de l'organisation, j'ai réalisé un plan de maîtrise prévisionnelle des risques en lien avec la direction qualité de l'établissement.

Nous allons définir dans ce chapitre en quoi consiste précisément ce projet, quels en sont les bénéfices attendus et les éventuels risques. Enfin nous verrons comment évaluer la réussite de celui-ci.

---

<sup>1</sup> Wikipédia. <http://fr.wikipedia.org/wiki/QQQQCCP#Origine> (Consulté le 07/03/2015).

## 2.1.1 Description de la nouvelle organisation

### 2.1.1.1 Le circuit standard

Le projet du « Patient debout » consiste à remplacer le mode de transport en brancard, par un accompagnement à pied lors du mouvement du patient vers le bloc opératoire. Cette démarche concerne en premier lieu la phase pré-opératoire mais a aussi un impact sur l'ensemble du circuit du patient opéré au sein de la Fondation.

En pratique, à la demande du régulateur, un brancardier va chercher le patient dans l'unité de soins, mais contrairement à la démarche classique, il s'y rend sans brancard. Une fois dans l'unité de soins, il se présente au chevet du patient pour lequel le **départ debout** a été préalablement **validé par un infirmier**. Le brancardier escorte le patient à pied (habillé d'un pyjama spécifique) jusqu'à une salle dédiée, aménagée à l'entrée du bloc central. L'habillage du malade y est finalisé afin de respecter les normes d'hygiène en vigueur. Il y enfile charlotte et surchaussures. Les éventuels effets personnels conservés pour le chemin sont rangés dans un sac vestiaire qui suivra l'opéré tout au long du parcours.

Puis un infirmier de bloc opératoire (IBODE) du plateau technique vient à sa rencontre pour l'accompagner cette fois jusqu'à l'intérieur de la salle d'intervention. Dans la mesure de ses capacités, **l'utilisateur s'installe seul** sur la table opératoire.

Environ vingt minutes avant la fin de l'intervention, l'IBODE de la salle d'opération prévient le brancardier régulateur. Celui-ci fait acheminer en SSPI **le lit du patient** par un brancardier extérieur. La personne opérée y est transférée après l'intervention. Elle y subit alors les surveillances habituelles et rejoint son unité de soins directement dans son lit, poussé par un brancardier.

### *2.1.1.2 La population et les critères d'inclusion*

L'accompagnement du patient debout concerne toutes les spécialités chirurgicales de l'établissement, excepté la neuroradiologie interventionnelle qui a un bloc dédié et le circuit extra court où le retour à la rue est immédiat après l'intervention (Pas de brancardage, aucune anesthésie). Le mode de **transport à pied devient le mode de transport par défaut** au sein de la structure. C'est-à-dire qu'entrent dans ce processus **tous les patients adultes** en mesure de se rendre à pied au bloc quelque soit le mode de prise en charge, ambulatoire ou conventionnelle. Cela représente entre 30 et 40 patients par jour<sup>1</sup>.

Cette capacité correspond à la satisfaction de critères spécifiques appréciés par l'IDE qui est en charge du patient. Bien sûr, son autonomie, physique et cognitive, est un critère déterminant, mais aussi son niveau d'éveil. En effet, après étude du bénéfice/risque par le service d'Anesthésie – Réanimation, il a été décidé de **maintenir la prémédication** préopératoire. En conséquence, l'évaluation de la sédation est un élément clé afin de minimiser les risques de chute ou de malaise sur le circuit. Dans le nouveau schéma, l'infirmier(e) renseigne une échelle, appelée score de sédation (*Cf. Annexe 1*). En fonction du résultat elle peut invalider le départ debout.

### *2.1.1.3 Cas particulier : Départ debout impossible*

Deux cas peuvent interdire le départ debout, l'invalidation infirmière liée à l'état de santé du patient (handicap, difficultés à la marche, intubation, appareillage important, ou sédation jugée trop profonde). Le nombre est estimé à 3 ou 4 patients par semaines<sup>2</sup>. Ou alors, le refus non négociable de celui-ci. Le brancardage classique est alors le moyen de transport utilisé. Pour ce faire, un **brancard est positionné en permanence** dans les unités de soins. Ainsi, la décision de transport en brancard peut être prise à tout moment par l'IDE sans perturbation de l'organisation des brancardiers. Dans cette configuration, le circuit reste identique à celui en place avant la

---

<sup>1</sup> Direction des soins. Fondation Ophtalmologique Rothschild. Janvier 2015.

<sup>2</sup> Direction des soins. Fondation Ophtalmologique Rothschild. Janvier 2015.

réorganisation pour les patients descendant en lit, le transfert est réalisé en salle de réveil.

La descente en chaise roulante ne peut pas être une solution intermédiaire car lorsque l'IDE valide un départ debout, il/elle reconnaît dans le même temps la capacité du patient à attendre seul dans la salle d'attente. Si un patient descend en chaise roulante car jugé difficilement réveillable, il serait de toute façon dans l'obligation de marcher à l'intérieur du bloc opératoire, les fauteuils y étant interdit. Cette alternative n'est pas envisageable car elle impliquerait une nouvelle évaluation au niveau de la salle d'attente par un autre infirmier, ce qui complexifierait le circuit et les responsabilités.

## 2.1.2 Les bénéfices attendus

### 2.1.2.1 *Le patient au centre du processus*

Comme nous l'avons vu en première partie, le fait d'être allongé ou debout procure à l'Homme une relation toute différente à ce qui l'entoure, particulièrement en termes de communication et de dignité. Alors que les établissements de santé s'inscrivent aujourd'hui dans une démarche d'amélioration de la qualité, les questions de dignité et de respect du patient sont de vrais enjeux pour les organisations soignantes. Elles sont d'ailleurs inscrites dans la loi <sup>1</sup>(Code de la Santé Publique) et font partie des critères de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>2</sup>. Le fait d'accompagner le patient debout au bloc implique une démarche bientraitante qui repositionne le patient comme l'égal du soignant. Cette idée de dignité recouvrée est un axe majeur ressortant de l'enquête menée en 2011 par le CLB. A la question

---

<sup>1</sup> Article L1110-2 du Code de la Santé Publique. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/> (Consulté le 20/02/2015).

<sup>2</sup> Critères 2b et 21b.

HAS. Manuel de certification des établissements de santé V2010 de Janvier 2014 [En ligne] Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel\\_v2010\\_janvier2014.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf) (Consulté le 25/03/2015).

**« Qu'apporte le fait d'arriver debout ? », 43% des personnes interrogées ont répondu : de la Dignité [première réponse en % avant notamment Sécurité (23%) et Pas de changement (13.5%)]<sup>1</sup>.**

Bien que ce soit intriqué avec la notion de dignité, il est utile de souligner que l'accompagnement à pied change aussi le statut du patient. La dignité est propre à la personne, tandis qu'il est entendu dans le statut le lien avec autrui<sup>2</sup>. Avec une telle organisation, le patient est Homme avant d'être usager, il est une personne avant d'être un malade. Ce ressenti a été exprimé par plusieurs patients dans l'enquête citée précédemment : « je ne suis pas considéré comme un malade ».

Les patients sont, de fait, plus libres de leurs mouvements avec cette nouvelle pratique. Les contraintes sont diminuées car il n'y a plus les barreaux du brancard autour d'eux. De plus, ils ne sont plus sous le contrôle d'un tiers mais acteur dans l'organisation. Les résultats de l'enquête du CLB, corroborent l'étude de Kojima qui suggère **qu'entrer au BO à pied contribue à la diminution de l'anxiété préopératoire**<sup>3</sup>. Les usagers qui ont essayé cette méthode évoquent : « moins de stress », disent être « plus détendu », ressentent de la « sérénité » et « moins de peur »<sup>4</sup>.

Enfin, de part la diminution du nombre de transferts entre différents plans inclinés, il existe un gain de confort pour l'opéré. En effet quand la méthode classique compte huit translations (Trajet Aller et Retour), la nouvelle organisation n'en dénombre que trois. Aussi, les temps d'attente sur le brancard sont supprimés, temps signalés comme inconfortables tel que nous l'avons vu précédemment.

Les éléments ci-dessus laissent penser que les patients seront globalement favorables à cette modalité de transfert vers le BO à la

---

<sup>1</sup> Enquête de satisfaction interne menée auprès de 115 patients ayant réalisés le trajet vers le bloc debout. Lyon : Centre Léon Bérard, 2011.

<sup>2</sup> Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/statut> (Consulté le 23/03/2015).

<sup>3</sup> KOJIMA Y. Relieving anxiety by entering the operating room on foot. *Canadian Journal of Anesthesia*, n° 49, 2002, pp 885-886.

<sup>4</sup> Enquête de satisfaction interne menée auprès de 115 patients ayant réalisés le trajet vers le bloc debout. Lyon : Centre Léon Bérard, 2011.

Fondation. Plusieurs études<sup>1</sup> valident cette hypothèse, notamment celle menée au Centre Hospitalier Universitaire de Nice (*cf. annexe 2*) qui montre que plus de **97% des patients sont satisfaits** ou très satisfaits par ce mode de transport<sup>2</sup>. De surcroît, un autre apport intéressant de cette étude est qu'elle ne relève pas de différence de satisfaction selon l'âge ou la pathologie de la personne. En d'autres termes, c'est bien l'ensemble des individus répondant aux critères d'inclusion qui semblent tirer bénéfice de la méthode dite du « patient debout ».

### 2.1.2.2 Quels gains pour l'organisation ?

Les bénéficiaires du projet ne sont pas que les usagers, l'organisation en elle-même se trouve améliorée en satisfaisant d'avantage les objectifs du processus. Tout d'abord, l'accompagnement à pied fluidifie le circuit. En supprimant les transferts lits-brancards pour les trajets allers, le parcours est un flux dynamique permanent entre l'unité de soins et le BO. Le phénomène de « Stop and Start »<sup>3</sup> est supprimé. De plus, le nombre de brancards nécessaires au bon fonctionnement de l'ensemble de l'organisation du transport interne diminue de facto. Cela permet de désengorger la passerelle reliant le plateau technique aux unités de soins sur laquelle sont en partie stockés les brancards non utilisés.

Par ailleurs, grâce à ce schéma plus fluide, une diminution des retards d'entrée en salle d'intervention s'envisage également. Bien que je ne dispose pas d'éléments chiffrés sur cette question, plusieurs arguments convergent en ce sens. Car, non seulement le temps d'accompagnement des patients au bloc devrait être en moyenne plus rapide qu'avec l'organisation classique, mais le brancardier a également la possibilité d'escorter deux malades en même temps.

---

<sup>1</sup> NAGRAJ S, INGHAM CLARK C. Which patients would prefer to walk to theatre? [En ligne]. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, n°48, 2006, pp 172-173. Disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16551412#> (Consulté le 12/02/15).

<sup>2</sup> L. LEVRAUT, M. RAUCOULES, S. LALOUM et al. Le patient debout. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2014, A419, p33.

<sup>3</sup> Progresser avec interruptions.

Enfin, compte-tenu de la nécessité pour les IDE de valider la station debout au moment du départ du patient de l'unité, une rencontre physique et une transmission orale ont lieu entre le brancardier et le soignant. Afin de garantir ceux-ci, le passage de relais est tracé par les paraphe des deux professionnels sur la fiche de liaison bloc-unités de soins qui comprend aussi le score de sédation.

### *2.1.2.3 Des avantages en termes de ressources humaines*

Les personnels brancardiers, acteurs majeurs de cette nouvelle pratique, sont directement impactés par le changement. Nous étudierons plus loin comment celui-ci a été géré à la FOR, mais d'abord voyons quels sont les apports pour ces professionnels. La diminution de la pénibilité est certainement le premier avantage pour les brancardiers. En effet, accompagner les personnes à pied diminue considérablement la manutention jugée comme difficile. A ce propos, l'étude de Nice indique que 100% des brancardiers sont satisfaits de ce mode de transport ; et note parmi les raisons de cette satisfaction la diminution des « manipulations »<sup>1</sup>.

Si la diminution de la pénibilité est un bénéfice pour l'agent, elle l'est aussi pour l'hôpital qui sera alors probablement moins exposé au problème d'absentéisme. Le lien entre condition de travail et absence pour raison de santé est mis en évidence par la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES). Cet organisme a démontré que « l'absentéisme augmente fortement avec le niveau d'exposition aux contraintes physiques »<sup>2</sup>. Parmi ces contraintes, il cible entre autres le port de charges lourdes ou les postures pénibles. En diminuant la fréquence d'exposition à ces conditions, l'organisation « patient debout » devrait réduire l'absence des salariés pour raison de santé. Par conséquent, c'est aussi le recours aux vacataires qui diminue, ceux-ci étant principalement embauchés pour faire face aux arrêts maladie.

---

<sup>1</sup> L. LEVRAUT, M. RAUCOULES, S. LALOUM et al. Le patient debout. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2014, A419, p33.

<sup>2</sup> DARES. Les absences au travail des salariés pour raison de santé: un rôle important des conditions de travail [En ligne]. 2013, pp.4-5. Disponible sur [http://www.aractidf.org/sites/default/files/centredocumentaire/DARES\\_2013-009\\_Absence-travail-salaries-impact-conditions-de-travail.pdf](http://www.aractidf.org/sites/default/files/centredocumentaire/DARES_2013-009_Absence-travail-salaries-impact-conditions-de-travail.pdf) (Consulté le 11/01/15).

L'allocation des ressources humaines est également modifiée. En effet, les brancardiers positionnés à l'intérieur du bloc pour aider à l'installation des patients sont moins sollicités (compte-tenu du fait que la plupart des futurs opérés montent seuls sur les tables d'opération avant d'y être endormis). Les effectifs peuvent alors être redéployés sur d'autre poste tel que la SSPI ou l'extérieur du BO.

Les bénéfices du projet pour les professionnels peuvent aussi être analysés sous l'angle psycho-social. Alors que les institutions demandent davantage de performance et privilégient de plus en plus la technicité, le fait d'accompagner le patient debout s'inscrit dans une démarche naturelle. Le rôle de l'agent y est modifié. Il est investi non plus du rôle de transporteur vers le bloc mais d'une mission de communication et de garantie de bien-être du patient. Ce changement donne un sens nouveau au travail sur lequel il convient de s'appuyer lors de la mise en place du projet.

### 2.1.3 Les risques et leurs moyens de maîtrise

Tout système organisationnel est imparfait et comporte des risques nuisibles à la qualité du produit ou du service, c'est le cas pour le nouveau schéma proposé. Heureusement, des moyens existent pour rendre ces risques tolérables.

Le processus d'accompagnement du patient debout au bloc opératoire comporte de nombreuses étapes et nécessite la coordination de plusieurs acteurs. Chaque étape peut être source de dangers génériques (identitovigilance, respect de la personne) ou spécifiques (chutes). Pour s'assurer du bon déroulement du circuit et la qualité de la prise en charge, chacune de ces étapes doit être analysée. Ainsi, en fonction des vulnérabilités identifiées, il convient de vérifier si des moyens de maîtrise existent ou de réfléchir à leur mise en place dans le processus avant son application effective.

J'ai réalisé ces travaux avec le Directeur Qualité et la gestionnaire de risque de la Fondation Rothschild. Leur expertise et l'approche transversale nous a permis d'établir une Analyse Prévisionnelle des Risques (APR).Ce

travail de groupe permet l'identification d'événements redoutés, et ainsi d'établir une cartographie des situations dangereuses. (Cf. Annexe 3). Chaque risque est ensuite coté grâce à une matrice de criticité et un index de risque, ce qui permet une hiérarchisation. Au regard des risques, sont opposés les actions prévues afin de vérifier si elles les rendent acceptables. (Cf. Annexe 4).

Ci-dessous, un tableau des risques les plus critiques identifiés et les moyens de maîtrise associés, anticipés dans le processus « Patient Debout » :

Risques	Moyens de maîtrise
Erreur de dossier Erreur de patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Transmission physique systématisée entre brancardier et soignant de l'unité.</li> <li>-Formalisation dans la procédure de transfert.</li> <li>-Traçabilité de cette transmission sur la check-list de départ.</li> <li>-Procédures identitovigilance existantes.</li> </ul>
Refus du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mise en place d'un support de communication et d'information à destination des patients.</li> <li>-Planification du circuit de diffusion du support dans le parcours de soin du patient.</li> <li>-Mise en place d'une information sur le site internet.</li> </ul>
Malaise du patient dans le sas / Chute du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Utilisation d'un score de sédation dans l'arbre décisionnel IDE. En fonction du résultat, exclusion du patient du circuit de transfert à pied.</li> <li>-Mise en place d'un hublot donnant sur le SAS permettant une surveillance régulière des patients.</li> <li>-Mise en place des sur-chaussures antidérapantes pour les patients (intra bloc).</li> </ul>

## 2.1.4 Les prérequis matériels et techniques

La mise en place de ce projet nécessite non seulement le changement des habitudes de travail des personnels, thème qui sera développé dans le chapitre suivant, mais aussi des modifications architecturales et matérielles afin d'effacer quelques contraintes.

### 2.1.4.1 La tenue du patient

Le sujet de la tenue vestimentaire du patient, souvent repris par les médias pour des questions de remise en cause de la dignité<sup>1</sup>, est au cœur du projet. Alors que l'un des objectifs du nouveau processus est d'améliorer cette dignité, il semble difficilement concevable de le laisser marcher debout dans les couloirs de l'hôpital avec une blouse laissant apparaître son intimité.

A ce propos, la charte du patient hospitalisé est très claire : « Le respect de l'intimité de la personne doit être préservé lors des soins, [...] des brancardages et, plus généralement, à tout moment de son séjour hospitalier<sup>2</sup>. » C'est pourquoi le premier prérequis est de modifier cette tenue par un dispositif habillant complètement le patient. Après discussion avec les acteurs, le choix le plus pertinent est le pyjama complet en papier qui peut être découpé au bloc opératoire en fonction des besoins.

Toujours dans cette perspective de respect du patient, il convient de le laisser rejoindre la salle d'attente du bloc avec ses effets personnels tels que lunettes, dentiers et prothèses auditives. Effectivement, il serait dangereux d'accompagner le malade sans lunettes dans un lieu qui lui est inconnu. De plus, l'idée d'une meilleure communication avec le soignant est un non sens si le malade est privé des appareils qui lui permettent de parler ou d'entendre.

A ces éléments vestimentaires, s'ajoutent les sur-chaussures antidérapantes évoquées dans l'APR qui permettront de diminuer le risque de chute.

---

<sup>1</sup>FARFADOC. Médecin généraliste bloggeuse à l'origine d'une pétition contre les blouses portées à l'hôpital en 2012. NouvelObs. <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/606737-blouses-d-hopital-ouvertes-sur-les-fesses-respectons-la-dignite-des-patients.html> (Consulté le 28/03/15).

<sup>2</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Charte du patient hospitalisé. 2006. p.15. Disponible en ligne sur [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_a4\\_couleur.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf) (Consulté le 28/03/15).

#### *2.1.4.2 Quelques aménagements nécessaires*

Comme évoqué dans la description des locaux, le circuit du patient opéré comprend un passage par une passerelle en verre, passerelle située au 2<sup>em</sup> étage, visible depuis la cour de l'établissement. Lorsque les patients circulent allongés sur des brancards, l'angle ne permet pas aux visiteurs de les apercevoir. Cependant, le fait que les futurs opérés soient debout permet d'observer le balai. Dans le cadre du respect de l'intimité des usagers, sur cette passerelle devront donc être apposées des filtres opacifiant sur les vitres.

Un deuxième aménagement, plus conséquent, est celui du sas à transformer en salle d'attente confortable à l'ambiance relaxante. Le sas est une zone très froide, éclairée par des néons, dont la seule fonction est le transfert de la zone extérieure à la zone intérieure du bloc. Afin de rendre l'attente des patients la plus agréable possible et de diminuer leur éventuelle anxiété préopératoire, des transformations sont nécessaires. Cela passe par le choix de peintures aux teintes reposantes et d'un nouveau système d'éclairage<sup>1</sup>, mais peut aussi aller plus loin. Par exemple, la diffusion d'images et de sons relaxants de la nature, est un procédé qui améliore les conditions d'attentes des usagers<sup>2</sup>. L'achat de mobilier pour cet espace est également indispensable afin que les patients puissent s'y asseoir ainsi que pour y stocker le petit matériel.

#### *2.1.4.3 Achat de nouveaux matériels*

Compte-tenu du fait que les lits des patients quittent les unités de soins pour aller jusqu'en SSPI lors du trajet Retour postopératoire, ceux-ci doivent être en bon état de marche. Or, lors de l'évaluation de l'existant, il a été constaté que le parc de lits d'une unité d'hospitalisation (Neurochirurgie) était obsolète. En effet, leur acquisition remonte à d'une dizaine d'années.

---

<sup>1</sup> E. CHABAY, C. PIGNOUX, M. CHINOUILH et al. Congrès national d'anesthésie et de réanimation. *Accueil au bloc opératoire : Prise en charge de l'anxiété*. [En ligne]. Paris Ed. Elsevier Masson, 2009. Disponible sur [http://www.sfar.org/acta/dossier/2009/inf\\_B978-2-8101-0173-3.c0006.html](http://www.sfar.org/acta/dossier/2009/inf_B978-2-8101-0173-3.c0006.html) (Consulté le 12/01/2015)

<sup>2</sup> Ibid.

D'ailleurs, les brancardiers se sont plaints de difficultés de manœuvre avec ces lits au cours de l'audit de l'été 2014. En conséquence, l'achat de nouveaux lits pour ce service est à prévoir avant la mise en place des nouvelles modalités de brancardage.

De plus, l'achat de sièges pour le salon d'accueil et d'un écran 48 pouces est à prévoir.

### 2.1.5 Eléments financiers

Alors que nous venons d'aborder les achats à effectuer, nous devons préciser quelques données pécuniaires du projet. Rappelons tout d'abord que la Fondation Rothschild est un établissement en bonne santé financière<sup>1</sup>. En 2013, le résultat net comptable était de 810 k€. La Fondation investit chaque année pour l'amélioration de son parc matériel et la rénovation des locaux (5 104 470€ d'investissement en 2013), tout en maintenant un taux d'endettement raisonnable (le taux de la dette par rapport aux produits était de 15% en 2013 [seuil d'alerte ARS : 30%]). Cet équilibre financier permet à la structure de supporter divers projets dans la mesure où les coûts en sont maîtrisés.

#### 2.1.5.1 Investissement initial

Le nouveau circuit, nécessitant des aménagements de locaux, présente un coût en termes de travaux. Toutefois, celui-ci est limité compte-tenu de leur nature (environ 8000 euros d'après les services techniques).

Le renouvellement du parc de lits du service de neurochirurgie représente la somme la plus importante dépensée pour le projet (87 000 euros), mais elle ne lui est pas directement imputable.

Par ailleurs, l'installation d'un écran pour affichage dynamique dans la salle d'attente représente un coût de 2400 euros.

---

<sup>1</sup> Fondation Ophtalmologique Rothschild. Rapport d'activité et de gestion 2013.

#### *2.1.5.2 Coûts de fonctionnement liés à l'activité.*

Le fait que les patients soient porteurs d'un pyjama entier à usage unique et la nécessité d'un sac vestiaire pour chacun d'entre d'eux représente un coût d'1,50 euro par personne et par intervention auxquels vont s'ajouter des frais supplémentaires de traitement des déchets. Sur ce dernier point, une expérience de six mois minimum est nécessaire pour définir précisément le montant. Il n'y a pas de certitude quant à ce surplus, les tarifs de traitement des déchets à la Fondation (sous-traitance) fonctionnant par tranches.

Compte-tenu du nombre d'interventions annuelles à la FOR, le total peut paraître important. Toutefois, étant donné que les opérés n'utiliseront plus les blouses en tissu, ces nouvelles tenues entraîneront une diminution des coûts de location et d'entretien du linge (société prestataire) permettant de relativiser ce montant.

#### *2.1.5.3 Des avantages financiers ?*

Parmi les bénéfices attendus abordés plus tôt, il y a la diminution du recours aux vacataires. Cette diminution du besoin en ressources humaines, entraînerait de fait des économies sur les frais de personnels.

De plus, la nouvelle organisation va être une valeur ajoutée en termes d'image pour l'établissement. En effet, de par le système de certification et les contraintes économiques, les prestations des établissements tendent à se standardiser, la Fondation se démarquera alors grâce à cette nouvelle modalité. En conséquence, sous réserve d'une bonne communication et d'un bouche à oreille positif, l'accompagnement au bloc à pied peut être un facteur d'attractivité pour l'établissement sur le moyen à long terme ; c'est à dire une augmentation de l'activité et des recettes supplémentaires.

## 2.1.6 L'évaluation du projet

L'évaluation de la nouvelle organisation, c'est-à-dire la mesure des éventuelles améliorations quantitatives ou qualitatives sera réalisée de deux manières. La première reposera sur la comparaison d'indicateurs avant et après la mise en place du processus tandis que la seconde reposera sur l'évaluation de la satisfaction des patients et des personnels.

### *2.1.6.1 Indicateurs de réussite*

Ce sont trois indicateurs qui seront utilisés pour vérifier la pertinence du projet. La mesure de ces indicateurs débutera après un temps de rodage de trois mois pour ne pas créer un biais lié à l'adaptation progressive des professionnels.

Afin de mesurer l'efficacité du schéma sur la fluidité du circuit, l'engorgement de la passerelle sera évalué. Pour ce faire, l'indicateur retenu est le nombre moyen de brancards présents sur la passerelle à 10h00. Ce résultat est obtenu par un décompte réalisé par le référent brancardier tous les jours pendant une période de deux semaines.

Un des bénéfices attendus étant la diminution des retards d'entrée des patients en salle d'intervention, ceux-ci seront également mesurés. La comparaison s'effectuera en opposant les données actuellement disponibles avec d'autres recueillis sur une période d'un mois par extraction du logiciel métier.

Enfin, pour vérifier l'impact sur la pénibilité du travail et valider la diminution éventuelle de l'absentéisme, celui-ci sera mesuré sur une période de six mois. La mise en œuvre du projet étant prévue pour 2015, la pertinence de ce résultat ne sera vraiment visible qu'en comparant l'année 2016 à l'année 2014.

#### *2.1.6.2 Mesure de la satisfaction*

Deux questionnaires de satisfaction ayant pour objectif de recueillir les avis des usagers et des professionnels ont été créés. Le document destiné aux patients comporte des questions concernant le vécu du nouveau circuit, les apports. Il évalue aussi par une question binaire si le patient souhaite une telle organisation pour une éventuelle prochaine intervention. D'autre part, différents items seront appréciés tels que l'information, la communication avec les brancardiers et les infirmiers du bloc, ou encore le confort.

La satisfaction des professionnels sera aussi évaluée, mais sous un angle plus managérial, afin de vérifier leur adhésion ou leur rejet de l'organisation. Ce sentiment est entre autres déterminé par la façon dont le projet est mis en œuvre au sein de la structure comme nous allons le voir dans le chapitre suivant.

## 2.2 MANAGEMENT DU PROJET ET ACCOMPAGNEMENT DU CHANGEMENT

L'ensemble des points évoqués précédemment ont permis de comprendre qu'en ce qui concerne le projet du « patient debout », il ne s'agit pas simplement de supprimer les brancards, mais bel et bien de revoir l'ensemble de l'organisation de transport interne vers le bloc opératoire. Ce projet implique donc de changer, et de la manière dont le changement est mené dépend sa réussite. A travers cette partie, j'aborderai thématiquement, à l'aide d'apports théoriques et empiriques, comment mes collaborateurs et moi-même avons travaillé à l'orchestration du nouveau mode de transport et à son acceptation par les professionnels et les usagers.

### 2.2.1 Identifier les résistances et les soutiens

De manière pragmatique et naturelle, l'une des premières questions que se pose le manager qui s'apprête à porter une idée ou un projet nouveau est celle des soutiens ou au contraire des opposants qui pourraient freiner son développement. Mais seule, la compréhension des origines de ces résistances permettra de travailler ensuite à leur effacement.

#### 2.2.1.2 *Des facteurs politiques favorables*

Mon projet nécessite un changement des organisations de travail profond. Il implique une évolution culturelle au sein de la structure et des investissements financiers. En termes de jeux politiques, il a donc été indispensable avant sa mise en œuvre, d'obtenir un soutien franc des instances dirigeantes. La première de celles à laquelle je l'ai présenté était le comité de direction de la FOR, puis quelques jours plus tard au comité de gestion (composé du président de CME, de chefs de département, de la direction générale et de la direction des soins).

Pour convaincre ces acteurs, outre un projet cadré et sérieux, un des éléments clé de ma présentation a été l'utilisation de l'expérience du Centre Léon Bérard comme référence. Le fait d'aborder la réussite d'une entreprise du «patient debout», dans un établissement ayant des problématiques similaires

aux nôtres, a entraîné l'approbation finale de l'auditoire. Ce phénomène est décrit par DiMaggio et Powell à travers le concept d'isomorphisme mimétique<sup>1</sup>. «Cette dynamique prend la forme de l'imitation des comportements les plus facilement identifiables ou les plus utilisés par les organisations apparaissant comme légitimes dans un champ»<sup>2</sup>.

Les avis favorables de ces comités m'ont procuré une grande liberté au cours du déploiement, car non seulement j'ai su que le projet serait financé mais surtout j'avais le soutien des acteurs politiques principaux de la Fondation, notamment le directeur général et le président de CME. Cependant, cela est insuffisant pour changer toute une organisation comme le souligne cette citation d'Edgar Faure: «*En voulant décréter le changement, l'immobilisme s'est mis en marche et je ne sais plus comment l'arrêter*»<sup>3</sup>.

#### 2.2.1.1 L'incertitude des acteurs

Changer signifie « transformer, modifier<sup>4</sup> » mais aussi « remplacer, renouveler, mettre à la place quelque chose de différent mais de même nature ou fonction<sup>5</sup> », et cela implique pour les professionnels des éléments nouveaux, non mesurables au départ, sources de questionnements et d'inquiétude. Le changement génère l'inconnu. A ce titre, il incite l'individu à résister. En effet, l'inconnu augmente la zone d'incertitude du travailleur et l'incite à camper sur ses positions par intérêt personnel (M. CROZIER). Cette idée est aussi présente dans les travaux de Céline BAREIL et André SAVOIE<sup>6</sup> qui définissent différentes phases de préoccupation des professionnels face au changement. Une des premières phases qu'ils décrivent correspond à des

---

<sup>1</sup>DIMAGGIO J., POWELL W. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. American Sociological review, avril 1983 volume 48, pp. 147-160.

<sup>2</sup> HUAULT I. Paul DIMAGGIO et Walter POWELL. Des organisations en quête de légitimité. Les Grands Auteurs en Management [En ligne] EMS, 2009, p. 5. Disponible sur <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00671797> (Consulté le 04/02/15).

<sup>3</sup> AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., VAS A. Conduite du changement : concepts clés. 2ème Ed. Paris : Dunod, 2014, p.1.

<sup>4</sup> Centre National de Ressources Textuelles et lexicales. <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/changer> (Consulté le 12/04/2015).

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., VAS A. Céline BAREIL ET André SAVOIE, les phases de préoccupation du changement. In : Conduite du changement : concepts clés. 2ème Ed. Paris : Dunod, 2014.

« préoccupations centrées sur soi<sup>1</sup>». « *Le destinataire, inquiet, s'interroge [...] sur les conséquences du changement sur son rôle, sur ses responsabilités, son statut et son pouvoir de décision. Il a l'impression de ne plus maîtriser son avenir<sup>2</sup>*».

L'enquête menée auprès des professionnels du CLB corrobore cette idée et montre que c'est le changement qui rebute les professionnels et non pas le projet en lui-même. Il y apparaît que seulement 25% des professionnels du bloc opératoire estiment le projet envisageable avant son déploiement alors qu'ils sont 90% après un an de mise en place. De même, la satisfaction globale à propos de cette modalité de transport passe de 16% avant à 83% après la mise en œuvre<sup>3</sup>.

Grâce à ces éléments, j'ai identifié très tôt les acteurs qui pourraient s'opposer au nouveau schéma à la FOR et je les ai classés en trois groupes. Un premier composé des brancardiers, au cœur du nouveau modèle. Un autre, regroupant les divers professionnels soignants, infirmiers, médecins, aides-soignants. Enfin, le dernier ensemble est celui des usagers. Ces groupes identifiés, j'ai pu affiner mon approche managériale pour susciter l'adhésion au projet.

## 2.2.2 Inviter les acteurs à changer

### 2.2.2.1 Diminuer les forces de résistance

Obtenir l'adhésion des acteurs a été la part du travail qui a demandé le plus d'énergie. Pour ce faire, je me suis particulièrement inspiré des travaux de Kurt Lewin qui aborde la gestion du changement en s'appuyant sur les groupes en présence. Il analyse cet état comme « *un champ dynamique de forces opposées, les unes favorables au changement et les autres favorables à*

---

<sup>1</sup> AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., VAS A.. Céline BAREIL ET André SAVOIE, les phases de préoccupation du changement. In : Conduite du changement : concepts clés. 2ème Ed. Paris : Dunod, 2014, p154.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Enquête de satisfaction interne menée auprès des professionnels du bloc opératoire. Lyon : Centre Léon Bérard, 2012.

*la stabilité*<sup>1</sup> ». Bien qu'il soit aussi possible d'augmenter les forces propulsives, c'est-à-dire les acteurs qui jugent leur gain supérieur à leur perte, pour atteindre la situation souhaitée, il invite plus particulièrement à diminuer les forces de résistance (Autissier, Vandangeon-derumez et Vas, 2014). Aussi, dans notre cas, je me suis assuré d'abord de l'absence de résistance des patients, représentés par la CRUQPC (Commission de relation avec les usagers et de la la qualité de la prise en charge). Je leur ai pour cela présenté le projet en commission. Leur avis a été très favorable, bien plus que je ne l'imaginais. De ce fait, sans qu'ils ne le sachent, les usagers sont devenus une force propulsive, car l'expression de leur soutien massif au projet a été un levier important auprès des professionnels. Cela s'explique en particulier par une question de culture, nous y reviendrons.

#### *2.2.2.2 La dé cristallisation des normes de groupes*

Grâce à l'audit sur le brancardage à la FOR, mené à l'été 2014 et auquel j'ai participé, j'ai pu mettre en œuvre six mois plus tard une des phases du modèle de changement proposé par Lewin, la dé cristallisation. Cette étape « correspond à l'abandon des comportements et des attitudes habituelles et à la création d'une motivation à changer <sup>2</sup> ». Il s'agit en premier lieu de pointer les insatisfactions et à échanger dessus par une discussion en groupe. A cet effet, je suis revenu lors d'une première réunion avec les brancardiers sur les résultats de l'audit pendant lequel ils avaient été nombreux à soulever des dysfonctionnements organisationnels ou matériels du processus en vigueur. Puis de l'échange est naît « une prise de conscience du groupe du besoin de changer <sup>3</sup> ». Le terreau pour amorcer le changement est alors plus fertile dans la mesure où les professionnels diminuent les résistances liées à l'attachement au fonctionnement en cours.

---

<sup>1</sup>AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., VAS A.. Kurt LEWIN, Comment le groupe mène-t-il au changement des individus. In : Conduite du changement : concepts clés. 2ème Ed. Paris : Dunod, 2014, p.113.

<sup>2</sup>Ibid. p 116.

<sup>3</sup>Ibid.

### 2.2.2.3 Fédérer autour d'éléments de culture partagée

Que ce soit auprès des usagers, des brancardiers ou des autres soignants, l'argument qui a été le plus efficace lors de mes différentes présentations du projet a été celui de la dignité et du confort du patient. En effet ces notions renvoient aux fondements du travail des hospitaliers et s'inscrit dans le cadre d'une culture partagée entre les acteurs. Bien qu'à l'intérieur de l'établissement, une multitude de cultures d'équipe coexiste, l'amélioration de la qualité du Soins ou en tout cas le mieux-être du patient est une valeur partagée par tous. Certes, comme dans tout changement, les hommes évaluent gains et pertes éventuels, mais une forme de pression sociale incite les individus à agir tel que la norme du groupe, sa culture, le définit. « *Les cultures construisent des figures d'autorité et en chaque être humain une instance morale interne*<sup>1</sup> », et cela d'autant plus vrai chez les acteurs du monde hospitalier.

### 2.2.2.4 Insuffler du sens au travail

Si l'appui sur la culture est particulièrement efficace avec le groupe, à l'échelle de l'individu, la création de sens est un autre axe à considérer pour initier le changement. A ce titre, les travaux de Denis A. Gioia<sup>2</sup> à propos du sensemaking et du sensegiving invitent à créer et diffuser le sens du nouveau projet dans les conversations quotidiennes, même informelles et les routines. Après avoir diffusé la vision du nouveau schéma de transport lors d'une première réunion avec les brancardiers, j'ai missionné les cadres du plateau technique, membres du comité de pilotage, de reformuler et de « vendre » le projet au jour le jour dans leurs différentes interventions, comme pour disséminer les graines du changement. D'après Gioia, la construction et la diffusion de sens ne peut se réaliser que par l'action des tops managers. Elle se déroule aussi grâce à l'encadrement de proximité. Ainsi, « *la nouvelle*

---

<sup>1</sup> DUMOND JP, Les organisations de santé. *La grande transformation hospitalière*. Support de cours Master Management et santé. UPEC, 2014, p. 108.

<sup>2</sup> AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., VAS A. Denis A GIOIA, Construire et diffuser du sens pour changer. In : *Conduite du changement : concepts clés*. 2ème Ed. Paris : Dunod, 2014, pp. 97-103.

*stratégie n'est plus imposée [...], mais se construit progressivement par des jeux d'influence entre acteurs du processus<sup>1</sup>».*

### 2.2.3 En pratique : Coordination, institution, communication

Au total, le déploiement du projet « patient debout » s'étale sur neuf mois. Cette période est relativement courte compte-tenu de la teneur du changement à mettre en œuvre et des pré-requis techniques. Néanmoins, en octobre 2014, je le choisis ainsi, en accord avec ma direction générale (*Cf. Lettre de mission- Annexe 5*), afin de créer un élan dynamique autour du projet. Le déroulé des actions suit un calendrier précis (*Cf. Annexe 6*) qui tient compte à la fois des aspects opérationnels mais aussi politiques.

Alors que nous avons abordé précédemment différents concepts managériaux utilisés lors du déploiement, nous verrons ici de manière plus pragmatique les choix qui ont été fait quant au pilotage.

#### 2.2.3.1 Coordination des acteurs

Afin de manager l'ensemble des opérations du projet, j'ai créé dans un premier temps un comité de pilotage (CoPil) sous ma responsabilité. Celui-ci est composé des cadres de soins du bloc opératoire, d'anesthésie et de l'unité Ophtalmologie / ORL, unité génératrice d'un gros volume d'activité. Le choix de ces professionnels n'est pas anodin, le cadre du bloc est responsable des brancardiers et le cadre d'anesthésie est en lien direct avec les médecins anesthésistes, dont l'adhésion est primordiale sur les questions de prémédications. Nous sommes donc au total quatre personnes dans ce COPIL, ce petit nombre permet une collaboration étroite et une grande implication de chacun des membres. En revanche, cela implique un investissement important de chacun. C'est en CoPil que se prennent toutes les décisions relatives au nouveau mode d'accompagnement.

---

<sup>1</sup> AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., VAS A. Denis A GIOIA, Construire et diffuser du sens pour changer. In : Conduite du changement : concepts clés. 2ème Ed. Paris : Dunod, 2014, p. 103.

Comme nous l'avons vu dans la description du projet, plusieurs pré-requis sont nécessaires pour pouvoir escorter le patient debout au BO. Des aménagements architecturaux doivent être effectués et la tenue des patients doit être modifiée. J'ai donc réuni des responsables des services techniques et économiques avec les membres du CoPil au sein d'un groupe de travail. J'ai intégré aussi dans ce groupe le référent des brancardiers afin d'investir ces derniers dans le projet et les faire participer à la construction de celui-ci. Ce groupe se réunit chaque mois depuis janvier 2015, d'abord pour détailler les prérequis puis pour échanger sur leur mise en place. C'est aussi avec ce groupe qu'est ajusté finement le nouveau processus.

### *2.2.3.2 Commissions et instances, une nécessaire adaptation du discours*

Avant la mise en place effective du nouveau modèle, j'ai cherché à obtenir l'approbation de plusieurs commissions et instances afin de m'assurer de son bon déroulement une fois déployé et pour éviter tout blocage à posteriori. D'ailleurs, l'avis favorable de certaines instances est obligatoire sur le plan juridique. C'est le cas pour le CHSCT (Comité d'Hygiène, de sécurité et des conditions de travail)<sup>1</sup> et pour le CE (Comité d'entreprise)<sup>2</sup>. Au total, j'ai donc réalisé douze présentations auprès de ces groupes :

- CODIR
- Comité de gestion
- CRUQPC
- CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales)
- COQ (Cellule Opérationnelle Qualité)
- Groupe Soins Infirmiers
- Cadres de soins

---

<sup>1</sup> CODE DU TRAVAIL. Article L4612-8. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006903308&cidTexte=LEGITEXT000006072050> (Consulté le 19/04/2015).

<sup>2</sup> CODE DU TRAVAIL. Article L2323-1. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006901931&idSectionTA=LEGISCTA000006195700&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20090408> (Consulté le 19/04/2015).

- CE (Présentation et Consultation)
- CHSCT (Deux présentations et Consultation)

La finalité n'est pas la même à travers chacune de ces présentations, et la manière dont j'ai exposé mon projet est elle aussi différente en fonction de l'auditoire :

Par exemple, devant la CRUQPC j'ai centré mon discours sur la dignité du patient, comme nous l'avons déjà vu. Mais devant les instances représentatives du personnel (CE et CHSCT), je me suis attardé sur la diminution de la pénibilité du travail et la valorisation du métier de brancardier.

Cependant, si mes propos ont été parfois différents sur le fond, sur la forme il y a eu une constante lors de mes interventions : l'utilisation autant que faire se peut du sourire ou de l'humour. « *Communiquer avec humour favorise la compréhension, la persuasion, et la connexion émotionnelle*<sup>1</sup> ». De plus, l'humour affirme la culture organisationnelle<sup>2</sup>. C'est pourquoi il m'a semblé intéressant de l'utiliser comme outil dans la proposition de mon projet.

### 2.2.3.3 Plan de communication

Outre les communications spécifiques auprès des acteurs, dont nous avons parlé, la communication autour du projet a suivi deux axes : communication à destination des professionnels et communication à destination des usagers. En collaboration avec la directrice de la communication et du développement de la FOR, le choix a été fait de communiquer en interne, via le journal de l'établissement « Un œil dans la Fondation » (parution en mai 2015).

Pour les patients, j'ai créé une plaquette d'information (*Cf. Annexe 7*) qui explique de manière pratique le nouveau circuit et ses modalités. Néanmoins, cette nouveauté peut générer un questionnement chez l'utilisateur, et éventuellement le mettre dans une position d'inconfort, voire de rejet. C'est pourquoi j'ai ajouté un encart reprenant des avis de patients ayant utilisé un

---

<sup>1</sup> AUTISSIER David, ARNEGUY Elodie. Petit traité de l'humour au travail. Paris : Eyrolles, 2012, p. 88.

<sup>2</sup> Ibid. p. 89

système similaire au CLB. Ces quelques ressentis exposés sont une force de persuasion importante, ils sont la preuve sociale<sup>1</sup> des bienfaits du nouveau modèle. Ce procédé, fréquemment utilisé par les publicitaires, induit chez le consommateur l'idée que si ses semblables disent apprécier le produit, c'est forcément qu'il est bon. Ce document d'information est remis au patient lors de sa consultation d'anesthésie, il est également prévu de l'insérer sur le site internet de la Fondation.

## 2.2.4 Accompagner les professionnels

### 2.2.4.1 Formalisation des processus ou prescrire le travail

L'écriture des procédures et circuits est grandement utile pour les professionnels dans la mesure où cela représente pour eux un référentiel, une conduite à tenir. Par exemple, le fait de lever les patients prémédiqués nécessite une vigilance plus grande, mais aussi, la finalisation de l'habillage du patient dans le salon d'accueil demande des consignes claires. Ces éléments représentent des nouvelles tâches à accomplir pour les agents, tous confondus. Avant de démarrer la nouvelle organisation, ils ont besoin de savoir précisément qui les réalise et de quelle manière. La procédure mise en place par le CoPil détaille ces items : elle prescrit le travail. Une fois son approbation par la Direction Qualité de l'établissement, les cadres de proximité se sont assurés de sa diffusion et de sa compréhension.

### 2.2.4.2 Développement des compétences

Si la formalisation est nécessaire pour que les agents puissent assurer leur fonction, elle demeure insuffisante s'ils n'ont pas les connaissances et les savoir-faire pour s'y atteler. Pour les brancardiers, les compétences en termes de sécurité, d'hygiène et d'identitovigilance sont évalués régulièrement dans l'établissement et les résultats sont globalement satisfaisants. Néanmoins, leur compétence en termes de communication et d'accompagnement n'a jamais

---

<sup>1</sup> CIALDANI Robert. Influence et manipulation. *Comprendre et maîtriser les mécanismes et les techniques de persuasion*. Paris : Editions First, 2004, pp.127-180

fait l'objet d'évaluation formelle. J'ai donc décidé dans un premier temps de développer leur compétence relationnelle, cette dimension étant un point fort du projet. Pour cela, j'ai demandé à la psychologue de la FOR et à une infirmière diplômée en hypnose de les former à la communication thérapeutique.

#### *2.2.4.3 Un nouveau rôle, un nouveau nom*

En CoPil, nous avons décidé de renommer les brancardiers qui exerceraient leur fonction à l'extérieur du bloc Equipiers. Ce choix a aussi été fait au CLB. Le fait que les agents ne poussent plus de brancards n'est pas la seule raison. Non seulement, le terme d'équipier valorise leur rôle de relais entre les équipes de soins des unités d'hospitalisation et du plateau technique, mais aussi il souligne la relation singulière que le professionnel va avoir avec le patient lors de la descente au bloc opératoire. Enfin, le fait de nommer ces agents « Equipiers » est une reconnaissance collective de l'institution qui participe au bien-être et à l'efficacité au travail<sup>1</sup>.

#### *2.2.4.4 Choix du mode de déploiement*

Afin de ne pas ajouter de confusion aux adaptations que demande le changement organisationnel, le choix a été fait de ne pas déployer le projet par « unité pilote » mais par « Big Bang ». Le déploiement par service test est réalisable lorsque le périmètre est contenu et que les interactions sont limitées. Dans le cas de ce projet, un tel lancement nuirait probablement à la qualité du processus. Il obligerait les professionnels à se questionner, en fonction de l'unité d'origine du patient, sur le mode de transport à utiliser et serait alors source de confusion.

Le lancement par « Big Bang », c'est-à-dire sur l'ensemble de l'établissement le même jour, a pour avantage de créer une mobilisation forte.

---

<sup>1</sup> IGAS. Bien-être et efficacité au travail - 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail. Présenté par Henri LACHMANN, Christian LAROSE, Muriel PENICAUD. [En ligne]. Paris : 2010, 19p. Disponible sur <http://travail-emploi.gouv.fr/documentation-publications,49/rapports,51/travail-emploi,900/sante-au-travail,1803/rapport-sur-le-bien-etre-et-l,11292.html>

En ce sens, il a aussi été décidé de réaliser le lancement un mardi. L'encadrement de proximité pourra ainsi anticiper et répondre aux éventuelles appréhensions des professionnels la veille du lancement.

### 2.2.5 Difficultés rencontrées

Je n'ai pas rencontré d'obstacle majeur lors de la mise en place du projet. Il a bien sûr fallu débattre et convaincre, notamment les instances représentatives du personnel, mais cela fait partie des missions du manager. Cela n'a pas été chose facile, mais je n'ai pas eu le sentiment que ces échanges parfois ardues mettent en péril la réorganisation proposée.

Ce qui m'a posé le plus de difficultés est la question de la planification. Durant les premiers mois de mise en œuvre, j'ai facilement suivi le calendrier fixé (Cf. Annexe 6). Puis rapidement, quand la collaboration avec les différents acteurs s'est intensifiée, je suis en quelques sortes devenu tributaire du temps et du bon vouloir de mes collaborateurs. Quand Mintzberg écrit, « *la planification suit le programme prévu, tandis que le manager doit se charger des problèmes et des opportunités au fur et à mesure qu'ils surviennent*<sup>1</sup> », il voit juste. Par exemple, j'ai cru à quelques semaines du lancement, que les travaux du salon d'accueil – point fort du projet - ne seraient pas finalisés à cause d'un débat de plusieurs semaines entre services technique et informatique à propos de l'installation de l'écran.

Heureusement, qui dit difficulté, ne dit pas impossibilité, la difficulté peut par définition être contournée ou surmontée<sup>2</sup>. Ainsi, cela renforce la satisfaction du manager qui a mené à bien un projet, mais aussi ses compétences. A l'image des athlètes, c'est à force d'entraînement qu'il parvient à toujours mieux sauter les haies.

---

<sup>1</sup> MINTZBERG Henry. *Manager : Ce que font vraiment les managers...et ce qu'ils pourraient faire mieux*. Paris : Vuibert, 2014, p.105.

<sup>2</sup> Centre National de Ressources Textuelles et lexicales. <<http://www.cnrtl.fr/definition/difficulté>> (Consulté le 20/04/2015).

## CONCLUSION

L'accompagnement debout au bloc opératoire se développe au fil des mois dans de plus en plus d'établissements de santé (dernier en date : Institut Mutualiste Montsouris en mars 2015). C'est une preuve de la valeur ajoutée de cette organisation.

Cet engouement pour le « patient debout » n'est pas étonnant compte-tenu de ses avantages multiples pour les Hôpitaux, les professionnels et les usagers. En effet, cette modalité de transport interne évite ce que Robert COULON appelle : le conflit de logiques à l'hôpital. L'escorte à pied permet à la fois **d'optimiser la performance** par une meilleure fluidité des circuits, de **diminuer la pénibilité du travail tout en valorisant les personnels**, et de surcroît, **d'améliorer la qualité du service** pour les malades. Alors que souvent, dans le contexte actuel, ces finalités s'opposent les unes aux autres, elles sont dans ce cas en parfaite harmonie.

Malgré tous les avantages de cette modalité de transfert vers le bloc, il est indéniable que son implantation nécessite un travail de gestion de projet et de conduite du changement important. C'est pourquoi sa mise en œuvre ne peut se faire qu'avec le soutien fort de la direction générale, et la participation active des brancardiers.

A la Fondation Rothschild, l'organisation « Patient debout » est maintenant à l'aube de son démarrage, neuf mois après les premières réflexions. Après un temps nécessaire de cristallisation, d'acquisition de nouvelles routines de travail, **des évolutions pourront être envisagées**. En effet, cette remise en question des pratiques et des habitudes a ouvert des perspectives plurielles. Des échanges entre anesthésistes vont avoir lieu pour réfléchir à la suppression complète de la prémédication avant l'intervention. Enfin, des pistes sont à explorer pour organiser le retour des patients dans les unités de soins non plus en lit, mais en fauteuil.

## BIBLIOGRAPHIE

### OUVRAGES

AUTISSIER D., VANDANGEON-DERUMEZ I., VAS A. Conduite du changement : concepts clés. 2ème Ed. Paris : Dunod, 2014, 251p.

AUTISSIER D, ARNEGUY E. Petit traité de l'humour au travail. Paris : Eyrolles, 2012, 176p.

AUTISSIER D. L'intelligence de situation. Paris : Eyrolles, 2009, 287p.

CIALDANI R. Influence et manipulation. *Comprendre et maîtriser les mécanismes et les techniques de persuasion*. Paris : Editions First, 2004, 318p.

MINTZBERG H. Manager : *Ce que font vraiment les managers...et ce qu'ils pourraient faire mieux*. Paris : Vuibert, 2014, 183p.

NIZET J., PICHAULT F. La coordination du travail dans les organisations. Paris : Dunod, 2012, 126p.

### ARTICLES DE PERIODIQUES

CHABAY E., PIGNOUX C., CHINOUILH M. et al. Accueil au bloc opératoire : *Prise en charge de l'anxiété* Congrès national d'anesthésie et de réanimation. [En ligne]. Paris Ed. Elsevier Masson, 2009. Disponible sur [http://www.sfar.org/acta/dossier/2009/inf\\_B978-2-8101-0173-3.c0006.html](http://www.sfar.org/acta/dossier/2009/inf_B978-2-8101-0173-3.c0006.html) (Consulté le 12/01/2015).

DAVIES JM. Changing anesthetic practice: walking to the OR. *Canadian Journal of Anesthesia*, n°49, 2002, pp 772-776.

DIMAGGIO P., POWELL W. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological review*, avril 1983, volume 48, pp. 147-160.

HUAULT I. Paul Dimaggio et Walter Powel. Des organisations en quête de légitimité. *Les grands auteurs en Management* [En ligne] EMS, 2009, 11p. Disponible sur <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00671797> (Consulté le 04/02/15).

KOJIMA Y. Relieving anxiety by entering the operating room on foot. *Canadian Journal of Anesthesia*, n° 49, 2002, pp 885-886.

L. LEVRAUT, M. RAUCOULES, S. LALOUM et al. Le patient debout. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, A419, 2014, 1p.

MINTZBERG H. Une journée avec un dirigeant, *revue Française de gestion* n°111, pp. 106-114.

NAGRAJ S, INGHAM CLARK C. Which patients would prefer to walk to theatre? [En ligne]. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, n°48, 2006, pp 172-173. Disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16551412#> (Consulté le 12/02/15).

## RAPPORTS & PUBLICATIONS

ARS. Projet régional de santé. Schéma d'organisation des soins. Volet hospitalier. p30 [En ligne]. 2011. Disponible sur <http://prs.sante-iledefrance.fr/wp-content/uploads/2012/09/ars-idf-prs-schema-orga-soins-hospitalier.pdf> (Consulté le 10/11/2014).

ATLAN Guy. La synthèse du Conseil économique et social de la région Ile-de-France. Les inégalités sociales de santé en Ile-de-France. 4p [En ligne]. Disponible sur [http://www.ceser-iledefrance.fr/documents/synthese/synthese/05\\_sant\\_inegalites/synthese-inegalites-sociales-sante-ile-france.pdf](http://www.ceser-iledefrance.fr/documents/synthese/synthese/05_sant_inegalites/synthese-inegalites-sociales-sante-ile-france.pdf) (Consulté le 2/11/2014).

DARES. Les absences au travail des salariés pour raison de santé: un rôle important des conditions de travail [En ligne]. 2013, 10p. Disponible sur [http://www.aractidf.org/sites/default/files/centredocumentaire/DARES\\_2013-009\\_Absence-travail-salaries-impact-conditions-de-travail.pdf](http://www.aractidf.org/sites/default/files/centredocumentaire/DARES_2013-009_Absence-travail-salaries-impact-conditions-de-travail.pdf) (Consulté le 11/01/15).

DREES. Recueil d'indicateurs régionaux- Offre de soins et état de santé. Partie 1. [En ligne]. 2014, 55p. Disponible sur [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rir\\_2014\\_doc\\_partie\\_1-p01-55.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rir_2014_doc_partie_1-p01-55.pdf) (Consulté le 02/11/2014).

DUMOND Jean-Paul. Les organisations de santé. *La grande transformation hospitalière*. Support de cours Master Management et santé. Paris : UPEC, 2014, 145p.

Fondation Ophtalmologique Rothschild. Projet institutionnel 2012-2016. 149p.

Fondation Ophtalmologique Rothschild. Rapport d'activité et de gestion 2013. 2014, 84p.

Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010 de Janvier 2014 [En ligne]. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel\\_v2010\\_janvier2014.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf) (Consulté le 25/03/2015).

IGAS. Bien-être et efficacité au travail - 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail. Présenté par Henri LACHMANN, Christian LAROSE, Muriel PENICAUD. [En ligne]. Paris : 2010, 19p. Disponible sur <http://travail-emploi.gouv.fr/documentation-publications,49/rapports,51/travail-emploi,900/sante-au-travail,1803/rapport-sur-le-bien-etre-et-l,11292.html> (Consulté le 08/02/15).

P.E HAAS. Améliorer le transport interne des patients dans les hôpitaux et cliniques : retour d'expérience. Rapport de la Mission Nationale d'Audit Hospitalier(MEAH). [En ligne]. 2009, 147p. Disponible sur [http://www.aios.fr/Telechargements/Transp\\_Int\\_-\\_Retours\\_d\\_experience\\_v1.0.pdf](http://www.aios.fr/Telechargements/Transp_Int_-_Retours_d_experience_v1.0.pdf) (consulté le 28/02/2015).

## TEXTES LEGISLATIFS

Code de la Santé Publique. Article L1111-4. Version en vigueur au 20 décembre 2014. Disponible sur [http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=8EF5C995C1F601DED87DB7409A366CDF.tpdjo14v\\_1?idSectionTA=LEGISCTA000006185255&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20141220](http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=8EF5C995C1F601DED87DB7409A366CDF.tpdjo14v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006185255&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20141220) (Consulté le 12/02/2015).

Code la Santé Publique. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/> (Consulté le 12/02/2015).

Code du travail. Article L4612-8. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006903308&cidTexte=LEGITEXT000006072050> (Consulté le 19/04/2015).

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Charte du patient hospitalisé.2006, 26p. [En ligne] Disponible sur [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_a4\\_couleur.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf) (Consulté le 28/03/15).

## PAGES & SITES INTERNET

Centre National de Ressources Textuelles et lexicales.  
<http://www.cnrtl.fr>

J.M NEBBAK, A. COBAT, D. MATHIVON, M. DI PALMA. *Evaluation des douleurs ressenties par les patients lors des opérations de brancardage dans un centre de lutte contre le cancer* [En ligne]. IGR. Disponible sur [http://www.gustaveroussy.fr/service.php?p\\_m=download&p\\_file=actus/actudouleur/nebbak\\_20\\_10\\_2008.pdf](http://www.gustaveroussy.fr/service.php?p_m=download&p_file=actus/actudouleur/nebbak_20_10_2008.pdf) (consulté le 14/02/15).

Winckler's Webzine. Respect du patient en France.  
<http://martinwinckler.com/spip.php?article1105> (Consulté le 30/11/2014).

## TABLE DES ANNEXES

<b>Annexe</b>	<b>Nom</b>
<b>1</b>	Score de sédation utilisé par les IDE lors de la validation du départ debout du patient
<b>2</b>	Article « Le patient debout », extrait des Annales françaises d'Anesthésie et de réanimation.
<b>3</b>	Cartographie des situations dangereuses
<b>4</b>	Analyse prévisionnelle des risques
<b>5</b>	Lettre de Mission « Projet Managerial»
<b>6</b>	Plan d'action validé et déployé à la Fondation Rothschild
<b>7</b>	Plaquette de communication à destination des usagers

# Annexe 1 : Fiche de liaison services/Bloc et Score de Sédation

FONDATION OPHTALMOLOGIQUE ROTHSCHILD	<b>PREPARATION DE L'OPERE n° 9</b> en HOSPITALISATION et <b>LIAISON SERVICE / BLOC</b> ADULTE ET ENFANTS	DSSI 2015
--	--	-----------

étiquette patient

**BMR :** oui   
non

Type d'intervention : ..... Nom du Chirurgien : .....

programmée  urgence  Service.....

Droit  Gauche  Bilatéral

Date : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ N° chambre : /\_\_\_/ Lit : .....

### LA VEILLE DE L'INTERVENTION

Information donnée sur les douches pré-opératoires

Douche pré opératoire <input type="checkbox"/>	Bétadine scrub	<input type="checkbox"/>	
Toilette <input type="checkbox"/>	Hibiscrub	<input type="checkbox"/>	
Shampooing <input type="checkbox"/>	Savon doux	<input type="checkbox"/>	

### LE JOUR DE L'INTERVENTION

Douche pré opératoire <input type="checkbox"/>	Bétadine scrub	<input type="checkbox"/>	
Toilette <input type="checkbox"/>	Hibiscrub	<input type="checkbox"/>	
Shampooing <input type="checkbox"/>	Savon doux	<input type="checkbox"/>	
Brossage dents <input type="checkbox"/>			
Soins de bouche <input type="checkbox"/>	Vessie vide <input type="checkbox"/>		
Tenue de bloc revêtue (pyjama bloc) <input type="checkbox"/>	Lit changé <input type="checkbox"/>		

**Absence de:**  
bijoux/montre/percing ; vernis;  
maquillage; sous vêtement

**L'infirmière recommande au patient de rester dans son lit jusqu'à son départ au bloc**

A jeun : oui  non  dernière collation à (heure) : .....

Prémédication faite  Constantes: T°..... TA..... Pouls..... Glycémie capillaire.....

Antibioprophylaxie :  .....

Particularités: Dilatation oui  non  ..... Monophtalme

Commentaires .....

Handicap .....

Présence du bracelet d'identification  Doudou  Tétine

Autorisation d'opérer oui  non

Dossier patient complet oui  non  Dossier imagerie oui  non

(avec fiche de risques infectieux et d'anesthésie)

NOM	FONCTION	DATE	SIGNATURE IDE

### TRANSPORT VERS LE BLOC OPERATOIRE

<p><b>Score de sédation :</b></p> <p>S0 : Pas de sédation, patient bien réveillé <input type="checkbox"/></p> <p>S1 : Patient somnolent, stimuable verbalement <input type="checkbox"/></p> <p>S2 : Patient somnolent, stimuable tactilement <input type="checkbox"/></p> <p>S3 : Patient non réveillable, comateux <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Départ debout validé par l'IDE</b></p>	<p><b>Au départ, présence de:</b></p> <p>Prothèses dentaires <input type="checkbox"/></p> <p>lunettes/lentilles <input type="checkbox"/></p> <p>Appareil auditif <input type="checkbox"/></p> <p>Chaussons <input type="checkbox"/></p>
--	--	---

**Départ debout validé si mobilité ok, pas de trouble cognitif et score de sédation ≤ S1**

Départ effectif de l'unité	IDE ou AS	Nom et paraphe	Equipier	Nom et paraphe
Transmissions obligatoires				

## Annexe 2 :

LEVRAUT L, RAUCOULES M, LALOUM S. et al. Le patient debout. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2014, A419, p33.

### RIA15

#### Le patient debout

L. Levraut<sup>1,\*</sup>, M. Raucoules<sup>1</sup>, S. Laloum<sup>1</sup>,  
M. Houee<sup>2,3,4</sup>



<sup>1</sup> Pole Anesthésie Réanimations

<sup>2</sup> Pole chirurgie réparatrice et Ostéoarticulaire

<sup>3</sup> Pole Parcours Patient

<sup>4</sup> Pole Organisation et Gestion des Blocs Opératoires, CHU de Nice, Nice, France

\* Auteur correspondant.

**Introduction** Habituellement, les patients sont amenés au bloc opératoire (BO) couchés. Quelques équipes ont décidé de faire

venir le patient à pied (« patient debout ») au BO et jusqu'à la table d'intervention. Ce mode de prise en charge présenterait des avantages (meilleure gestion des flux). Nous avons voulu évaluer la satisfaction des patients et des soignants au sein de notre structure.

**Matériel et méthodes** Une enquête de faisabilité a été réalisée en août 2013 auprès de 100 patients opérés. Cette enquête a permis de finaliser l'organisation à mettre en place et a montré que 84,2% des patients étaient favorables à la venue à pied au BO. Une étude prospective a ensuite été réalisée auprès de patients bénéficiant d'une chirurgie réparatrice et/ou plastique ou d'une chirurgie de la main. Les critères d'inclusion étaient : l'accord du patient, l'éligibilité lors de la consultation chirurgicale et d'anesthésie et l'ultime validation le jour J par l'IDE d'hospitalisation. Les patients n'étaient pas prémédiqués. Le transport a nécessité une tenue spécifique (tunique, pantalon, chaussons et blouson). Des sièges ont été positionnés à l'intérieur du BO en cas d'attente. Les patients sont retournés dans leur chambre à la sortie de SSPI en brancard. Un questionnaire a été remis au patient entre la 6<sup>e</sup> et la 24<sup>e</sup> heure postopératoire, afin d'évaluer (échelle de satisfaction) son vécu. Une évaluation a aussi été réalisée auprès du personnel. Cette enquête a porté sur les items suivants : information, intimité, sécurité, tenue vestimentaire et impression générale (question ouverte).

**Résultats** L'étude a été réalisée sur 3 mois (août à octobre 2013). Cent vingt-trois patients ont bénéficié de ce type de transport mais seul 100 patients ont répondu au questionnaire (81,3%). Les résultats sont présentés dans le tableau. Quarante-vingt-dix-neuf questionnaires ont pu être exploités. Les patients étaient opérés de chirurgie plastique (47%), chirurgie de la main (24%) et chirurgie réparatrice (29%). L'âge moyen des patients était de 45 ± 20 ans. Il n'existait pas de relation significative entre l'âge ou le type de chirurgie et le taux de satisfaction. Quarante-vingt-dix-sept patients sur 99 s'estimaient satisfait ou très satisfait par leur modalité d'acheminement au BO.

Par contre le vécu des soignants est plus contrasté : anxiogène pour le patient (25% des IDE et médecins), manque de brancard pour le retour du BO, traversée du bloc jugée dangereuse pour les patients (20%, encombrement des couloirs). Par contre 100% des brancardiers ont apprécié : moins de manipulations, gain de temps, meilleur respect de l'intimité du patient (tenue vestimentaire), patient acteur. (Tableau 1)

**Discussion** Les patients sont majoritairement favorables. Des réticences sont apparues du côté du personnel médical et soignant. Un effort d'explications est donc nécessaire. Nous avons décidé de diffuser largement ce mode de prise en charge, en particulier en chirurgie ambulatoire, et d'évaluer le gain en termes de gestion des flux.

Tableau 1

Satisfaction	Mauvais	Passable	Bon	Très bon	n
L'information sur ce mode de prise en charge a-t-elle réduit votre anxiété ?	14	0	35	46	95
Respect de l'intimité	0	0	42	56	98
Sécurité du transport	1	0	40	57	98
Tenue vestimentaire	6	0	48	45	99

**Déclaration d'intérêt** Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

**Pour en savoir plus**

JM Davies. Changing anesthetic practice : walking to the OR. *Can J Anesth* 2002;49:772-776.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annfar.2014.07.716>

**Annexe 3 :**  
**Cartographie des situations dangereuses.**

(Travaux réalisés en lien avec la Direction Qualité Gestion des risques de la Fondation Oph. Rothschild. De janvier à mars 2015)

**Etapes (E) principales du processus « patient debout » :**

- Etape 1 : régulateur prévient l'équipier du patient à aller chercher.
- Etape 2 : Equipier arrivé dans le service prévient l'IDE qui valide le départ du patient en position debout et transmet le dossier à l'équipier
- Etape 3 : Equipier prend en charge le patient dans sa chambre et l'accompagne jusqu'au sas du bloc
- Etape 4 : personnel du bloc accompagne le patient du sas jusqu'à la salle d'intervention

Danger génériques	Danger spécifiques	Evènements redoutés	E1	E2	E3	E4
Organisationnel	Identitovigilance	Erreurs de patients				
		Erreurs dossiers				
		Dossier absent				
		Erreur destination				
Humain	Personnel	Equipier absent				
	Patient	Patient absent				
		Fugue patient				
		Refus du patient				
Médical	Patient	Incapacité physique à descendre à pied				
		Incapacité cognitive à descendre à pied				
		Malaise du patient				
		Angoisse/anxiété induite par la circulation au bloc				
Technique	Maintenance	Ascenseur non fonctionnel				
		Patient bloqué dans l'ascenseur				
Environnemental	Patient	Blessure patient				
		Chute patient				
Informatique	Logiciel	Défaillance Web100T				
Financier	Programmation opératoire	Retard				
	Patient	Perte effets personnels				
Juridique	Identitovigilance	Erreur de patient				
	Patient	Angoisse				
		Chute avec blessure				
Médiatique	Identitovigilance	Erreur de patient				
	Patient	Perturbation				
		Chute avec blessure				
Social	Greve	Equipier absent				

## Annexe 4 : Analyse prévisionnelle des risques

Etape	Situation dangereuse	Causes	traitements existants	évènement redouté et conséquences	GI	VI	CI	index	actions de maîtrise et identification pilote décision/application	Gr	Vr	Cr	index
1	mauvaise compréhension et/ou identification du patient à aller chercher	transmissions orales entre régulateur et équipier absence de support écrit et sécurisé	régles identitovigilance formalisées et connues	Erreurs de patients : équipier part chercher le mauvais patient	4	3	2	12		4	3	2	12
	Pas d'équipier disponible pour aller chercher le patient lors de la demande par le régulateur	équipe en sous effectif suite absence imprévue ensemble des équipiers occupés	Régulateur en place pour coordination de l'équipe Gestion prévisionnelle des plannings avec anticipation des demandes de remplacement par cadre de bloc	Absence d'équipier pour aller chercher le patient, retard dans prise en charge et dans le programme opératoire	2	1	1	2		2	1	1	2
	Defaillance Web100T	arrêt fonctionnement inaccessibilité du poste informatique	Hot Line informatique en place PRA et PCA formalisés Procédures dégradées formalisées	non accès aux données permettant de localiser le patient et d'effectuer l'appel patient pour le bloc avec retard dans prise en charge et dans le programme opératoire	2	1	1	2		2	1	1	2
2	mauvaise identification du patient	équipier mauvaise information/nom web100T mal renseigné Non respect des recommandations identitovigilance Patient en incapacité de décliner son identité et sans bracelet Absence de double contrôle lde/équipier	Régulation et gestion des lits quotidiennes sur web100T et au fil de l'eau sur web100T (cadres et coordinateur des lits) Formation régulière du personnel aux procédures identitovigilance Evaluation des procédures et audits	Erreur patient : le mauvais patient est descendu au bloc par l'équipier	4	4	3	16	- Mettre en place une transmission systématique entre équipier et soignant de l'unité de soins - Formaliser la transmission dans la procédure de transfert du patient - Inclure un No Go si absence de transmission physique - Inclure une traçabilité écrite de cette transmission sur la check-list de départ Acteurs : F. Jayet, F. Gendron, L. Papin, Echéance : mars 2015	4	2	2	8
	mauvaise identification du dossier	absence de vérification du dossier par équipier dossier mal rangé absence de double contrôle lde/équipier	Formation régulière du personnel aux procédures d'identitovigilance Evaluation des procédures et audits	erreurs de dossier : patient descend au bloc avec mauvais dossier,	4	4	3	16	- Mettre en place une transmission systématique entre équipier et soignant de l'unité de soins - Formaliser la transmission dans la procédure de transfert du patient - Inclure un No Go si absence de transmission physique - Inclure une traçabilité écrite de cette transmission sur la check-list de départ Acteurs : F. Jayet, F. Gendron, L. Papin, Echéance : mars 2015	4	2	2	8
	Dossier absent	dossier non disponible dossier perdu	Vérification de l'IDE en pré-opératoire Traçabilité des dossiers sur logiciel Ariane Process de distribution des dossiers formalisés Rangement des dossiers en unités de soins fonctionnel et formalisé	patient sans dossier médical pour l'intervention : annulation de l'intervention ou report avec retard de prise en charge	2	2	1	4		2	2	1	4
3	mauvaise identification du patient	absence de vérification systématique de l'identité absence de vérification du bracelet absence de bracelet	Port du bracelet systématique pour les patients formalisé Règles d'identitovigilance formalisées Formations du personnel bonnes pratiques sur l'identitovigilance réalisées régulièrement et inscrites au plan de formation Contrôle ultime au bloc avec check-list	transfert du mauvais patient au bloc : désorganisaion prise en charge service et bloc, risque erreur de patient en salle d'intervention	4	4	3	16	- Mettre en place une double vérification systématique et obligatoire entre équipier et soignant de l'unité de soins de l'identité du patient et du dossier - Formaliser cette double vérification dans la procédure de transfert du patient - Inclure un No Go si absence de double vérification - Inclure cette double vérification dans la check-list de départ Acteurs : F. jayet, F. Gendron, L. Papin Echéance : 30 mars 2015	4	2	2	8

3	mauvaise identification du dossier	absence de vérification concordance identité du patient / identité du dossier absence de vérification croisée IDE et équipier Mauvais rangement du dossier	régles identivigilance formalisées et connues formation bonnes pratiques en identivigilance rangement des dossiers e unités de soins fonctionnels et formalisés Contrôle ultime au bloc avec check-list	Patient descend au bloc avec mauvais dossier : retard dans la prise en charge / erreur dans la prise en charge du patient	4	4	3	16	- Mettre en place une double vérification systématique et obligatoire entre équipier et soignant de l'unité de soins de l'identité du patient et du dossier - Formaliser cette double vérification dans la procédure de transfert du patient - Inclure un No Go si absence de double vérification - Inclure cette double vérification dans la check-list de départ Acteurs : F. jayet, F. Gendron, L. Papin Echéance : 30 mars 2015	4	2	2	8
	Dossier absent	dossier non disponible dossier perdu	Vérification de l'IDE en pré- opératoire Traçabilité des dossiers sur logiciel Ariane Process de distribution des dossiers formalisé Rangement des dossiers en unités de soins fonctionnel et formalisé	patient sans dossier médical pour l'intervention : annulation de l'intervention ou report avec retard de prise en charge	2	2	1	4		2	2	1	4
	Patient amené au mauvais endroit	Mauvais renseignements sur web100T Information erronée ou manquante lors de la transmission par régulateur et/ou personnel du bloc	Outil de gestion commun à l'ensemble des acteurs : Web100T qui permet une traçabilité du patient à toutes les étapes Utilisation de web100T généralisée et formalisée pour bloc opératoire et les services de soins Contrôle ultime au bloc avec check-list	retard dans la prise en charge du patient / erreur dans la prise en charge du patient	2	4	2	8	- Mettre en place une transmission systématique et obligatoire entre équipier et soignant de l'unité de soins d - Formaliser cette transmission dans la procédure de transfert du patient - Inclure un No Go si absence de transmission physique - Inclure cette transmission dans la check-list de départ Acteurs : F. jayet, F. Gendron, L. Papin Echéance : 30 mars 2015	2	2	1	4
	Patient non présent dans la chambre	patient trouble cognitif patient opposant patient mal informé	Information prise en charge par Ide à l'accueil du patient et jour même de l'intervention PPS (fugue/trouble cognitif)	patient absent : retard dans la prise en charge et programmation du bloc	2	1	1	2		2	1	1	2
	Refus du patient	Perturbation cognitive du patient Mauvaise communication et information au patient Patient se déclarant dans un état de santé non compatible avec un transfert à pied	inexistant	retard dans la prise en charge du patient / perturbation organisationnelle avec retard en chaîne et réajustement	2	4	2	8	- Mettre en place un support de communication et d'information à destination des patients - Planifier le circuit de diffusion du support lors du parcours de soin de patient - Mettre en place une communication et d'information sur le site intranet à destination des patients Acteurs : M. Fabre, F. Jayet, P Coppens/ F Gendron (CEPO) Echéance : juin 2015 - Inclure les problèmes cognitifs sur l'arbre décisionnel IDE comme exclusion du circuit de transfert à pied Acteurs : F. jayet, F. Gendron, L. Papin Echéance : 30 mars 2015	2	2	1	4

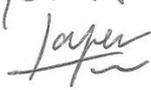
3	Malaise du patient pendant le transport	Prémédication trop forte mauvaise évaluation de l'IDE état de santé du patient inadapté avec le transfert à pied	inexistant	blessure potentielle du patient, traumatisme physique ou psychologique, retard de prise en charge, perturbation organisationnelle avec retard en chaîne et réajustement	3	4	2	12	- Inclure un score de sédation sur l'arbre décisionnel IDE avec un résultat définissant l'exclusion du patient du circuit de transfert à pied - Inclure la traçabilité du score de sédation sur la check-list de départ Acteurs : F. jayet, F. Gendron, L. Papin Echéance : 30 mars 2015	3	2	2	6
	Ascenseurs non fonctionnels	panne maintenance préventive non effective	Maintenance préventive formalisée + prestataire Maintenance curative formalisée + prestataire Circuits ascenseurs doublés	traumatisme psychologique du patient, retard de prise en charge, perturbation organisationnelle avec retard en chaîne et réajustement	1	2	1	2		1	2	1	2
	Patient / équipier bloqués dans l'ascenseur	panne maintenance préventive non effective	Maintenance préventive formalisée + prestataire Maintenance curative formalisée + prestataire Equipier équipé de DECT	traumatisme psychologique du patient, retard de prise en charge, perturbation organisationnelle avec retard en chaîne et réajustement	2	2	1	4		2	2	1	4
	Blessure du patient	Revêtement de sol défectueux circuit avec escaliers matériel dans les circulations (bloc et couloirs)	sol entretenu régulièrement circuit formalisé avec ascenseurs rangement des circulations régulier	blessure potentielle du patient, traumatisme physique ou psychologique, retard de prise en charge, perturbation organisationnelle avec retard en chaîne et réajustement	2	2	1	4		2	2	1	4
	Chute du patient	Revêtement de sol défectueux circuit avec escaliers matériel dans les circulations (bloc et couloirs) chaussons / chaussures inadaptés	sol entretenu régulièrement circuit formalisé avec ascenseurs rangement des circulations régulier	blessure potentielle du patient, traumatisme physique ou psychologique, retard de prise en charge, perturbation organisationnelle avec retard en chaîne et réajustement	2	2	1	4		2	2	1	4
4	Erreur de patient	absence de vérification identité par équipe dans le SAS Pas de port du bracelet patient compliant plusieurs patients dans le SAS	Port du bracelet formalisé, systématisé et audité Règles identitovigilance formalisées et connues formation bonnes pratiques en identitovigilance Evaluation régulière des pratiques Contrôle ultime au bloc avec check-list	mauvais patient amené dans la mauvaise salle, retard de prise en charge, erreur dans la prise en charge	3	3	2	9	- Poursuivre sensibilisation et formation du personnel de bloc au contrôle identité dans le SAS Acteurs : F. Gendron / L. Papin Echéance : décembre 2015	3	2	2	6
	erreur de dossier	Mauvais rangement Absence de vérification par équipe du bloc	Contrôle ultime au bloc avec check-list	retard dans la prise en charge / erreur dans la prise en charge du patient	3	3	2	9	- Etudier la possibilité de mettre en place des bannettes dédiées par fauteuil pour permettre un rangement dissocier des dossiers avec une identification simple Acteurs : F. Jayet, F. Gendron, P Gohin Echéances : juin 2015	3	2	2	6
	Defaillance Web100T	arrêt fonctionnement inaccessibilité poste informatique	Hot Line informatique en place PRA et PCA formalisés Procédures dégradées formalisées	non accès aux données permettant de localiser le patient et d'effectuer l'appel patient pour le bloc avec retard dans prise en charge et dans le programme opératoire	2	1	1	2		2	1	1	2
	fugue du patient	trouble cognitif trouble mnésique angoisse	accompagnant toléré dans le SAS	retard dans la prise en charge / blessure patient	3	2	2	6	- Inclure les troubles cognitifs et mnésiques sur l'arbre décisionnel IDE comme exclusion du patient du circuit de transfert à pied - Planifier le circuit brancard avec zone de surveillance appropriée Acteurs : F. jayet, F. Gendron, L. Papin Echéance : 30 mars 2015 - Mettre en place une ambiance anxyolitique dans le SAS du bloc (luminothérapie, écran dynamique...) Acteurs : F. jayet, F. Gendron, P. Gohin Echéance : 30 mars 2015	3	1	2	3

4	malaise du patient dans le SAS	prémédication état de santé	passage régulier des équipiers/personnel du bloc pour surveillance Installation patient en position assise (fauteuil)	retard dans la prise en charge / blessure patient	3	3	2	9	- Inclure score de sédation, AEG sur l'arbre décisionnel IDE comme exclusion du patient du circuit de transfert à pied - Planifier le circuit brancard avec zone de surveillance appropriée Acteurs : F. jayet, F. Gendron, L. Papin Echéance : 30 mars 2015 - Mettre en place un hublot donnant sur le SAS permettant une surveillance régulière des patients Acteurs : F. jayet, F. Gendron, P. Gohin Echéance : juin 2015	3	2	2	6
	angoisse / anxiété	environnement du bloc patient mal informé / non programmé état de santé du patient	inexistant	perturbation psychologique du patient	2	4	2	8	- Mettre en place une ambiance anxyolitique dans le SAS du bloc (luminothérapie, écran dynamique...) Acteurs : F. jayet, F. Gendron, P. Gohin Echéance : 30 mars 2015 - Sensibiliser le personnel du bloc au maintien des portes fermées dans le bloc - Sensibiliser le personnel du bloc au savoir-être/communication en présence de patient conscient et debout dans le bloc Acteurs : L.Papin/ F Gendron Echéance : décembre 2015	2	2	1	4
	chute du patient	circulation encombrée chaussons non adaptés sol glissant / défectueux	rangement descirculations régulière et formalisé au sein du bloc sol entretenu régulièrement au sein du bloc	blessure potentielle du patient, traumatisme physique ou psychologique, retard de prise en charge, perturbation organisationnelle avec retard en chaîne et réajustement	3	3	2	9	- Mettre en place des sur-chaussures antidérapantes pour les patients Acteurs : F. jayet, F. Gendron, N. Nannolla Echéance : juin 2015 - Sensibiliser le personnel du bloc au rangement des couloirs au sein du bloc - Acteurs : L.Papin/ F Gendron Echéance : décembre 2015	3	2	2	6
	Retard programme opératoire	Dossiers indisponible patient indisponible malaise du patient erreur de destination	gestion prévisionnelle des risques analyse de l'organisation	retard de prise en charge, perturbation organisationnelle avec retard en chaîne et réajustement	2	4	2	8	- Mettre en place les actions concernant les vérifications identité, de dossiers, et de décision sur le circuit debout/brancard et les auditer à distance - Mettre en place des brancards en unité de soins pour activer sans délai une permutation debout/brancard si besoin Acteur : F. Jayet Echéance : juin 2015	2	2	1	4
	Perte effet personnels du patient	Patient descendant au bloc avec son dentier et ses lunettes	inexistant	Réclamation patient, préjudice physique, préjudice financier	2	4	2	8	- Mettre en place un sac-vestiaire - Formaliser l'utilisation et contrôle de ce sac vestiaire dans la procédure de transfert des patients - Inclure dans la check-list de départ l'existence de lunettes et de dentier Acteurs : F Jayet, F Gendron, L Papin - Réflexion à mener sur des sac vestiaires à patient unique permettant un identification du patient et une traçabilité des effets directement sur le sac Acteur : F. Jayet, N Nannola Echéance : juin 2015	2	2	1	4

## Annexe 5 :

### Lettre de mission « Projet Managerial »

 <p>Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild</p>	<p><b>Lettre de mission</b> <b>« Projet Managerial »</b> <b>Master 2 « Management des Organisations</b> <b>Soignantes »</b></p>	
Mise à jour : septembre 2013	Année universitaire 2014-2015	Page 1 sur 1

Commanditaire	Julien Gottsmann, Directeur général
Nom du responsable du projet	Fabien Jayet
Missions du responsable de projet	<p><b>Réorganiser le processus de mouvement interne du patient hospitalisé en chirurgie afin notamment de gagner en efficacité sur les horaires de bloc.</b></p> <p>Veiller à une meilleure allocation des ressources humaines engagées dans ce processus.</p> <p>Accompagner le changement en prenant en compte les aspects non seulement fonctionnels, mais aussi politiques et culturels du projet.</p>
Moyens alloués	Moyens liés au poste de Directeur adjoint des services de soins
Modalités de reporting	Comité de direction
Durée	Echéance deuxième trimestre 2015
Date : 16/10/2014	Date : 16/10/2014
<p>Signature du commanditaire</p> <p>Julien GOTSMANN DIRECTEUR GÉNÉRAL</p> 	<p>Signature du responsable de projet</p> <p>JAYET - F</p> 

## Annexe 6 :

### Plan d'action validé et déployé à la Fondation Rothschild

Actions	Acteurs	Echéance
Définition des orientations Analyse de l'existant	COFIL	Novembre 2014
Benchmarking Lyon – Centre Léon Bérard	F. Jayet + F. Gendron	Novembre 2014
Validation du projet et la méthodologie en CODIR	F. Jayet	Décembre 2014
Validation du projet et la méthodologie en Comité de gestion	F. Jayet	Décembre 2014
Présentation du projet au président de CME et chef service AR + Discussion prémédication avec chef de service AR	F. Jayet + F. Gendron	Janvier 2015
Présentation en CRUQPC	F. Jayet	Janvier 2015
Mise en place d'une maîtrise prévisionnelle des risques	F. Jayet + G. Goutel	Janvier/Février 2015
Réunion groupe de travail 1 → Présentation du projet + détail des pré-requis	COFIL	Janvier /Fév 2015
Communication aux cadres de soins	COFIL	Janvier/Fév 2015
Présentation du projet à l'équipe des brancardiers	F. Jayet + F. Gendron + L. Papin	Janvier/Fév 2015
Présentation aux IRP	F. Jayet	Janvier/Fév 2015
Réunion GT2 → Formalisation du processus + Point sur l'avancée des pré-requis	COFIL+GT	Mars 2015
Présentation au CLIN et en CME	F. Jayet	Mars 2015
Consultation du CE et du CHSCT (Modification importante de l'organisation du travail)	F. Jayet	Avril/Mai 2015
GT3 -> Validation de Mise en place des pré-requis	COFIL+ GT	Avril -Mai 2015
Plan de communication	F. Jayet + M. Fabre	Avril -Mai 2015
<b>GO LIVE</b>	<b>GT+COFIL</b>	<b>Juin 2015</b>
Mise en place d'un questionnaire satisfaction patients et pro avec Dir Qualite Réunion GT4 : retour sur les premiers mois / Ajustements éventuels	GT+ COFIL	3 <sup>e</sup> trimestre 2015

## Annexe 7 :

### Plaquette de communication à destination des usagers



Fondation Ophtalmologique  
Adolphe de Rothschild

# Remettre le patient sur pieds !

Informations sur les modalités de transfert au bloc opératoire

Fidèle à ses valeurs, la Fondation innove. Elle est parmi les premiers établissements français à vous faire bénéficier d'un nouveau mode de transport au bloc opératoire, **l'accompagnement debout des patients autonomes**.

- 1 Une prémédication légère et la validation du départ debout par une infirmière garantit un accompagnement en toute **sécurité**.

Un **pyjama** spécifique vous est fourni.
- 2 Quelques minutes avant votre intervention, **un équipier** vient vous chercher dans l'unité de soins.
- 3 Il vous **escorte à pied jusqu'au salon d'accueil** du bloc opératoire. Vous conservez vos lunettes, prothèses auditives ou dentaires.
- 4 Vous enflez charlottes et sur chaussures, nécessaires à l'hygiène au bloc. Vos effets personnels sont rangés dans un sac vestiaire qui vous suit jusqu'à votre retour en chambre.

**Vous patientez dans un cadre relaxant.**
- 5 Un infirmier spécialisé vous **guide** ensuite **jusqu'en salle d'intervention** et vous aide à vous installer avant votre anesthésie.

R

Après l'intervention, vous êtes directement **installé(e) dans votre lit en salle de réveil**, ainsi vous gagnez en **confort** lors du retour en chambre.

**Ce qu'en pensent les patients :**

- « Plus de Dignité »
- « Sentiment d'être moins malade »
- « Moins d'appréhension »

Afin de profiter au mieux de cette organisation, merci de **prévoir une paire de pantoufles/chaussons** pour votre venue.

**Une question, une remarque ?** N'hésitez pas à demander d'avantage de renseignements à l'infirmière qui vous accueillera.

Service brancardage – Direction des soins  
Direction de la communication





Formation & Recherche en Soins

2 rue Antoine Etex 94000 CRETEIL – Tel 01.58.42.46.20 Fax 01.58.42.46.29

**Diplôme de Master Management des Organisations Soignantes  
MTMOS@14-15**

**TITRE DU MEMOIRE**

Remettre le patient sur pied  
Nouvelle modalité de transport interne à l'hôpital

**AUTEUR**

Fabien JAYET

**MOTS-CLES**

Patient debout, Brancardage, Transport, Hôpital, Bloc Opératoire, Anxiété, Management, Changement.

**KEYWORDS**

Standing-up patient, Hospital Porter, Transfer, Operating Room, Anxiety, Management, Change.

**RESUME**

Les établissements de santé cherchent à améliorer l'efficacité de leurs organisations mais aussi la qualité des prises en charge. Un nouveau mode de transport interne pourrait satisfaire ces objectifs : l'accompagnement du patient debout au bloc opératoire, jusqu'en salle d'intervention.

Ce mémoire cherche à définir en quoi cette nouvelle modalité de brancardage peut être bénéfique pour le patient et l'hôpital. Il fournit des clés pour sa mise en œuvre.

L'analyse repose sur le déploiement réel de cette organisation par l'auteur et une évaluation d'expériences similaires.

Une fois l'organisation en place, les patients gagnent confort et dignité. Leur anxiété diminue. Le circuit est plus fluide.

Le mode « patient debout » présente des avantages multiples, mais il implique le changement des habitudes de travail des professionnels et la modification des infrastructures. Ce pourquoi, le management du projet et la gestion du changement sont des éléments clés de réussite.

**ABSTRACT**

Healthcare organizations look for improving efficiency of their process but also quality of patient care. A new way for patients to travel in the hospital could reach those objectives: The standing-up patient escorted to the operating room.

The project seeks to define why walking to the operating theatre could be good for patients and hospital. It also provides keys to develop this organization.

This study is based on the author own experience analysis and a review of similar experiences.

When the new organization is set, patients feel more comfort and dignity. Their anxiety decrease. The traffic is more fluid.

The "standing-up patient" organization has several benefits, but it involves changing work habits and architectural alterations. This is why the management of both project and change is the key to success.