



Master 2^{ème} année
Management Sectoriel, Parcours
« Management des Organisations Soignantes »

**CREER UN ESPACE COLLABORATIF PAR LE
BIAIS D'UNE INNOVATION TECHNOLOGIQUE
AU SERVICE DE LA LOGISTIQUE**

ECUE 3.2

**Intervenants : Isabelle Robineau-Fauchon et Dominique
Letourneau**

Sylvie KERAUTRET

Année 2016/2017

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne



Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants du **Master 2 Management Sectoriel Parcours « Management des Organisations Soignantes »** de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM - Formation & Recherche en Soins.

Table des matières

INTRODUCTION.....	5
1. LE TERRITOIRE DE SANTE.....	6
1.1. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).....	6
1.2. Les Hôpitaux Universitaires Henri Mondor	7
1.3. L'Hôpital Henri Mondor.....	8
1.4. Le Bloc Opératoire.....	9
1.4.1. La gouvernance.....	10
1.4.2. Les moyens humains	11
1.4.3. L'activité.....	12
2. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES	13
2.1. APHP	13
2.1.1. Le parcours patient.....	13
2.1.2. L'AP-HP : acteur des révolutions médicales et numériques	13
2.1.3. Améliorer la performance sociale et managériale	13
2.1.4. Construire un projet financièrement responsable.....	14
2.2. Les Hôpitaux Universitaires Henri Mondor	14
2.2.1. Le parcours patient.....	14
2.2.2. Le projet immobilier	15
2.3. Le nouveau bâtiment RBi	15
2.3.1. La genèse du projet.....	15
2.3.2. Le projet.....	16
3. LA CONDUITE DU PROJET	18
3.1. L'organisation logistique	19
3.1.1. L'organisation actuelle	20
3.1.2. La logistique dans le futur RBi	22
3.2. Les enjeux et objectifs	24
3.2.1. Fluidifier le parcours patient.....	24
3.2.2. Gagner en efficacité	24
3.2.3. Créer un collectif pluri-professionnel	26
3.3. Les acteurs	28
3.3.1. L'encadrement.....	28
3.3.2. Les IADE et les IBODE	29
3.3.3. Le corps médical	30
4. LA GESTION MANAGERIALE	31
4.1. La résistance au changement	31
4.2. Analyse du changement organisationnel	34

4.2.1.	La dimension fonctionnelle.....	34
4.2.2.	La dimension politique	34
4.2.3.	La dimension culturelle	35
4.2.4.	Ma posture.....	36
4.3.	Ressources et difficultés du projet	37
4.3.1.	La mise en place du projet managérial.....	37
4.3.2.	Le portage projet	38
4.3.3.	La composition du groupe.....	38
4.3.4.	Les personnes ressources	39
4.3.5.	Le planning prévisionnel	39
4.3.6.	Les attendus	40
4.3.7.	La communication	41
4.3.8.	La gestion des Ressources Humaines	41
4.3.9.	Les indicateurs	41
4.3.9.1.	En lien avec l'efficacité et le parcours patient	42
4.3.9.2.	En lien avec la création du collectif	42
5.	CONCLUSION	43
	BIBLIOGRAPHIE.....	44
	ANNEXES.....	

Liste des abréviations :

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : aides-soignants

ASN : Autorité de Sûreté Nucléaire

CAP : Cadre Administratif de Pôle

CARAVAN : Pôle Cardiologie – Réanimation – Vasculaire – Anesthésie

CEL : Comité Exécutif Local

CHIC : Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil

CHSCT : Comité Hygiène Sécurité

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLSIRMT : Commission Locale de Soins Infirmiers Rééducateurs et Médicotechnique

CMEL : Commission Médicale d'Etablissement Locale

CPP : Cadre Paramédical de Pôle

CTEL : Comité Technique d'Etablissement Local

DMI : Dispositif Médical Implantable

DMR : Dispositif Médical Restérilisable

DMS : Dispositif Médical Stérile

DSAP : Direction des Soins et des Activités Paramédicales

FFCSS : Faisant fonction de cadre supérieur de santé

GH : Groupe Hospitalier

HAS : Haute Autorité de Santé

HUHM : Hôpitaux Universitaires Henri Mondor

IADE : Infirmières Anesthésistes Diplômées d'Etat

IBODE : Infirmières de Bloc Opératoire Diplômées d'Etat

IDE : Infirmière diplômée d'Etat

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

PACTE : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe

PDSES : Permanences des Soins en Etablissement de Santé

PRS : Projet du Schéma Régional de Santé

PUI : Pharmacie à Usage Interne

QVT : Qualité de Vie au Travail

RBi : Réanimations Blocs interventionnel

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSPI : Salle de Soins Post-interventionnelle

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SWOT : Strengths Weaknessess, Oportunities, Threats

TPER : Tableau Prévisionnel des Emplois Rémunérés

UPDMS : Unité Pharmaceutique des Dispositifs Médicaux Stériles

USC : Unité de Soins Continus

USLD : Unité de Soins Longue Durée

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

INTRODUCTION

Les blocs opératoires, lieux de haute technicité, sont avant tout des lieux de production d'actes de soins. La tarification à l'activité mise en place en 2004¹ a pu conduire à une inflation du nombre d'interventions chirurgicales. Cette approche quantitative du bloc opératoire permettant le financement des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ne prévoit en rien la garantie de la qualité des soins.

La Haute Autorité de Santé (HAS) en introduisant, dans le manuel de certification V2014, la notion de patient traceur oblige à avoir une vision moins cloisonnée du cheminement des patients pris en charge au sein d'une salle d'opération. Le but de cette nouvelle modalité d'évaluation est de s'assurer de la sécurité de la prise en charge d'une personne tout au long de son parcours dans l'établissement ainsi que les interfaces.

Pour l'Agence Régionale de Santé (ARS)² : *« les parcours sont l'organisation d'une prise en charge globale et continue des patients et usagers au plus proche de leur lieu de vie »*
L'approche parcours est résumée dans la phrase suivante : *« faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût. »*

Le développement de la chirurgie ambulatoire ces dernières années en est un exemple. Les évolutions rapides des modes de prise en charge des patients tout comme celles des structures hospitalières ou des modes de communication interprofessionnels demandent des capacités d'adaptation à l'ensemble des acteurs hospitaliers. Toutefois le changement peut être vécu comme déstabilisant et induire des pertes de repère pouvant conduire à une diminution de la qualité de la prise en charge des patients mais aussi des relations humaines entre les acteurs en fonction de leur intérêt dans le projet. C'est ce qu'il nous faut éviter lors du déménagement dans de nouveaux locaux des blocs opératoires de l'hôpital Henri Mondor. Les dysfonctionnements pouvant exister à ce jour devront être pris en compte afin de ne pas être reproduits. Mais il faudra encore moins négliger les changements d'organisation notamment en matière logistique qui vont profondément modifier les habitus des professionnels.

Les personnels paramédicaux infirmiers de bloc opératoire (IBODE) et infirmiers anesthésistes (IADE) sont, avec les aides-soignants, les seuls personnels permanents des blocs opératoires. Ils se retrouvent dans une même unité de temps et de lieu pour concourir à la prise en charge d'un unique patient. Toutefois il n'existe pas de réelle communication entre les deux groupes, pas plus qu'une prise en charge concertée de la personne à opérer. A titre d'exemple un patient peut être admis en salle d'opération sans que personne ne soit assuré que les deux équipes soient prêtes à le recevoir dans les conditions de sécurité et de qualité requises. Cela génère à la fois des tensions et des retards à la prise en charge des patients. Dans un contexte d'efficience où l'activité des blocs opératoires est analysée à la fois en termes d'activité et de taux d'occupation des salles, l'encadrement se doit de repenser les organisations de travail.

Missionnée par la Direction des Soins et des Activités Paramédicales (DSAP) pour accompagner les équipes vers l'installation dans ces nouveaux locaux et les nouvelles organisations qui vont en découler je ne peux faire pas faire l'économie d'une réflexion sur la collaboration entre ces professionnels. Le travail à entreprendre doit être fait en concertation avec les acteurs qui doivent réfléchir sur les modalités de la future organisation et être partie prenante de sa mise en place.

La construction de ce bâtiment représente une réelle opportunité de réorganisation. Réorganisation au service du patient tout d'abord puisque l'un des objectifs est l'augmentation d'activité de chirurgie ambulatoire et de chirurgie d'urgence. Réorganisation au bénéfice des

¹ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

² Source : <http://ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148927.0.html> consulté le 20 novembre 2016

professionnels du bloc opératoire par la suite puisqu'un autre des objectifs est la construction d'un collectif de travail qui servira l'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT). L'HAS³ définit la qualité de vie au travail comme « *une démarche participative et progressive qui, étape après étape, conduit le groupe à réinterroger l'organisation du travail pour retrouver les marges de manœuvre nécessaires à la réalisation d'un travail de qualité. La performance économique, sociale, sociétale, n'est pas l'objectif mais la résultante de cette dynamique vertueuse.* »

Après avoir présenté l'institution dans son environnement puis ses orientations stratégiques seront développées la conduite du projet et sa gestion managériale. Avant de conclure nous intéresserons aux éléments d'évaluation qui permettront de mesurer l'atteinte des objectifs fixés.

1. LE TERRITOIRE DE SANTE

1.1. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)

L'AP-HP est le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de la région Île-de-France. Sa portée internationale en fait une de ses forces.

L'AP-HP est un établissement public de santé. Il est régi par l'article L.6147-1 et les articles R.6147-1 à R.6147-16 du code de la santé publique.

Il est organisé en 12 Groupes Hospitaliers (GH) et comprend 39 hôpitaux. 36 d'entre eux sont en Île-de-France, 2 dans le sud et le dernier dans le nord de la France.

L'AP-HP⁴ est le premier employeur de la région avec 100 000 personnes qui y travaillent. Ce chiffre se décline ainsi : 17 000 médecins et 57 000 agents personnels non médicaux (dont 17 000 infirmiers), auxquels il faut ajouter les personnels administratifs et techniques. L'AP-HP est une organisation puissante et reconnue qui a une offre de soins des plus complètes (diagnostics, urgences, traitements) et qui propose des modalités variables de prise en charge (hospitalisation de jour, à domicile, traditionnelle, de courte et de longue durée). Elle dispose d'équipements lourds, de 20 000 lits et de 2 000 places de jour. Ceci permet l'accueil de près de 8 millions de patients par an, de 5 millions de consultations externes, de 1,3 millions de séjour en MCO et 334 000 actes opératoires sont réalisés dans 300 salles d'opération.

L'institution participe à l'enseignement et à la recherche et est en lien avec 7 facultés de médecine et 17 écoles de formations paramédicales. En France, 1 médecin sur 5 est formé par cette institution.

L'AP-HP⁵ a un budget de fonctionnement proche de 7,3 milliards d'euros avec un résultat tous comptes confondus excédentaire de 39,7 millions d'euros.

L'AP-HP est organisée avec des instances de décision ou de consultation centrales qui sont prévues par la loi : le conseil de surveillance, le directoire, la commission médicale d'établissement, le comité technique d'établissement ; des directions chargées de mettre en œuvre la politique de l'établissement conduite par le directeur général.

³ Document HAS ANACT Repères et principes d'une démarche qualité de vie au travail dans les établissements de santé. Note du groupe établissement - Juin 2013 consulté sur www.has-santé.fr le 20 mars 2017

⁴ Source : AP-HP : rapport annuel 2015 de l'AP-HP www.aphp.fr/actualite/lap-hp-publie-son-rapport-annuel-2015 consulté le 1er novembre 2016

⁵ Ibid

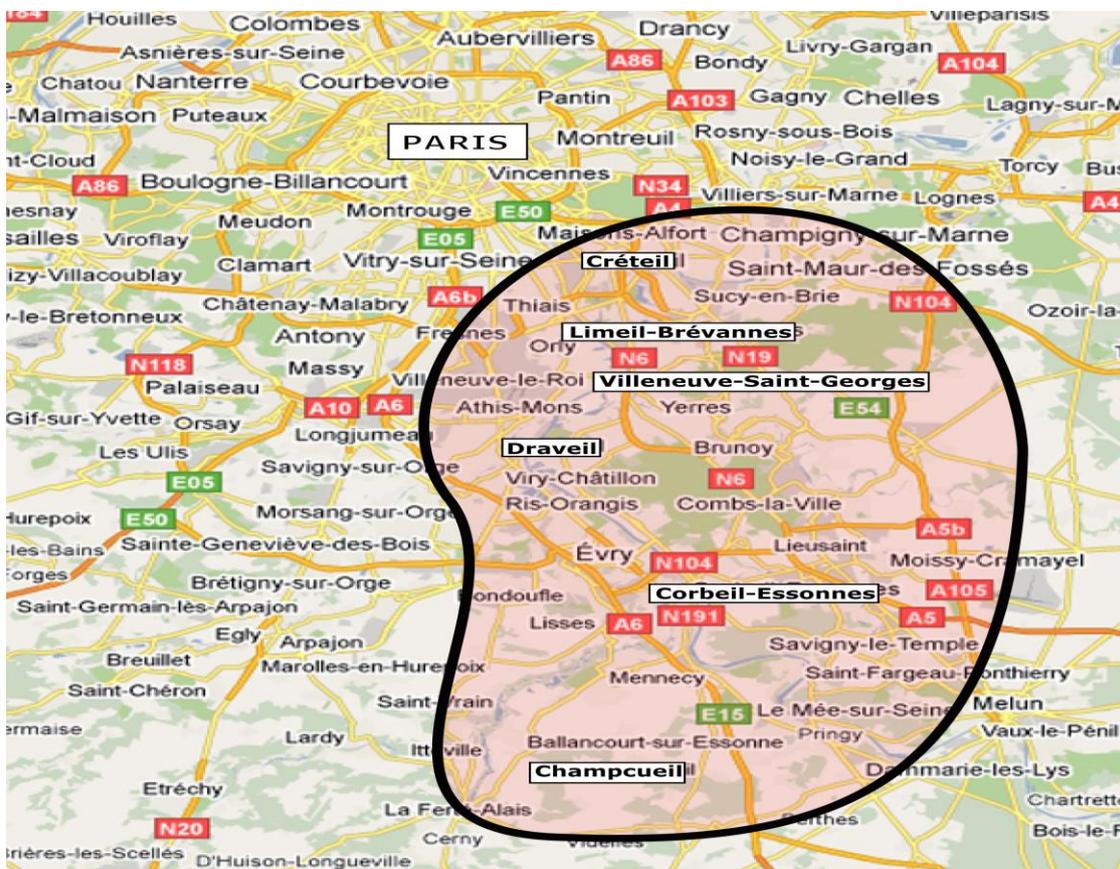
Sont déclinées au niveau de chaque groupe hospitalier, des instances consultatives locales : conseil exécutif, commission locale de surveillance, commission médicale d'établissement locale, comité technique d'établissement local, et une équipe de direction qui anime la politique de l'AP-HP pour le groupe hospitalier sous l'autorité du directeur du groupe hospitalier.

Dans le chapitre suivant nous nous intéresserons au groupe hospitalier des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor qui est mon G.H. de rattachement.

1.2. Les Hôpitaux Universitaires Henri Mondor

Les Hôpitaux Universitaires Henri Mondor regroupent 3100 lits répartis sur 6 sites. Les sites Georges Clemenceau et Joffre-Dupuytren sont tous les 3 situés dans l'Essonne (territoire de santé 91-Essonne) et sont à orientation gériatrique (soins de suite et réadaptation et soins de longue durée) L'hôpital Emile Roux situé à Limeil-Brévannes (Val de Marne) est également un site gériatrique. Les hôpitaux Albert Chenevier et Henri Mondor sont sur la commune de Créteil, préfecture du Val de Marne. L'hôpital Albert Chenevier partage son activité entre la psychiatrie, des SSR, des USLD et des lits de MCO (soins palliatifs et médecine gériatrique aigue)

L'hôpital Henri Mondor accueille des patients relevant des secteurs médico-chirurgicaux et psychiatriques.



1.3. L'Hôpital Henri Mondor

Il a été construit en 1969 à Créteil sur des terrains appartenant à un autre hôpital de l'AP-HP : l'Hôtel Dieu de Paris. C'est le Ministre des Affaires Sociales de l'époque, Jean Marcel Jeanneney, qui prendra la décision d'appeler ce nouvel établissement Henri Mondor, du nom d'un illustre professeur de chirurgie et homme de lettres (1885-1962). Ce choix marquait la volonté de faire de ce nouvel outil un hôpital chirurgical.

En cette fin des années 60 les grands chantiers hospitaliers restent influencés par les ordonnances Debré de 1958⁶ créant notamment les Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires. La « toute puissance » de la médecine s'illustre au travers de ces gigantesques barres hospitalières. Le bâtiment indique également la fonction que la société a dévolue à l'institution : il y a 50 ans la technique est reine des reines et les bâtiments s'articulent autour d'elle.

Cet immeuble de grande hauteur, à orientation médecine et chirurgie, a une capacité⁷ de 815 lits dont 255 lits de chirurgie et 60 lits d'unité de soins continus (USC) et de réanimation chirurgicale.

L'activité en lien avec la prise en charge des urgences est très prégnante puisque que le CHU est le siège du SAMU 94 et est acteur de plusieurs permanences des soins en nuit profonde (chirurgie digestive, vasculaire, urologique, neurochirurgie). H. Mondor participe, en alternance avec 5 autres centres, à la grande garde de neurochirurgie qui se traduit par la prise en charge de toutes les urgences de neurochirurgie d'Ile de France sur 24h00.

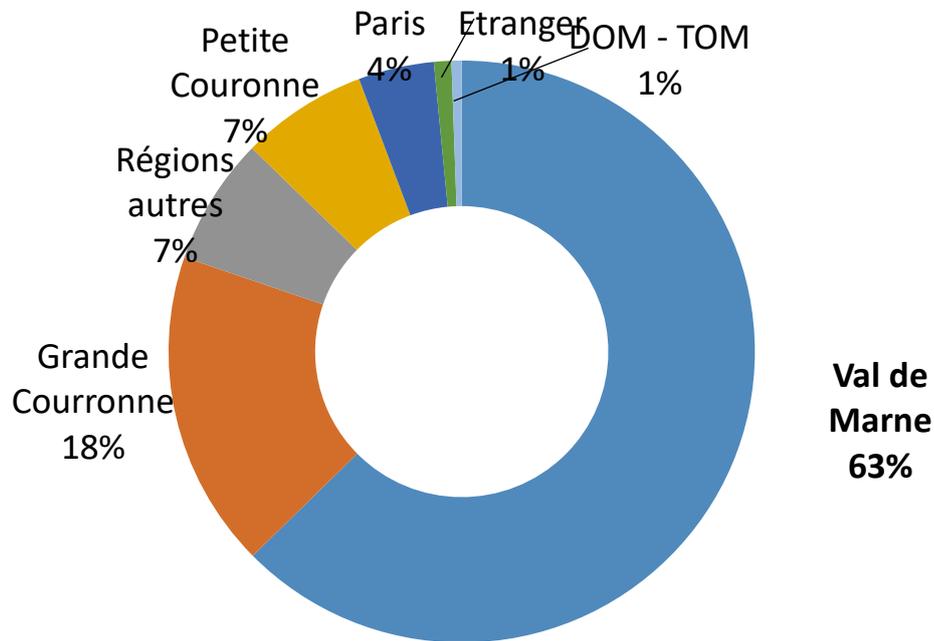
Un partenariat existe avec le Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges, le Centre Hospitalier du Sud Est Francilien et le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC). Ce dernier est complémentaire en termes d'activité puisqu'il accueille en son sein les disciplines absentes à Henri Mondor (ophtalmologie, gynéco-obstétrique, pédiatrie...) et fonctionne depuis 2012 en Groupement de Coopération de Santé. L'accompagnement et le développement de la coopération entre Henri Mondor et le CHIC est inscrit dans les chantiers prioritaires du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)⁸ composante du Projet du Schéma Régional de Santé (PRS) 2013-2017 (revisité en 2015).

Le recrutement des patients, comme le montre le graphique suivant, a un fort ancrage territorial.

⁶ Ordonnance 28-1373 du 30 décembre 1958

⁷ Source : Direction de la Stratégie et des Affaires Médicales HUHMM

⁸ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-2013-2017-0?page=les-schemas/organisation-des-soins/> consulté le 5 avril 2017



PROVENANCE GEOGRAPHIQUE DES PATIENTS HENRI MONDOR⁹

1.4. Le Bloc Opératoire

C'est le lieu de mon affectation en tant que cadre coordonnateur des blocs.

Il s'agit d'un plateau de 19 salles d'opérations réparties comme suit :

AFFECTATION DES SALLES	NOMBRE
Chirurgie réparatrice	2
Chirurgie vasculaire	2
Chirurgie urologique	2
Chirurgie orthopédique	2
Neurochirurgie	2
Chirurgie hépatobiliaire et digestive	2
Chirurgie cardiaque	2
Chirurgie ambulatoire	2
Salle dédiée aux urgences	2
Salle de recours et de secours	1

Les salles d'urgence sont ouvertes 24h00 sur 24 avec la mobilisation possible d'astreintes pour la prise en charge d'urgences de chirurgie cardiaque, de transplantations hépatiques et de transplantations rénales. Une salle supplémentaire est armée sur 24h00 lors des grandes gardes de neurochirurgie.

Pour la chirurgie programmée, 9 salles sont ouvertes sur une amplitude de 9h00 6 autres sur une amplitude de 10h00. Une dernière salle attribuée à la chirurgie cardiaque a une amplitude de 12h00.

⁹ Source : Département d'Information Médicale Henri Mondor 2016

1.4.1. La gouvernance

Le terme gouvernance est issu du verbe gouverner du latin *gubernare* qui signifie diriger un navire¹⁰.

La gouvernance peut être définie comme une nouvelle forme de démocratie participative. « *L'objectif de la gouvernance est d'aboutir à des décisions acceptables par la majorité, dans la mesure du possible, qui vont dans le sens du bien commun. La gouvernance s'applique à toutes les organisations.* »¹¹

Concernant le bloc opératoire cela s'apparente à la fonction de guidance exercée par les exécutifs de pôle. Elle s'appuie sur une charte de bloc opératoire et un conseil de bloc opératoire.

Le bloc opératoire n'est pas intégré à un pôle mais est considéré comme tel car en dehors du chef de pôle, du Cadre Paramédical de pôle (CPP) et du Cadre Administratif de Pôle (CAP) il en possède les attributs : budget, Tableau Prévisionnel des Emplois Rémunérés (TPER), conférence de pôle ...

La proposition d'intégrer le bloc opératoire au sein d'un pôle comprenant les réanimations, les USC et le service d'anesthésie n'ayant pas emporté l'adhésion de l'ensemble des acteurs, le bloc opératoire est donc rattaché au Conseil Exécutif Local. Le personnel infirmier de bloc, les aides-soignants (A.S) et l'encadrement infirmier de bloc opératoire (IBODE) en dépendent et ont pour hiérarchie directe la Direction des Soins et des Activités Paramédicales (DSAP).

Les médecins anesthésistes, les infirmiers anesthésistes (IADE), le personnel de la salle de soin post interventionnelle (SSPI) ainsi que leur encadrement sont rattachés au pôle CARAVAN qui comprend les réanimations et USC, la chirurgie vasculaire, la chirurgie cardiaque, la cardiologie, les SSR cardiologiques.

Conformément à la charte de bloc opératoire la gouvernance est assurée par un coordonnateur et un coordonnateur adjoint, formant un binôme chirurgien et anesthésiste-réanimateur. Le coordonnateur chirurgical est également le président du conseil de bloc opératoire ce qui est l'équivalent de chef de pôle.

Le coordonnateur et le coordonnateur adjoint sont nommés par le directeur des hôpitaux Universitaires Henri Mondor sur proposition du président de la Commission Médicale d'Établissement Locale (CMEL).

Ils sont secondés par une faisant fonction de cadre supérieur de santé (FFCSS) de filière Infirmière de Bloc en charge de la coordination des blocs qui travaille en lien avec l'encadrement supérieur IADE et le CPP du pôle CARAVAN.

¹⁰ Source : dictionnaire Larousse

¹¹ Source : <http://www.vedura.fr/gouvernance/> consulté le 23 février 2017

1.4.2. Les moyens humains

Nous évoquerons ici les moyens alloués au pôle « like » bloc opératoire mais également ceux du secteur d'anesthésie qui sont indissociables de l'activité.

1.4.2.1. Le bloc opératoire

Les moyens propres au bloc opératoires se composent de :

- ✓ 47 aides-soignants et agents hospitaliers assurant les installations des patients, le bio nettoyage et le transport des patients en provenance et vers les étages d'hospitalisation. 1 agent est affecté à la salle de décartonnage.
- ✓ 1 personnel ouvrier en gestion personnalisé en charge des courses
- ✓ 74 IBODE et Infirmières (IDE) assurant les fonctions d'infirmière circulante et d'instrumentiste. Le taux de 60% d'IBODE permet un niveau de polyvalence sur plusieurs secteurs opératoires.
- ✓ 4 cadres de santé (3 IBODE et 1 IDE) ayant en charge la gestion d'1 ou 2 secteurs chirurgicaux avec des missions transversales. 1 poste est vacant en attente de recrutement
- ✓ 1 faisant fonction de cadre supérieur de santé IBODE en charge de la coordination des blocs.

Les IBODE travaillent sur des amplitudes horaires de 9h00 et de 10h00 avec des prises de poste échelonnées entre 7h00 et 8h00 et 5 arrivées à 11h00 permettant la continuité des prises en charges dans les salles d'urgence et de chirurgie cardiaque où les interventions longues nécessitent un temps de vacation plus long. Ces arrivées décalées permettent également d'organiser la pause déjeuner. Il existe une équipe de nuit fixe en 10h00. 64 chirurgiens séniors interviennent régulièrement dans le bloc.

1.4.2.2. Le secteur d'anesthésie

Le personnel dédié à l'anesthésie est affecté au pôle CARAVAN qui regroupe l'anesthésie, les réanimations et USC, la médecine et la chirurgie cardiovasculaire ainsi qu'une unité de soins de suite et de réadaptation cardiaque.

Les effectifs affectés au bloc sont :

- ✓ 47 IADE qui contribuent à l'activité du bloc opératoire mais également à celle des sites extérieurs requérant une anesthésie générale : endoscopie, neuroradiologie, cardiologie interventionnelle...
- ✓ 24 IDE affectés à la SSPI
- ✓ 15 AS repartis sur la SSPI et la logistique du bloc opératoire pour la partie anesthésie
- ✓ 1 cadre de santé IADE alors que 3 postes sont inscrits au TPER

- ✓ 1 faisant fonction de cadre supérieur de santé IADE

Les IADE travaillent sur des amplitudes horaires de 9h00, 10h00 ou 12h00 en regard des horaires d'ouverture des salles d'opération. Ils assurent également les gardes de nuit en 12h00 par roulement. De fait Il n'y a aucun chevauchement d'équipe.

55 anesthésistes réanimateurs peuvent être amenés à intervenir dans l'enceinte du bloc opératoire et de la SSPI.

L'ensemble de ces professionnels concoure à la production d'actes opératoires et à une prise en charge diversifiée des patients accueillis au sein du bloc.

1.4.3. L'activité

Elle se mesure en chiffre mais également en type de prise en charge.

En 2016 16.386 patients ont été opérés dans les 19 salles d'opération d'Henri Mondor ce qui représente près de 29.000 actes chirurgicaux¹².

Les prises en charge patients sont réparties en 3 grandes catégories issues de 3 modes d'adressage différents. La chirurgie programmée issue de l'hospitalisation conventionnelle, la chirurgie ambulatoire et la chirurgie liée à l'urgence structurent l'activité du bloc opératoire.

La chirurgie programmée en provenance de l'hospitalisation conventionnelle représente la moitié de l'activité et prend en charge des pathologies lourdes et complexes : chirurgie cardiaque, chirurgie carcinologique...

Les patients issus du parcours chirurgie ambulatoire représentent 20% de l'activité et concernent toutes les spécialités chirurgicales à l'exception de la chirurgie cardiaque. Les rhumatologues et les odontologues participent également à l'activité.

La chirurgie d'urgence est abondée par les patients pris en charge par le SAMU mais aussi via les différentes permanences des soins en établissements de santé (PDSES) et qui concerne les chirurgies digestive, urologique, orthopédique et vasculaire ainsi que la neurochirurgie. Neurochirurgie qui participe également à la grande garde : prise en charge de toutes les urgences d'Ile de France pendant 24h00 répartie en alternance avec 5 autres centres chirurgicaux. La chirurgie d'urgence peut représenter jusqu'à 50% de l'activité de certains secteurs chirurgicaux (chirurgie cardiaque) mais représente 30% du volume total d'activité. A la chirurgie d'urgence s'ajoute une activité de prélèvement multi organes et de tissus mais aussi de transplantation cardiaque, hépatique et rénale.

La structuration de l'activité se retrouve déclinée dans le projet stratégique de l'AP-HP et de fait, dans celui du groupe hospitalier des hôpitaux universitaires Henri Mondor (HUHM)

¹² Source : département information médicale hôpital Henri Mondor

2. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

2.1. APHP

Le plan stratégique de l'AP-HP¹³ établi pour 5 ans (2015-2019) s'organise autour de 4 axes principaux. Ne seront repris ici que les principaux items en lien avec ce travail d'écriture

2.1.1. Le parcours patient

Les autorités de santé ont souhaité porter à 50% le taux de chirurgie ambulatoire pour l'ensemble des établissements de santé à l'horizon 2016. L'AP-HP, pour qui cette activité représente 26% de l'activité chirurgicale lors de la rédaction de son plan stratégique, souhaite lui faire atteindre 45% en 2019. La prise en charge d'activités lourdes et de patients précaires et isolés freinant un développement plus important. L'architecture souvent ancienne et pavillonnaire rendant plus complexe l'organisation d'un circuit ambulatoire et la reconversion des unités d'hospitalisation traditionnelle est aussi un facteur limitant.

Dès lors que le diagnostic de cancer aura été établi, les patients qui en sont atteints devront avoir une prise en charge accélérée. Cela inclue également l'accès au bloc opératoire.

La prise en charge des patients en aval des services d'urgence met l'acte chirurgical et donc une nouvelle fois le bloc opératoire dans la chaîne de soins.

2.1.2. L'AP-HP : acteur des révolutions médicales et numériques

Une stratégie en matière d'équipements biomédicaux innovants doit être réfléchi et permettre de gagner en attractivité tant pour le patient que le personnel.

2.1.3. Améliorer la performance sociale et managériale

C'est l'un des axes forts de ce plan stratégique qui accompagne les mutations des organisations. Il se propose d'accompagner l'émergence de nouveaux métiers, de promouvoir les coopérations entre les professionnels et de repositionner les soignants sur leur cœur de métier.

La prise en compte de la pénibilité notamment dans les blocs opératoires, des démarches participatives autour de la qualité de vie au travail sont des éléments d'amélioration de la qualité de vie au travail.

¹³ Source : www.aphp.fr/contenu/plan-strategique-2015-2019 consulté le 01/11/16

2.1.4. Construire un projet financièrement responsable

Une des principales sources d'efficience doit provenir de progrès à réaliser sur les organisations qui sont à mettre en regard des investissements.

Pour l'ensemble des activités interventionnelles : *« et pour privilégier le parcours du patient, l'APHP cherchera à développer des « plateaux interventionnels mutualisés », regroupant au sein d'un même lieu géographique et modulaire, toutes les activités interventionnelles (chirurgie, radiologie interventionnelle, cardiologie, etc.) qui nécessitent un plateau technique, des ressources humaines spécialisées, des besoins logistiques communs et un accès à l'expertise des anesthésistes. Si ce concept pouvait être mis en œuvre lors de création de structures neuves, les plateaux techniques existants devraient être regroupés pour mutualiser les compétences et les investissements dans les équipements innovants au profit d'une taille critique d'activité. Les gains induits pourront permettre, par exemple, l'acquisition d'équipements plus innovants. »*¹⁴

Des investissements réguliers devront aider à réduire les « poches de vétusté » existant sur certains sites.

Les HUHMs sont impactés par ces mesures sur plusieurs de ses sites et sur le volet création de structures neuves l'hôpital Henri Mondor est directement concerné.

2.2. Les Hôpitaux Universitaires Henri Mondor

Les orientations stratégiques des HU-HM¹⁵ sont une déclinaison du plan stratégique AP-HP. Elles reprennent les axes d'amélioration de la performance sociale et managériale qui s'impose de façon « top-down ». En 2016, cela s'est traduit par une remise à plat de l'organisation du temps de travail dans tous les sites de l'AP-HP dont les objectifs étaient à la fois un retour au réglementaire et une amélioration de la qualité de vie au travail.

Concernant la déclinaison sur le terrain des grandes orientations elles se concrétisent sur les parcours patients et sur la mise en œuvre de projets d'investissements immobiliers.

2.2.1. Le parcours patient

La chirurgie ambulatoire est concernée au premier chef puisque son taux qui était de 8% en 2013 est passé à 19,6% en 2016 grâce à l'ouverture d'une salle d'opération supplémentaire en 2014 et au passage de 8 à 12 places dans l'unité d'accueil de chirurgie ambulatoire.

L'objectif fixé pour la fin du plan stratégique en 2019 est de 25% compte tenu de la spécificité des chirurgies exercées au sein du bloc et qui ne sont pas éligibles à l'ambulatoire. Le taux d'occupation des 2 salles dédiées à la chirurgie ambulatoire est proche de 90%. Cela ne laisse que peu de marges de manœuvre et ces dernières ne peuvent pas être trouvées sur le reste du plateau technique.

Un autre volet concerne la prise en charge des cancers via la simplification du circuit et de l'interface avec le bloc opératoire qui se doit de proposer des plages opératoires dans des délais raisonnables définis par le corps chirurgical.

Le dernier volet concernant le bloc opératoire consiste en son intégration dans une filière orthogériatrique. La prise en charge des patients âgés, essentiellement des fractures du col du fémur, doit se faire au fil de l'eau et être l'une des priorités dans l'ordonnancement des urgences et les inscrire comme patients cibles dans la salle d'urgence dédiée à chirurgie traumatologique.

¹⁴ Source : Plan stratégique AP-HP 2014-2019

¹⁵ Source : Plan stratégique 2014-2019 des HUHMs – V5 du 14 10 2014

2.2.2. Le projet immobilier

Il s'agit de la construction d'un bâtiment qui vise à regrouper en une unité de lieu les activités nécessitant l'intervention d'un médecin anesthésiste et le recours à la SSPI. Il doit également permettre une prise en charge plus rapide des urgences au bloc opératoire et une augmentation de l'activité de chirurgie ambulatoire. Ce projet a été nommé RBi.

2.3. Le nouveau bâtiment RBi

RBi est l'acronyme de réanimations blocs et interventionnel. Il s'agit de la construction d'un nouveau bâtiment où seront transférés les réanimations, les blocs opératoires. Les surfaces libérées accueilleront après une deuxième vague de travaux la totalité des activités interventionnelles du site expliquant le i minuscule de RBi.

2.3.1. La genèse du projet

Ce projet a pris corps depuis une dizaine d'année et découle à la fois de la volonté de tous les acteurs de se doter d'un outil de travail performant et d'une nécessaire remise à la norme des locaux.

Les salles d'opération, depuis 1969, n'ont subis que peu de travaux de modernisation et ne correspondent plus au standard de la chirurgie d'aujourd'hui. Les locaux devenus peu fonctionnels compliquent les conditions de travail des agents. La structure ne permettant que difficilement l'intégration des nouvelles technologies telles que la chirurgie robotique ou les salles hybrides il fallait trouver une solution adaptée.

La visite de certification V2010 de l'HAS en 2013¹⁶ a pointé la vétusté des locaux et notamment la non-conformité de certains matériaux tels que le bois. Cette problématique liée aux contraintes architecturales rendant difficile le respect des circuits des déchets a contribué à ce qu'une réserve soit consignée dans le rapport de l'HAS.

La contre visite qui a eu lieu en 2014¹⁷ a levé cette réserve au prix de gros travaux impactant l'activité et ne couvrant pas toutes les améliorations souhaitables.

L'inspection de l'ASN de 2014¹⁸ a également relevé des anomalies en termes de signalétique lumineuse et de mise à la norme de certaines parois. L'inspection de décembre 2016¹⁹, au regard des dernières normes en vigueur, relève de nouvelles non-conformités en termes de risques dans les locaux attenants aux salles d'opération. Les travaux à engager sont une nouvelle fois impactant sur l'activité et extrêmement coûteux.

La restructuration des blocs opératoires dont il est question depuis le milieu des années 2000 a été validée en 2013 par la Directrice Générale de l'AP-HP sur la base d'un rapport préliminaire fourni par le G.H. En 2014, à la demande du siège de l'AP-HP, une nouvelle étude des coûts est demandée faisant craindre un report voire une annulation du projet. Après réexamen du dossier un accord définitif est donné par M. HIRSCH nouveau directeur général.

La construction d'un bâtiment neuf permet le maintien d'une activité chirurgicale a un niveau

¹⁶ Source : www.has-santé.fr/portail/jems consulté le 3 décembre 2016

¹⁷ *ibid*

¹⁸ Source : *Rapport ASN*

¹⁹ Source : *Rapport de synthèse ASN du 13/01/2017*

constant.

Le projet est autofinancé par l'institution. Un complément est apporté par la vente d'une parcelle attenante à Henri Mondor. Parcelle qui est destinée à accueillir une gare du Grand Paris. Il est escompté que cette nouvelle gare, qui s'inscrit dans le cadre de l'amélioration du plan de circulation du territoire, permettra de drainer une nouvelle patientèle.

2.3.2. Le projet

Sous l'égide de la directrice du groupe hospitalier et de la présidente de la CMEL un comité de pilotage a été mis en place au début 2013. Il a associé toutes les directions fonctionnelles et institué des groupes de travail thématiques intégrant les futurs utilisateurs : chirurgiens, médecins anesthésistes et réanimateurs, services logistiques, pharmacie à usage interne et encadrement supérieur.

L'ANAP a apporté une aide au dimensionnement capacitaire et organisationnelle du projet via l'outil Aelipce (projection d'activité, R.H...) Les constats et propositions issus de ces travaux ont été présentés aux diverses instances : CMEL, CTEL, CHSCT, CEL, CLSIRMT et Conseil de bloc au cours de l'année 2013.

Il a été retenu le principe d'une opération en deux grandes phases. La première étant la construction d'un nouveau bâtiment regroupant les blocs opératoires, les USC et les réanimations qui, aujourd'hui disséminés dans la tour, intégreront les nouveaux locaux. La seconde phase concernera les surfaces libérées par les blocs opératoires qui serviront au regroupement de toutes les activités interventionnelles et au rapprochement géographique de l'unité d'accueil de chirurgie ambulatoire. Cette seconde phase vise à regrouper en une unité de lieu toutes les activités nécessitant l'intervention d'un médecin anesthésiste et l'accès à la salle de soins post-interventionnels. Cette réflexion concernant une meilleure utilisation des moyens, notamment anesthésiques, avait déjà été travaillée avant qu'elle n'apparaisse sur le plan stratégique APHP 2015-2019

Nous ne nous intéresserons qu'à la première phase qui consiste en la construction d'un bâtiment relié par des passerelles à l'IGH et situé face à la future entrée.

Ce nouveau lieu de soins regroupera sur 2 étages les réanimations et USC et un étage complet sera dédié au bloc opératoire. Un quatrième étage sera dévolu à la logistique.

L'avant-projet porté par différentes directions du siège de l'AP-HP, en lien étroit avec le comité de pilotage du GH et aidé d'un programmiste a dégagé les grandes lignes qui ont été portées sur la place publique via l'appel d'offre lancé en septembre 2015.

En raison de la confidentialité liée au respect des règles de passation des marchés publics une partie seulement des personnes ayant participé aux groupes de travail a pu suivre le projet jusqu'à son terme et j'ai eu l'opportunité d'en faire partie. Le choix du groupement(architecte et maîtrise d'œuvre) a été arrêté en juillet 2016 et devait être officialisé en janvier 2017 après la signature du contrôleur financier. Ce n'est qu'à ce moment que les équipes prendront connaissance de la totalité des plans et des circuits.

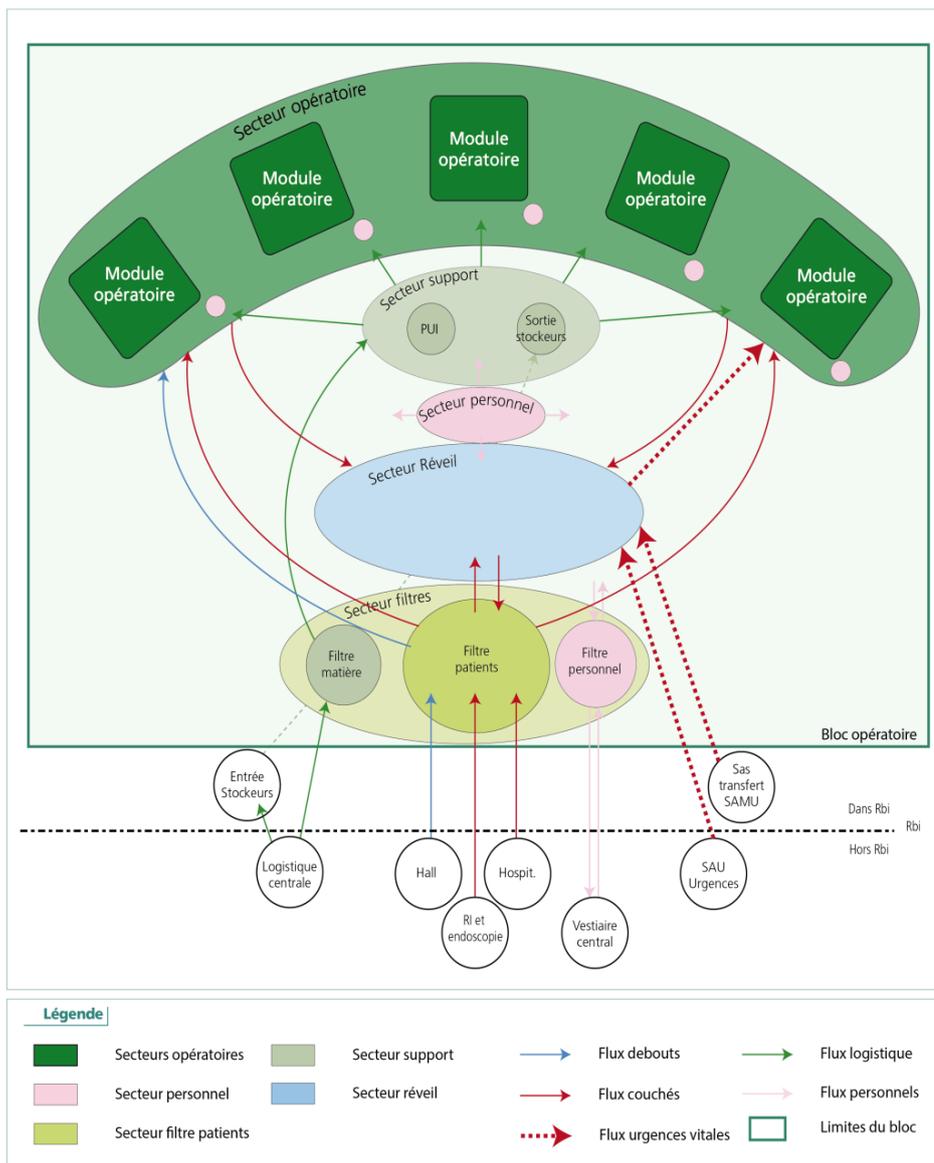
Une présentation schématique et très synthétique du projet a été faite à l'ensemble des acteurs par 2 fois : l'une au printemps 2015 et l'autre le 9 juin 2016 lors du séminaire dédié au bloc opératoire.

Le nouveau bloc verra le nombre de salles d'opération augmenter pour répondre à la fois aux orientations stratégiques institutionnelles et aux besoins induits par la multiplication des permanences de soin qui prévoit un « zéro refus de patient ». Le nombre de salles dévolues à la chirurgie ambulatoire va donc passer de 2 à 4 et le nombre de salles d'urgences de 2 à 3. Les salles seront pour la plupart polyvalentes afin de permettre l'optimisation de leur taux d'occupation.

L'automatisation de la logistique y a été intégrée : transport automatisé des livraisons des dispositifs médicaux stériles, des bacs de décontamination des instruments souillés, d'évacuation des déchets.

Les conditions de travail du personnel ont été prises en compte : lumière du jour dans les salles d'opération, stockeurs rotatifs pour les containers d'instrumentation chirurgicale et les dispositifs médicaux stériles (DMS)...

Les surfaces de stockage ont été réduites au maximum pour éviter une immobilisation de stocks couteux : le flux tiré est privilégié.



SCHEMA FONCTIONNEL DU FUTUR BLOC OPERATOIRE RBi

prend une place très importante. Cela a permis de mettre en avant le problème soulevé par les stockeurs dynamiques qui vont marquer une rupture complète avec les modes de fonctionnement existants.

Ces stockeurs qui vont s'étendre sur 4 étages sont destinés à accueillir les dispositifs médicaux réutilisables (DMR) et DMS de tout le bâtiment. Des stocks tampons à minima seront disponibles à proximité immédiate des modules opératoires mais le plus gros volume sera au niveau des stockeurs dynamiques regroupés en un seul point du bloc opératoire. L'encadrement fait très rapidement le parallèle avec l'installation des armoires sécurisées destinées à stocker les DMI et DMS couteux. Ces armoires ont engendré un fort sentiment d'insécurité et une sensation de perte de temps pour les IBODE. Le fait de ne plus avoir à portée de main immédiate les articles et de devoir à la fois s'identifier et saisir l'identité patient leur donnait la sensation de « perdre le contrôle et le fil de l'intervention chirurgicale en cours » et plus particulièrement en situation d'urgence. Le temps d'appropriation a été relativement long et différent entre les générations de personnel pour un projet porté par la pharmacie qui souhaitait en faire une « vitrine » innovante.

L'idée sous jacente émise par l'encadrement est de partir de cette expérience pour présenter le projet aux équipes. Une remarque faite par l'un des cadres concernant la perception de cette nouvelle organisation de travail par les IADE a naturellement orienté vers la mise en place d'un groupe de travail commun qui poursuivrait deux buts : l'accompagnement de cette nouvelle organisation et se saisir de cette opportunité pour faire travailler ensemble deux catégories professionnelles qui aujourd'hui travaille côte à côte.

Une première rencontre entre FFCSS IADE et IBODE permet de valider le projet commun. Le calendrier de démarrage des réunions avec les équipes ne peut être fixé que lorsque la direction générale nous donne l'autorisation de communiquer sur les plans. Cela devait intervenir début janvier, à la suite de la signature par le contrôleur financier et le directeur général de l'AP-HP du contrat avec le groupement retenu. Pour des raisons techniques ce délai est repoussé plusieurs fois et c'est à la mi-février que le contrat sera rendu effectif entre l'AP-HP et le groupement architecte- maîtrise d'œuvre.

La présentation aux équipes par la direction du G.H, préalable obligatoire pour démarrer les groupes de travail, ne sera que le 21 mars. Ce délai supplémentaire conjugué à la diminution des présences des personnels lors de la baisse d'activité opératoire sur les vacances de printemps ne permet pas de lancer les groupes de travail comme je l'avais envisagé.

La présentation faite de façon conjointe par l'architecte et la directrice du G.H. a réuni tous les professionnels concernés par le projet. Les personnels des blocs opératoires étaient bien sûr présents mais avait été également conviés les représentants de tous les services en interface : services d'hospitalisation, pharmacie, unité d'accueil de chirurgie ambulatoire, équipe opérationnelle d'hygiène... Toutes les directions fonctionnelles de l'hôpital étaient également présentes, marquant en cela l'importance accordée à ce projet.

Le format de cette présentation a permis à ceux qui le souhaitait d'intervenir. Très rapidement sont arrivés des questionnements sur la logistique confortant l'axe de travail choisi.

3.1. L'organisation logistique

L'association française de logistique définit la logistique comme "l'art et la manière de mettre à disposition un produit donné au bon moment, au bon endroit, au moindre coût et avec la meilleur qualité".

Le Larousse la définit dans son sens premier : ensemble des opérations ayant pour but de permettre aux armées de vivre, de se déplacer, de combattre et d'assurer les évacuations et

le traitement médical du personnel.

Sans vouloir se comparer aux armées auquel le Larousse fait référence l'organisation logistique occupe dans les blocs une place prépondérante. Une rupture dans la chaîne logistique peut retentir sur les prises en charges des patients voire conduire à un report d'intervention.

Nous nous concentrerons dans ce chapitre sur les approvisionnements en DMR, DMS, DMI et médicaments. Ces flux correspondent à 350m³ soit l'équivalent de 140 palettes livrées hebdomadairement.

3.1.1. L'organisation actuelle

Il n'existe pas de différence entre les circuits anesthésie et bloc opératoire. Les flux logistiques entrant, hormis les containers d'instruments arrivant de la stérilisation centrale, sont le résultat de commandes passées via les logiciels institutionnels Copilote et SAP. L'encadrement est seul habilité à effectuer les commandes hors stocks, c'est-à-dire celle qui ne sont prises en charge par aucun magasin de l'hôpital (ligatures, pinces automatiques...)

Les produits sont livrés par l'UPDMS (unité pharmaceutique des dispositifs médicaux stériles) et la pharmacie médicaments, sont décartonnés dans une pièce adaptée par un agent du bloc dédié à cette fonction.

Les produits stockés en PUI (pharmacie à usage interne) y sont acheminés et pris en charge par les préparateurs en pharmacie qui les stockent et/ou les dispatchent vers les secteurs demandeurs. Le rangement dans les réserves de proximité est à la charge du service. Les demandes urgentes sont honorées toutefois les horaires d'ouverture de la PUI (8h00-16h00 et uniquement les 5 jours ouvrés de la semaine) ne sont pas en adéquation avec l'activité d'un bloc ou 2 salles fonctionnent 24h00 sur 24h00 et ou 3 autres salles peuvent mobilisées à tout moment de la nuit ou week-end pour accueillir d'autres urgences. Pour pallier à cet état de fait des chariots spécifiques aux salles d'urgence ont été mis en place et fonctionnent sur le principe de la complémentation.

Les DMS hors stock sont directement pris en charge par les secteurs concernés.

Les DMI font l'objet d'un traitement séparés : ils sont déposés dans des casiers fermés et accessibles grâce à une carte magnétique détenue par l'encadrement qui doit attester de la bonne réception du produit via un document papier. Les DMI sont ensuite entrés dans les armoires sécurisées.

TYPE DE PRODUITS	FREQUENCE DE COMMANDE	LIEUX DE STOCKAGE DANS LE BLOC ET LA SSPI	PROFONDEUR DE STOCK THEORIQUE
DMS en stock à l'UPDMS	Bi hebdomadaire	Pharmacie à usage interne située dans le bloc et 21 réserves dites de proximité	3 jours dans les réserves et 3 jours dans la PUI
DMS hors stock	Mensuelle	22 réserves dites de proximité	5 Semaines
MEDICAMENTS Y COMPRIS SOLUTES ET ANTISEPTIQUES	Bi hebdomadaire Quotidienne pour les stupéfiants	10 réserves	3 jours dans les réserves et 3 jours dans la PUI
DMI	Au fil de l'eau	7 réserves : armoires sécurisées	Variable selon produits

TABLEAU RECAPITULATIF DES APPROVISIONNEMENTS

L'ouverture d'une PUI au sein du bloc ainsi que la mise en place progressive des armoires sécurisées s'est faite au cours de l'année 2016.

L'objectif était quadruple :

- ✓ La sécurisation du circuit du médicament
- ✓ Le contrôle physique des DMI afin d'éviter des disparitions
- ✓ L'amorce de la nouvelle organisation dans RBI
- ✓ Décharger l'encadrement d'une partie des commandes

La multiplication des lieux de stockages a fait qu'il a été difficile de diminuer à 3 jours la profondeur des stocks et d'automatiser une partie des commandes. Des stratégies de contournement ont été mises en place par les professionnels « par peur de manquer » Le tableau ci-dessous illustre le faible gain financier généré par cette nouvelle organisation.

	2015	2016	Δ
SAR, SSPI	324 837€	309 582€	15 255€
BLOCS	1 093 941€	1 078 000€	15 941€

Tableau comparatif des dépenses DMS depuis l'ouverture PUI bloc 01/2016²⁰

Le bilan a 1 an est donc en demi-teinte mais permet des ajustements et un début de projection sur le futur bâtiment.

²⁰ Source : UPDMS Henri Mondor

Les DMR en provenance de la stérilisation centrale sont restitués dans chariots fermés et rangés dans 7 arsenaux différents. Ces espaces de stockage, bien qu'ayant été réaménagés, ne sont absolument pas ergonomiques. La hauteur n'est adaptée pour le stockage du matériel lourd que sont les containers d'instruments. Ceci contribue à l'apparition de troubles musculo-squelettiques chez les IBODE. L'absence de système informatique de localisation de ces containers complique la recherche de l'un d'entre eux parmi le millier d'articles disponibles et génère des pertes de temps.

3.1.2. La logistique dans le futur RBi

La logistique dans le nouveau bâtiment se veut être innovante et facilitante. Les nouvelles technologies y ont été pensées dès les premières rencontres entre le programmiste et les utilisateurs. Les stockeurs verticaux vont être au cœur de cette logistique avec les armoires sécurisées.



Stockeur rotatif vertical



armoire sécurisée

L'espace dédié au stockage a été pensé comme une variable de gestion en fonction de l'organisation souhaitée. La diminution de la superficie a pour objet, entre autres, de supprimer le stockage « sauvage ».

Les flux de matière seront pris en charge par des systèmes de transport automatique lourd type « tortue » qui transporteront les produits dans des armoires fermées. Le décartonnage ne se fera plus au niveau du bloc opératoire mais dans les magasins de réception. Toutes les livraisons de DMS et de DMR se feront à l'étage logistique situé à l'étage inférieur

du bloc où se trouvera le point de chargement des 6 stockeurs verticaux. Ces derniers seront approvisionnés par un agent qui enregistrera les produits dans le logiciel associé. La disponibilité des produits sera donc connue des utilisateurs.

Tous les produits ne seront pas stockés dans les distributeurs rotatifs soit pour des raisons d'encombrement trop important du produit en lui-même soit en raison du volume à intégrer. Ces « encombrants » seront directement livrés, toujours par le système de transport automatique, dans la zone filtre du bloc opératoire. Les médicaments, les solutés massifs et les DMI arriveront également en zone filtre. Médicaments et DMI seront intégrés dans les armoires sécurisées par les préparateurs en pharmacie. Des réserves de proximité existeront sous forme de chariots roulants présents dans chaque hall-module avec des contenus qui restent à définir en termes de typologie produit et de quantité. Ces réserves ne devront pas représenter plus de 2 jours d'autonomie et n'incluent que des produits dits de première nécessité : gants, seringues, compresses...

Les professionnels vont passer d'une logique de « libre-service de proximité » à une logique de rationalisation des demandes. L'accès aux armoires sécurisées ne se fera qu'après identification soit par le biais des empreintes digitales, système le plus rapide, soit par la saisie d'un code personnel. L'accès aux transstockeurs se fera grâce à une connexion par un code personnel.

Le rangement des produits dans ces stockeurs se fait par catégories et le nombre d'articles à prélever peut-être important en fonction du type d'intervention chirurgicale ou du type d'anesthésie. La saisie d'article unitaire semble alors difficile à envisager. Un travail de réflexion sur la constitution de kits va devoir être réalisé. L'appel du matériel se fera alors non plus par article mais par type de besoin.

Le picking tant au niveau des armoires sécurisées que des stockeurs ne pourra se faire qu'après identification du préleveur et pour certains articles la saisie du patient destinataire permettra une traçabilité. L'édition de la liste des produits prélevés (hors DMR) générera une liste de commande qu'il suffira de valider pour qu'elle soit effective. L'approvisionnement se fera en flux tiré et non plus en flux poussé.

Le positionnement des stockeurs à l'intérieur des blocs sera relativement central afin d'éviter les déplacements trop longs mais dans un bloc d'une superficie de 5000 m² cela va représenter des distances importantes à parcourir.

Le système d'information devra permettre une interface entre les logiciels afin d'éviter la redondance des saisies et une visualisation en temps réel depuis les salles d'opération de la disponibilité des produits. La prise en compte des risques liés à l'informatisation et à la technique devra être anticipée et présentée aux équipes d'encadrement.

Les outils technologiques complexes sont familiers pour les IBODE qui sont habituées à suivre les évolutions des pratiques chirurgicales. La perception de ces stockeurs va toutefois être différente puisque l'outil va concerner leur rôle propre et non plus être un moyen technique utilisé par le chirurgien.

L'ergonomie des postes de picking, des espaces de stockage participe bien évidemment à l'amélioration des conditions de travail des agents et doivent être mis en perspective par rapport aux changements en cours dans l'organisation des soins.

3.2. Les enjeux et objectifs

Les objectifs de l'accompagnement vers les nouvelles organisations sont liés à l'augmentation d'activité. Cela passe, entre autre, par une fluidification du parcours patient, une meilleure efficacité économique et une amélioration de la qualité de vie au travail des personnels.

3.2.1. Fluidifier le parcours patient

L'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) dans l'une de ses fiches pratiques²¹ identifie comme difficulté à la fluidification du parcours les démarrages tardifs et les enchaînements entre 2 patients. Le recueil des déclarations des événements indésirables à partir de la base institutionnelle Osiris confirme ces obstacles sous la forme d'annulation de patient en fin de programme opératoire. L'analyse des motifs de rupture ne met pas clairement en évidence le manque de communication mais l'observation des situations de travail par l'encadrement l'objective : on ne communique pas au démarrage pour savoir si tous les acteurs sont opérationnels et chacun attend que l'autre donne le « go ».

L'importance que nous accordons aux ruptures de prise en charge et à leur récurrence nous conduit à en faire un des axes prioritaires du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les causes sont souvent multi factorielles mais la coordination des acteurs autour d'un objectif commun apparaît comme essentielle. Philippe Zarifian²² le rappelle lorsqu'il dit que « *pour coopérer, il faut partager le sens de ce que l'on va faire ensemble* »

Le corollaire de cette fluidification du parcours est le dégagement de temps opératoire permettant une meilleure gestion de la file active des patients quelque soit leur mode d'adressage. Pour rappel l'autorisation accordée par la direction générale de l'AP-HP était sous condition d'une augmentation de l'activité permettant un taux d'utilisation des salles qui soit conforme aux attendus de 80%.

3.2.2. Gagner en efficacité

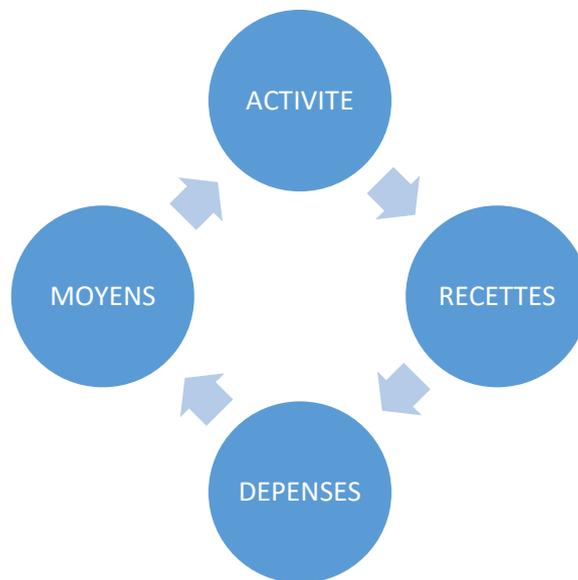
Le Larousse définit l'efficacité comme « *la capacité d'un individu ou d'un système de travail d'obtenir de bonnes performances dans un type de tâche donné* ».

Pour une entreprise, l'efficacité désigne le rapport entre les résultats obtenus (biens produits ou services livrés) et les ressources financières mises en œuvre pour atteindre ces résultats. Dans le cas du bloc opératoire le résultat obtenu est la réalisation de l'acte opératoire et les ressources financières sont en lien avec la T2A (tarification à l'activité) mise en place à partir de 2004 dans le secteur public.

Le budget de fonctionnement va être en lien avec l'activité sur le principe :

²¹ <http://bloc-operatoire.anap.fr/publication/1375-ameliorer-le-parcours-patient-au-bloc-operatoire>
Consulté le 02 avril 2017

²² ZARIFIAN P., Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle, PUF



Dans le contexte de contrainte budgétaire actuel il est important de rationaliser les dépenses. Le contrôle de gestion a désormais un rôle majeur dans la construction du budget et dans sa déclinaison, à chacune de ses étapes. Il permet, comme l'énonce la circulaire du 21 juin 2001 relative au développement du contrôle de gestion, d'assurer tout à la fois le pilotage des services sur la base d'objectifs et d'engagements des pôles et la connaissance des coûts, des activités et des résultats.²³

La mise en place des stockeurs dynamiques répond à plusieurs objectifs liés à l'efficacité du projet.

Ils permettent tout d'abord un gain sur les surfaces intégrées au bloc opératoire. Le coût moyen d'un mètre carré à l'intérieur du périmètre d'un bloc opératoire étant d'environ 2700 € et celui hors bloc d'environ 1400 €²⁴. Il est aisé de comprendre le choix de déporter les stocks à un étage dédié à la logistique. La surface dédiée à la logistique intra'

Clairement, l'espace est ici utilisé comme une variable de gestion : la diminution des espaces de stockage induit inéluctablement une diminution des stocks.

Cela permettra un suivi plus précis des stocks et donc une immobilisation plus faible de ces derniers ainsi qu'une traçabilité produits via le module informatique intégré. Comme nous l'avons vu au dans l'un des cours de master 2 « *la gestion des stocks est un compromis entre coût d'immobilisation et disponibilité des produits*²⁵ ». La règle, d'application quasi universelle, au bloc opératoire est celle du « Faut pas manquer » ! Ce besoin excessif de sécurité se traduit par un gonflement artificiel des niveaux de stocks qui dorment dans les armoires en attendant d'être jetés parce que déclassés ou périmés.

L'objectif d'une politique d'approvisionnement doit être formulé comme suit : comment garantir la continuité du service tout en maintenant les stocks au niveau le plus bas possible ? Concrètement, cela signifie que les flux physiques des produits doivent être en parfaite adéquation avec les besoins réels au point d'utilisation. C'est le point d'équilibre qui doit être déterminé par le groupe de travail en tenant compte du fort pourcentage d'activité d'urgences par définition non prévisible.

²³ <http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/performance-gestion-publiques/contrôle-gestion/essentiel/contrôle-gestion-coordination-interministerielle/contrôle-gestion-efficacité-efficience-accrues-action-publique#.WOZY04VOJPY> consulté le 3 avril 2017

²⁴ Source projet RBi Henri Mondor

²⁵ Source : cours M2 MOS « fonction achat et logistique » Stéphane ANCEL 13 mars 2017

La dispersion des réserves, telle qu'elle existe à ce jour, est génératrice de perte de temps pour rassembler le matériel utile à une intervention chirurgicale. L'accès de certaines réserves ne pouvant se faire qu'en passant par les salles d'intervention crée des dissensions entre IADE et IBODE. Lorsqu'il faut prendre du matériel en phase d'endormissement du patient cela génère du bruit et est source de conflits entre les deux catégories.

La future organisation permettra de recentrer les professionnels sur leur cœur de métier qui est le soin.

Le dernier objectif poursuivi est celui d'une amélioration de l'ergonomie et des conditions de travail des personnels du bloc

3.2.3. Créer un collectif pluri-professionnel

Les professionnels infirmiers qui exercent dans ce bloc opératoire travaillent en « silo » autour du patient : « les uns à la tête, les autres aux pieds et chacun chez soi » selon l'une de leurs expressions. Que chacun ait ses activités autour du patient en fonction des compétences qui lui sont propres et en regard des spécialisations ne pose pas de problème en soi. Les difficultés surgissent lorsqu'il n'y a pas de communication entre les 2 groupes.

L'HAS²⁶ ne dit pas autre chose lorsqu'elle affirme qu' : « *il existe une différence entre un groupe de personnes travaillant ensemble et un groupe de personnes travaillant efficacement en équipe* » Le bon fonctionnement d'une équipe en termes de communication est essentiel à la qualité de la prise en charge patient. L'HAS²⁷ considère que le travail en équipe est la résultante d'un groupe de professionnels ayant des compétences complémentaires et qui réalise conjointement un ensemble de tâches précises. Cela implique des objectifs communs, des rôles précis et des prises de décisions interdépendantes.

Dans son ouvrage sur la dynamique des groupes, Roger MUCCHIELLI²⁸ donne du groupe cette définition : « Un agrégat de personnes n'est groupe que si des liens de face à face se nouent entre les personnes, mettant de l'unité dans leur « être là ensemble ». Le groupe est une réalité dans la mesure où il y a interaction entre les personnes, une vie affective commune, et une participation de tous. »

Ceci m'amène à m'interroger sur la notion de coopération. Ivan Sainsaulieu dans un article²⁹ sur la mobilisation collective, la présente comme allant de soi dans les blocs opératoires. Elle serait en lien avec des situations de travail créant des effets collectifs « *ou des traits fondent une dimension communautaire : esprit d'équipe, autogestion partielle [...] implication et complémentarité dans le travail* »³⁰ Ce collectif n'existe pas en permanence dans ce bloc opératoire mais lorsqu'une situation inhabituelle surgit comme l'a été l'accueil des victimes des attentats de novembre 2015 alors il se met en œuvre.

La coopération est un élément capital du succès de l'organisation du travail. Elle fait apparaître le collectif (ou la communauté d'appartenance) comme le centre de gravité même autour duquel s'ordonnent les liens entre les salariés, les règles de travail, les relations de reconnaissance et le sens du travail. Il n'y a pas de collectif sans lien de coopération. On comprendra aussi que le collectif joue un rôle essentiel dans le devenir de la souffrance dans le travail et dans sa transformation éventuelle en plaisir.

²⁶ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe consulté le 7 avril 2017

²⁷ *ibid*

²⁸ MUCCHIELLI R., La dynamique des groupes, ESF Editions, Paris, 14ème édition, 1995, p 104.

²⁹ SAINSAULIEU I., « la mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle ? », Revue française de sociologie 2012/3 (Vol. 53), p.461-492.

³⁰ *Ibid* p. 478

Philippe Zarifian³¹ nous rappelle que pour coopérer il faut savoir ce que l'on attend de l'autre et vice-versa et s'accorder sur ce que l'on va faire et comment on va le faire. Cela implique des temps de communication. Il parle alors « d'intercompréhension »

Guy Le Boterf³² évoque les composants indispensables à un environnement favorable au développement d'une posture de coopération : un savoir interagir, un pouvoir interagir et un vouloir interagir. Dans un autre article Le Boterf évoque la nécessité des liens de coopération pour atteindre les objectifs communs mais aussi personnels : « *Coopérer, c'est aussi aider les autres à atteindre leurs propres objectifs.* »³³ Cela intègre une notion de solidarité qui est issue de la mobilisation d'un certain nombre de ressources parmi lesquelles nous retrouvons : « *des savoirs sur les processus, sur l'organisation du travail et la distribution des rôles ; des savoir-faire relationnels tels que les diverses modalités du travail collaboratif (travail en équipe, travail en mode projet...) ; des capacités relationnelles (écoute, empathie, capacités rédactionnelles...) ; des savoir-faire concernant les technologies de communication ; des capacités linguistiques, la maîtrise de langages professionnels, scientifiques et techniques.* »³⁴

Ceci nous ramène à la notion de communication entre les 2 groupes professionnels.

La communication entre IBODE et IADE est un peu à l'image de ce qui a amené l'ordre national des médecins en 1994 puis en 2001 à la rédaction de recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé³⁵. Une note publiée par l'HAS³⁶ en novembre 2015 portant sur une analyse de survenue d'événements indésirables associés aux soins rappelait l'importance d'une communication de qualité entre les différents protagonistes.

Le code de déontologie des infirmiers³⁷, rappelle aux professionnels les règles entre confrères : Art. R. 4312-28. L'infirmier doit, dans l'intérêt des patients, entretenir de bons rapports avec les membres des autres professions de santé.

Christophe Dejourn³⁸ nous rappelle que c'est grâce à « *l'efficacité du collectif de travail que nombre d'erreurs humaines sont repérées et corrigées* » C'est ce qui est mis en œuvre au travers de la check-list HAS tout au long de chaque intervention chirurgicale. Ceci dans un but de vérification d'un certain nombre de données mais également un partage d'informations entre tous les intervenants.

Le programme PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe) développé par la HAS a pour objet de sensibiliser les professionnels aux pratiques collaboratives autour de la qualité et de la sécurité des soins. Ce programme est parti du constat que les événements indésirables graves liés aux soins étaient pour 26,87% liés à l'équipe et à l'intérieur de ceux-ci 35,67% étaient liés à un problème de communication³⁹. C'est dire l'importance de la communication au sein des équipes. Ce programme sera présenté à tous les intervenants au bloc opératoire quelque soit leur métier lors du séminaire annuel de juin 2017.

³¹ ZARIFIAN Ph. « Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle » PUF, Millau, 2015

³² LE BOTERF G., Construire les compétences individuelles et collectives, Eyrolles, Editions d'organisation, 2006

³³ LE BOTERF G., Repenser la compétence. Pour dépasser les idées reçues : 15 propositions, Eyrolles, Editions d'organisation, 2010

³⁴ Ibid p. 45

³⁵ <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/anesth.pdf> consulté le 7 avril 2017

³⁶ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2587220/fr/cooperation-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe consulté le 7 avril 2017

³⁷ Décret 2016-1605 du 25 novembre 2016

³⁸ DEJOURS Christophe, Le facteur humain, Que sais-je ? PUF, 1985, p118

³⁹ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/2013_10_29_pacte_et_simulation.pdf

La mutualisation de l'outil et le partage de l'espace logistique pour le stockage du matériel appartenant tant aux IBODE qu'aux IADE doit se faire sur une base de concertation entre les utilisateurs. La règle du « je » doit devenir celle du « nous » et cela demande un réel changement de culture pour tous les acteurs.

3.3. Les acteurs

Les blocs opératoires de par les barrières physiques qui se dressent devant celui qui veut y entrer et par l'hyper-spécialisation des professionnels paramédicaux qui y travaillent est un lieu fermé qui laisse place à une certaine forme d'autonomie des acteurs.

Les acteurs n'ont d'existence que s'ils se situent au sein d'une organisation. Organisation que Crozier et Friedberg⁴⁰ définissent comme : « *un instrument que des acteurs sociaux se sont forgés pour régler leurs interactions de façon à obtenir le minimum de coopération nécessaire à la poursuite d'objectifs collectifs, tout en maintenant leur autonomie d'agents relativement libres* ».

3.3.1. L'encadrement

Henri Mintzberg donne une définition à priori simple de ce qu'est pour lui un manager : « *Le manager est responsable de l'organisation dans son ensemble ou d'une partie identifiable [...] il doit donc amener les collaborateurs à donner le meilleur d'eux même afin qu'ils puissent mieux connaître, mieux décider, mieux agir* »⁴¹ C'est le rôle qui m'est dévolu en tant que faisant fonction de cadre supérieur en charge de la coordination mais aussi celui des managers de proximité.

Les cadres IBODE, au nombre de 4 à ce jour, ont pour 3 d'entre eux une ancienneté supérieure à 10 ans dans la structure (20 ans en tant que cadre pour l'un d'entre eux). La quatrième travaille au sein du bloc depuis 3 ans et a fait part de son souhait de rejoindre une autre structure à l'été 2017.

Les 2 plus anciens auront pris leur retraite au moment de l'ouverture de RBi et ne travailleront que pendant 18 mois sur le projet. L'un de ces derniers est en charge de la logistique en lien avec l'UPDMS dans l'organisation actuelle et est donc légitime pour débiter le travail en lien avec la nouvelle organisation. Elle a travaillé sur l'ouverture de la PUI au sein du bloc et possède une appétance particulière pour ce qui concerne la gestion de stocks et la logistique. Toutefois son engagement dans le projet est limité par le fait de devoir travailler sur une organisation théorique dont elle ne verra pas l'aboutissement.

L'encadrement IADE est dans une situation difficile puisque sur les 3 postes inscrits au Tableau Prévisionnel des Emplois Rémunérés (TPER) 1 seul est pourvu. Le titulaire de ce poste ayant annoncé son départ prévu à l'été, la situation va être compliquée. Le poste de cadre de pôle est également vacant depuis décembre 2016.

Dans ce contexte l'encadrement IBODE est fortement sollicité et doit intégrer la dissymétrie sur le management du projet.

⁴⁰ CROZIER M. & FRIEDBERG E., , *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris, 1977

⁴¹ MINTZBERG H., *Manager : ce que font vraiment les managers*, Editions Vuibert, Paris, 2009, p.52

Pierre Olivier Monteil, dans un article sur l'attention portée au management⁴², nous rappelle la dimension éthique du travail de l'encadrement. Il y est fait référence à la notion d'autorité et à celle de pouvoir. Il convoque Paul Ricoeur⁴³ sur le thème de l'autorité pour qui la pensée occidentale oppose autonomie et obéissance et inversement : si l'on obéit c'est que l'on n'est pas autonome et l'on est autonome cela nous dissuade d'obéir.

L'autorité prend le sens non pas de l'imposition mais plutôt comme quelque chose qui, par sa valeur reconnue, peut servir de référence. Lorsque nous nous laissons convaincre par un raisonnement nous obéissons en toute autonomie.

Il est des impulsions managériales auxquelles on peut librement consentir. Elles peuvent devenir, à ce titre, exemplaires en ce sens qu'elles suscitent spontanément l'intérêt et bientôt l'adhésion des tiers. C'est ainsi que de simples exemples peuvent faire tache d'huile et se propager de proche en proche, sans contrainte, à la différence d'un ordre.

Dans notre bloc opératoire, cette propagation de proche en proche doit finir de « contaminer » les différents acteurs. La collaboration entre cadres IBODE et cadres IADE initiée il y a deux ans est récente et n'a pas encore été reconnue par les équipes soignantes comme effective. IBODE et IADE restent très attachés à la ligne hiérarchique issue de leur cœur de métier.

3.3.2. Les IADE et les IBODE

Ces deux spécialisations infirmières sont accessibles après 2 ans d'expérience comme Infirmière Diplômée d'Etat (IDE).

Le diplôme d' IBODE est accessible via une formation de 18 mois dispensée en institut de formation spécialisé et régie par l'article R4311-11 du code de la santé publique. Il est également possible d'y accéder par la Validation des acquis de l'expérience (VAE). Un décret de janvier 2015⁴⁴ donne le droit aux IBODE de pratiquer des actes infirmiers relevant de leur compétence exclusive. Malgré cette avancée significative pour la reconnaissance de cette profession les IDE ont la possibilité d'exercer au sein des blocs opératoires.

Il n'existe pas dans la formation des IDE de module spécifique consacré à la prise en charge de patients au bloc opératoire. Philippe Zarifian⁴⁵ définit le métier comme « *un ensemble de règles de travail, de savoir-faire, de comportements, de codes déontologiques (qui exprime « une conscience professionnelle ») qui se transmettent à l'intérieur du métier et par des gens de métier, qui sont les seuls à posséder l'autorité pour le faire.* » Ce transfert de connaissance se fait lors de l'intégration des IDE au bloc opératoire. Il reproduit de façon implicite ce que Zarifian nomme l'ordre hiérarchique que les membres du métier doivent respecter. « *Ordre qui est formalisé par des niveaux d'expertise et/ou d'honorabilité, ordre qui confère autorité.* »

Afin d'éviter une prise de pouvoir et une confiscation de certaines fonctions par les IBODE nous avons fait le choix de ne pas faire de différence entre les missions IBODE et IDE dès lors que celles-ci sont montées en compétences. La contrepartie est le contrat moral souscrit à l'embauche d'intégrer l' institut de formation. Contrat qui se retrouve écrit sous forme d'objectif dès le premier entretien d'évaluation. Ce dispositif permet chaque année à des IDE de pouvoir bénéficier de la formation IBODE. Entre 2 et 4 personnes partent se former chaque année avec un retour sur investissement puisque depuis 10 ans toutes sont revenues à Henri

⁴² MONTEIL P-O, « Du management du soin au soin du management. Autorité et pouvoir en management », Revue française d'éthique appliquée 2016/1 (n° 1), p. 71-79.

⁴³ RICOEUR P., « autonomie et obéissance », Cahiers d'Orgemont, n°59, 1967, p.2-30.

⁴⁴ Décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015

⁴⁵ ZARIFIAN P, Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle », PUF, Millau, 1ère édition 2009, 3^{ème} tirage, p 57-58

Mondor.

La formation IADE régie par l'article R4311-12 du code de la santé publique se déroule sur 24 mois et confère aux titulaires du diplôme une exclusivité de compétences. Cela interdit donc aux IDE d'exercer comme faisant fonction d'IADE.

Le groupe constitué par les infirmières de salle d'opération est un groupe hétérogène de par sa formation et ses compétences. Le groupe IADE, lui, est très structuré du fait de l'homogénéité de leur formation.

Les personnels IADE ont instaurés avec les médecins anesthésistes un degré de coopération élevé puisqu'il n'y a que très souvent un médecin pour deux salles d'opération. Cela a créé une relation particulière entre ces deux corps de métier qui savent s'allier pour défendre des intérêts qui peuvent servir l'une et où l'autre catégories d'acteurs. Cela n'est toutefois pas contradictoire avec des mouvements identitaires professionnels qu'Ivan Sainsaulieu⁴⁶ associe à une recherche d'autonomie professionnelle très marquée chez les IADE.

Selon les données du Conseil National l'Ordre des Médecins⁴⁷ 32,3% des médecins anesthésistes d'Ile de France ont plus de 60 ans en 2016 et du fait des départs en retraite le solde sera négatif de 5% en 2020.

Depuis 1 an il n'y a plus de problèmes d'effectif de médecins anesthésistes sur Henri Mondor du fait de recrutement de médecins à diplôme étranger et de la réorganisation du service d'anesthésie. Toutefois l'équilibre reste fragile et repose pour beaucoup sur les compétences IADE, ce qui leur confère une certaine forme de pouvoir.

La représentation syndicale est élevée chez les IADE et nombre d'entre eux siègent tant aux instances locales que centrales. Cela leur donne un accès prioritaire aux informations institutionnelles en avant première.

L'exercice professionnel au sein des blocs opératoires a de particulier le fait que comme ailleurs les infirmiers travaillent sur prescription médicale mais leur exercice se fait sous le contrôle permanent du corps médico-chirurgical.

L'ancienneté moyenne des 2 groupes est sensiblement identique à savoir 9 ans avec des extrêmes allant jusqu'à 25 ans. Or l'on sait qu'après 3 ou 4 ans de pratique professionnelle il s'installe beaucoup d'automatisation et que les agents deviennent réfractaires au changement⁴⁸.

3.3.3. Le corps médical

L'important pour les acteurs chirurgicaux était d'obtenir un outil de travail adapté à leurs besoins : augmentation de l'activité ambulatoire, accès aux salles d'urgence plus rapide, intégration des nouvelles technologies (scanner mobile, robot chirurgical, salles hybrides...) Une fois la certitude d'obtenir la construction de ce nouveau bâtiment ils sont passés à d'autres préoccupations et ne sentent pas concernés par la mise en place des nouvelles organisations qui vont pourtant modifier leurs habitudes de travail. Le fait de provenir de 7 services répartis sur 3 pôles ne facilite pas l'adhésion à ce projet commun. L'arrivée en mai d'un nouveau

⁴⁶ SAINSAULIEU Ivan, La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle ? Revue française de sociologie 2012/3, Vol. 53, p ; 461-492

⁴⁷ Atlas de la démographie Médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2016. Conseil National de l'Ordre des Médecins

⁴⁸ MARCHAND Xavier, cours MOS@16-17, UE2.3, « la culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail » 25 novembre 2016

coordinateur chirurgical après 4 mois de vacance du poste devrait permettre de les faire revenir dans la boucle.

Les médecins anesthésistes sont pour leur part plus impliqués mais uniquement pour ce qui concerne les secteurs anesthésie et SSPI sans avoir de vision globale.

L'avant-projet médical qui avait servi de base pour le dossier RBi date de 2013 et doit être revisité dans le projet stratégique HU-HM 2020-2025. Les prévisions d'activité réalisées à l'époque sont à repenser. Des chefs de service sont partis emmenant avec eux des segments d'activité, les modes de prise en charge des patients ont évolués.

Les préoccupations médico-chirurgicales sont politiques et concernent l'organisation en pôle ou non de ce nouveau bâtiment et de qui en prendra la direction.

4. LA GESTION MANAGERIALE

Après avoir vu quels étaient les objectifs et les acteurs de ce projet nous allons maintenant nous intéresser à la conduite du projet en elle-même. Pour cela il nous faudra d'abord aborder le phénomène de résistance au changement, l'analyse du changement organisationnel ainsi que les ressources et difficultés du projet.

4.1. La résistance au changement

Le contexte économique de ce début du XXI^e siècle exige des organisations un changement permanent. Poussées par la concurrence, les entreprises sont sans cesse contraintes de modifier leurs méthodes de travail, leurs organisations, leurs processus, leurs produits et leurs services. Par conséquent, le personnel comme les cadres sont amenés à adapter en permanence leur quotidien, c'est-à-dire leurs conditions de travail, leurs méthodes et leurs comportements. Le monde hospitalier ne déroge pas à cet état de fait.

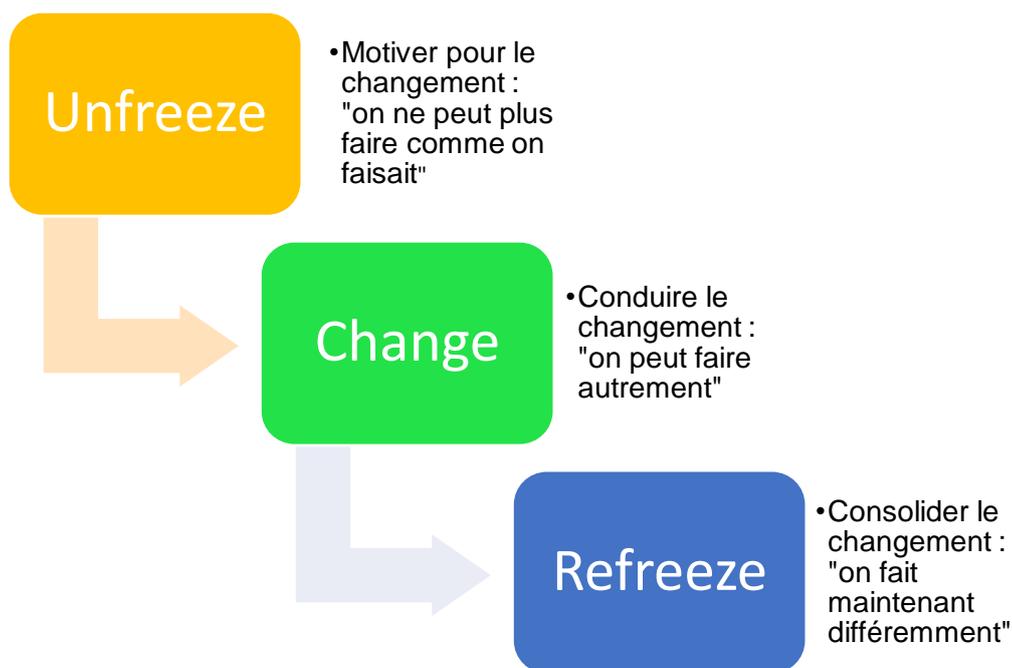
La résistance au changement fait partie du processus même de toute modification. En effet, bien que l'être humain dispose d'une capacité à s'adapter aux situations nouvelles, il cherche à les éviter pour des raisons en partie liées à la représentation qu'il s'en fait et à la charge émotionnelle inhérente. L'individu se positionne en fonction du niveau de remise en cause de ses habitudes et sa perception de la situation et de l'impact du changement qu'il imagine pour lui.

Chaque personne, de par son histoire, sa culture, son système de valeurs ou de croyances, a des représentations très personnelles de tous les éléments liés au changement. Par exemple, une situation inconnue peut être vécue comme une découverte pour l'une et comme une véritable angoisse pour l'autre. De la même manière, la préférence pour la stabilité, l'attachement aux habitudes confortables ou la remise en cause des compétences comptent parmi les principales sources de résistance liées à des facteurs individuels.

Adhésion et engagement dépendent de l'équilibre entre gains et pertes. Christophe DEJOURS dans un dossier consacré aux risques physiques de la manutention nous rappelle que : *« lorsque l'on souhaite proposer, prescrire ou conseiller une conduite ou une attitude nouvelle... il faut savoir qu'on devra en même temps combattre une conduite ou une attitude*

Kurt Lewin lors de ses travaux sur la dynamique des groupes a pour sa part a identifié trois phases dans le processus de changement. La première, qualifiée de « dégel » correspond à la mise en question des croyances et des attitudes, parfois même des valeurs culturelles. Il s'agit d'une période d'assouplissement, d'ouverture, de questionnement. Cette phase plus ou moins longue fait place à la phase de changement proprement dite, qui commence souvent par une crise culturelle, transition difficile entre les anciens repères et les comportements nouveaux, et se poursuit en principe par la mutation des points de vue et des attitudes. Enfin, la dernière phase, dite de « regel » correspond au temps de l'extension et de la consolidation des nouveaux comportements, autrement dit l'acculturation. Sa théorie est basée sur le principe que l'influence du groupe jouera sur les actions individuelles, chaque membre tenant compte de l'attitude des autres. Les professionnels du bloc opératoire comme évoqué plus tôt sont sensibles aux réactions d'abord de chaque groupe professionnel puis du collectif s'ils y voient un intérêt.

Le schéma ci-dessous résume l'approche de Kurt-Lewin.



Le temps accordé au changement a également son importance à la fois dans sa mise en œuvre et dans l'ancrage du changement lui-même. La matrice du changement de Van de Ven et Poole⁵⁰ a ainsi identifié des typologies qui peuvent se croiser entre elles. Dans le projet nous allons cumuler un changement imposé par l'arrivée de nouvelles technologies avec un changement construit en raison des à la fois des nouvelles organisations et des nouvelles représentations induites par le nouvel environnement de travail. L'appropriation de ce nouvel outil de travail doit commencer en amont afin de maintenir au mieux le niveau de compétence lors de l'ouverture. Dans un de ses cours sur le management des ressources humaines Mr Marchand cite l'exemple d'un déménagement de site pour lequel il a fallu compter 8 mois avant un retour à la normale voire une augmentation de compétences⁵¹

⁴⁹ DEJOURS C, DESSORS D, MOLNIER P, Comprendre la résistance au changement, INRS, Documents pour le Médecin du Travail, N°58, 2^{ème} trimestre 1994, p1 à 8

⁵⁰ VAN DE VEN, A., POOLE, M.S., Explaining development and change in organizations in *Academy of Management Review*, 1995, Vol. 20, No. 3, pp. 510-540.

⁵¹ Cours MRH UE 2.3 28 octobre 2016 « Place de la notion de compétence dans l'organisation du travail »

	Imposé	Volontaire
Progressif	<p>Changement prescrit</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réponse à des contraintes de l'environnement (réglementaire, technologique etc...) ✓ 12 à 36 mois 	<p>Changement construit</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evolutions de l'organisation qui amènent à changer les manières dont les acteurs se représentent leur service ✓ 1 à 10 ans
Brutal	<p>Changement de crise</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Solution à un dysfonctionnement ✓ 1 jour à 3 mois 	<p>Changement adaptatif</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Transformation des pratiques de l'organisation ✓ 6 à 18 mois

La typologie du changement

Lors des rencontres avec les professionnels, avant l'officialisation de la construction, ceux-ci ont fait remonter leurs craintes. L'exemple des difficultés rencontrées lors de l'ouverture de l'hôpital Européen Georges Pompidou inquiète les personnels et les interroge tant sur les possibles malfaçons que les défauts de conception. La problématique des organisations et des conditions de travail est sous-jacente à leurs interrogations. Certains ont également anticipé les possibles réduction d'effectif et ont marqué leur volonté de s'opposer à un projet qui ne correspondrait pas à leurs valeurs.

La résistance s'explique aussi par la difficulté de prévoir à long terme les conséquences du changement lui-même. C'est la peur de l'inconnu.

C'est pourquoi une analyse du changement organisationnel est nécessaire pour comprendre les attitudes de chacun des acteurs.

4.2. Analyse du changement organisationnel

4.2.1. La dimension fonctionnelle

L'hôpital selon l'analyse de Mintzberg⁵² sur la dynamique et la structure des organisations définit 5 configurations structurelles : la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, la structure divisionnalisée et l'adhocratie. Dans cette approche l'hôpital constitue une bureaucratie professionnelle dans le sens où elle met la standardisation des compétences au cœur de son système de fonctionnement.

Cela fait résonance à la fois aux référentiels de compétences IBODE (infirmière de bloc opératoire diplômée d'état) et IADE (infirmière anesthésiste diplômée d'état) et aux nombreuses procédures et normes qui régissent l'acte chirurgical et l'organisation des blocs opératoires.

Ce type de bureaucratie laisse le professionnel contrôler son propre travail et agir de façon relativement indépendante vis-à-vis de ses collègues. Ce qui pose problème au cours de la prise en charge des patients c'est le manque de communication et la non prise en compte des contraintes de chaque acteur. De ce fait c'est la qualité des soins et la prise en compte de gestion des risques qui sont remises en question.

Ces professionnels, du fait de leur haut niveau de compétence possèdent une large autonomie et détiennent un certain pouvoir sur la réalisation de leur travail.

Toutefois cette autonomie diffère selon les groupes professionnels. Le groupe IADE est très homogène de par sa formation et de son exclusivité de compétence. Le groupe que j'ai appelé IBODE représente une réalité différente : il est composé d'IDE peu expérimentées et en cours de construction d'une identité professionnelle et d'IBODE qui possèdent un degré d'autonomie plus élevé. Toutefois pour le groupe IDE IBODE l'organisation reste sur un mode de division horizontal du travail.

La dimension fonctionnelle définit les processus et les paramètres de conception. Un des paramètres de conception est la double ligne hiérarchique IADE IBODE à laquelle sont très attachés les agents. Il est aujourd'hui quasiment impossible que les managers de l'une des entités puissent intervenir sur le personnel de l'autre entité. Une première approche a été réalisée lorsque l'encadrement IADE a été intégré sur les missions de régulation des activités quotidiennes du bloc. Après un début difficile il avait été possible de démarrer un travail sur la légitimation et la reconnaissance de l'autorité de l'équipe d'encadrement élargie qui n'a pas pu être poursuivi en raison du départ d'un cadre IADE et du départ annoncé du second.

En matière de processus les procédures bien que nombreuses ne décrivent pas systématiquement les acteurs impliqués de façon conjointes.

4.2.2. La dimension politique

L'hôpital Henri Mondor, depuis son ouverture au lendemain de mai 68, s'est souvent distingué des autres établissements de l'institution par un mode de fonctionnement différent et par un sens critique plus développé. On n'hésite pas à parler de « lois Mondorienne » Le bloc opératoire ne fait pas exception : un certain nombre de représentants syndicaux qui siègent dans les instances locales et centrales (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) sont issus de ses rangs. On se retrouve avec des acteurs qui sont bien informés des orientations

⁵² MINTZBERG H., Structure et dynamique des organisations, Editions d'organisation, 1982

stratégiques et qui peuvent « court-circuiter » la diffusion des informations par le canal hiérarchique ou négocier directement avec la direction comme cela a été fait par le passé sur l'organisation du travail IADE.

Lors d'un mouvement social catégoriel les personnels assignés sont allés jusqu'à déchirer leurs assignations. Certains l'ont fait sous la pression du groupe et prennent leurs distances avec les leaders : les sanctions ont été lourdes et ont laissé des traces dans les relations interprofessionnelles.

Dans toute organisation il existe des jeux de pouvoir et des rapports de force entre les acteurs.

Les acteurs correspondent aux hommes dans l'organisation qui disposent d'un rôle différent avec des objectifs complémentaires ou antagonistes et qui nécessitent une mise en adéquation. Les jeux sont des stratégies construites en fonction des situations pour aménager des marges de manœuvre et réduire les incertitudes. L'incertitude correspond à l'ignorance d'un individu sur un sujet auquel il est confronté. Et c'est cette incertitude qui est zone de pouvoir pour celui qui détient l'information et qui laisse l'autre dans une situation de dépendance.

La future organisation implique le partage des locaux et des outils technologiques mais les acteurs ne s'impliqueront que s'ils perçoivent un intérêt. L'utilisation des stockeurs et des armoires sécurisées demande une identification nominative à chaque connexion ce qui représente un contrôle massif de chaque individu leur retirant une partie de son autonomie. La dynamique du partage se traduit par un arbitrage entre le coût perçu et les bénéfices qui peuvent en résulter. Chacun décidera d'adhérer ou non au projet en fonction de son propre arbitrage.

La logique de rationalisation des soins induite par les politiques en matière d'organisation du système de santé produit ce que Max Weber⁵³ appelle une cage de fer. Elle est représentée dans notre bloc opératoire à la fois par la logique de contrôle et par une planification détaillée de l'activité que l'on retrouve au travers des procédures, traçabilités, tableaux de bord normatifs... Les enjeux de la mise en place des stockeurs et des armoires doivent être perçus par tous. C'est pourquoi le message « s'il n'est pas devenu un enjeu pour les récepteurs, il n'y a aucune chance qu'il soit reçu. »⁵⁴ prend tout son sens pour orienter la communication.

4.2.3. La dimension culturelle

Les blocs opératoires font partie de ces services de l'hôpital qui occupent une place à part. On ne pénètre pas dans l'enceinte d'un bloc sans en avoir revêtu la tenue adaptée qui est la même pour tous quelle que soit son appartenance professionnelle : chirurgien ou infirmière, anesthésiste ou aide-soignant. Si ce n'est en observant leur place autour du patient et le langage utilisé le profane peut difficilement s'y retrouver. Cela crée une notion d'appartenance à un groupe qui dépasse celle d'appartenance à un service ou un pôle : on travaille au bloc.

Le bloc opératoire est également un lieu où la formation par compagnonnage est omniprésente. Le maître et l'élève restent ensemble dans ce milieu clos qu'est une salle d'opération et chacun selon ses compétences respecte les consignes du « chef » qu'est le chirurgien responsable du patient. La forte relation entre médicaux et paramédicaux crée un jeu d'alliance qui se fait et se défait au gré des intérêts de chacun. Les managers de proximité peuvent se retrouver hors du cercle d'informations ne se trouvant pas directement au contact

⁵³ WEBER M., L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme,

⁵⁴ BERNOUX Ph., Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Editions Points, 2010 p220

des professionnels au moment où les échanges se font.

La logique financière prégnante au niveau des directions reste éloignée de la culture soignante. Dans ce bloc opératoire où l'activité d'urgence représente une part importante de l'activité les professionnels n'ont pas cette approche comptable : dans l'intérêt du patient tout doit être mis en œuvre pour améliorer son état de santé voire lui sauver la vie. Du point de vue des soignants le contrôle de la disponibilité des dispositifs médicaux ne peut pas représenter un frein à cette action. C'est un élément qui est remonté très rapidement lors du debriefing à la suite de la prise en charge des victimes des attentats de novembre 2015.

La prise en compte des intérêts du patient représente un levier dont le management va pouvoir se servir pour présenter les nouvelles organisations.

4.2.4. Ma posture

Les 3 dimensions fonctionnelle, culturelle et politique restent indissociables les unes des autres. Pour mener à bien le projet il faudra que je tiens compte des 3.

Comme l'analyse politique l'a montré pour avoir du pouvoir il faut maîtriser l'information. Face à un groupe qui détient ses informations via certains de leurs membres qui siègent dans les instances il me faut avoir une stratégie qui me permette d'obtenir ces mêmes informations en même temps voire avant eux. Il me faut être l'élément du pouvoir d'information afin de maintenir une zone d'incertitude pour les différents acteurs.

Du fait de mon positionnement de cadre supérieur je suis destinataire d'un grand nombre d'informations via les directions concernées même si ma principale source reste la direction des soins. Le fait que le bloc soit en interface avec de nombreux secteurs de l'hôpital (services d'hospitalisation mais aussi tous les secteurs supports) me permet de démultiplier mes propres réseaux. Le management de proximité en étant au contact du terrain doit rester un relai efficace pour faire remonter les informations mais également les rumeurs qui peuvent influencer les groupes et perturber les messages.

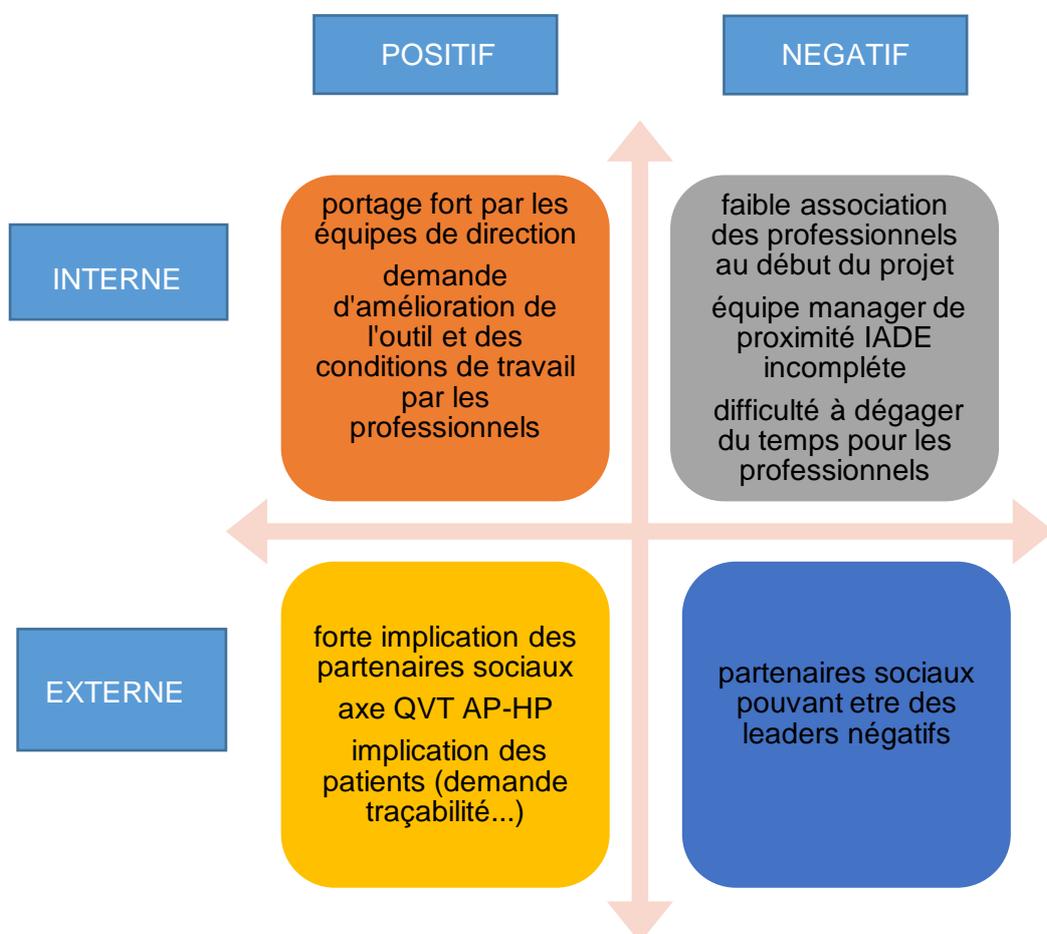
Les informations obtenues n'ont pas la même signification pour chaque groupe d'acteur aussi vais-je devoir raisonner comme chacun d'entre eux : penser à la fois comme une IBODE et comme une IADE. Pouvoir poser un regard d'expert sur les 2 fonctions et en faire une synthèse me permet d'augmenter mon pouvoir de conviction et d'argumentation. Le fait d'être depuis longtemps dans la structure m'apporte une certaine légitimité car je connais l'histoire de ce bloc et peut donc plus facilement décoder les attitudes et les propos.

Les 2 lignes managériales IADE et IBODE doivent avoir un discours cohérent et afficher clairement le fait que le projet est porté par les 2 entités. C'est pourquoi le groupe de travail qui se met en place doit inclure les 2 lignes hiérarchiques puisqu'il n'est pas envisagé de les fusionner.

Le changement d'organisation lié au projet logistique n'est qu'une partie des changements liés au déménagement des blocs opératoires. Le même travail visant à renforcer la création d'un espace collaboratif sera à systématiser sur toutes les thématiques afin qu'il prenne racine et devienne un changement culturel.

4.3. Ressources et difficultés du projet

La matrice SWOT acronyme anglophone de Strengths, Weaknesses, Opportunities et Threats permet d'obtenir une vision synthétique de la situation en visualisant les Forces et Faiblesses ainsi que les Opportunités et les Menaces.



La faible association des personnels au début du projet couplé à la forte implication des partenaires sociaux a donné lieu, dès le lendemain de la présentation du projet au fleurissement d'affiches virulentes sur un projet « ficelé par des gens qui n'y connaissent rien » et est le reflet d'une volonté d'implication. Certains leaders syndicaux peuvent toutefois être systématiquement dans l'opposition de principe ne débouchant pas sur des propositions constructives.

L'implication de plus importante des patients dans leur demande de traçabilité et de sécurité de prise en charge représente un atout dont il faut tirer profit.

4.3.1. La mise en place du projet managérial

La création de cet espace collaboratif à l'occasion d'une nouvelle organisation liée à la logistique s'inscrit dans le projet beaucoup plus vaste de transfert des activités opératoires et des services de réanimation et de soins critiques dans un nouveau bâtiment.

Le passage par un groupe de travail favorisant l'expression de chacun permet l'entrée en relation des acteurs.

Le retard de presque 3 mois sur la communication du projet conjugué au fait que les différents groupes de travail ne soient encore pas validés par la direction générale ne m'ont pas permis de démarrer aussi rapidement que souhaité. La proposition des thématiques et de la composition des groupes de travail a été faite par la direction des soins, après discussion avec l'encadrement supérieur.

Ce travail reste donc théorique.

La mise en place rapide de ce groupe répond pour moi à 2 impératifs.

Le premier est le temps nécessaire pour mettre au point la nouvelle organisation logistique : les 18 mois donnés par le CHU de Montpellier pour une organisation quasi similaire représente une contrainte de temps forte. Il conviendra d'être attentif à la démobilisation des personnels. Comme le font remarquer Thierry Nobre et Caroline Merdinger-Rumpler⁵⁵, une fois le plan d'action défini les professionnels pensent déjà à son application or il faut du temps pour mettre au point tous les aspects et arriver à la concrétisation. La progression du processus peut être remise en cause.

Le second est plus stratégique : commencer par un groupe de travail sur un sujet concernant le collectif permet de travailler sur la cohésion entre ces 2 équipes avant de s'attaquer à des sujets qui risquent d'être plus clivants comme les organisations des temps de travail.

Ce retard ne change toutefois pas la stratégie prévue.

4.3.2. Le portage projet

Le portage du projet sera assuré par le manager de proximité IBODE déjà en charge de la logistique avec un manager de proximité IADE si un recrutement intervient d'ici là. J'en assurerai le pilotage en accord avec le cadre supérieur IADE. Une réunion de cadrage sera faite avec l'encadrement avant la première rencontre du groupe.

4.3.3. La composition du groupe

Pour permettre le développement de l'intelligence collective, il faut savoir constituer un groupe composé d'individus ayant des compétences complémentaires. C'est pourquoi IBODE et IADE y seront mélangés avec les logisticiens. Des professionnels ont déjà été identifiés par l'encadrement en raison de leur intérêt sur le sujet.

Lors de la présentation du projet au Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) du 31 mars 2017 les partenaires sociaux ont fait la demande d'intégrer les groupes de travail. La réponse de la direction du G.H. ayant été favorable, un représentant intégrera chaque groupe.

Un groupe restreint de 9 ou 10 personnes permettra des échanges plus fluides et l'expression de chacun.

L'adhésion sera fonction de la motivation. Pour emporter celles-ci il y aura des leviers facilitants qui sont des dons aux participants : la sécurité pour les patients et pour eux-mêmes.

La reconnaissance est également un élément important. Reconnaissance au sens de

⁵⁵ MERDINGER-RUPLER C. et NOBRE Th., Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital, Gestion 2000 2011/3 (Volume 28), p. 51-66.

gratitude, de la hiérarchie et de l'établissement, pour la contribution à l'organisation du travail.

4.3.4. Les personnes ressources

Ce groupe va être amené à travailler sur le long terme et aborder de nombreuses problématiques qui vont dépasser la simple logistique. C'est pourquoi des personnes ressources ont déjà été identifiées et pourront rejoindre le groupe en fonction de la thématique.

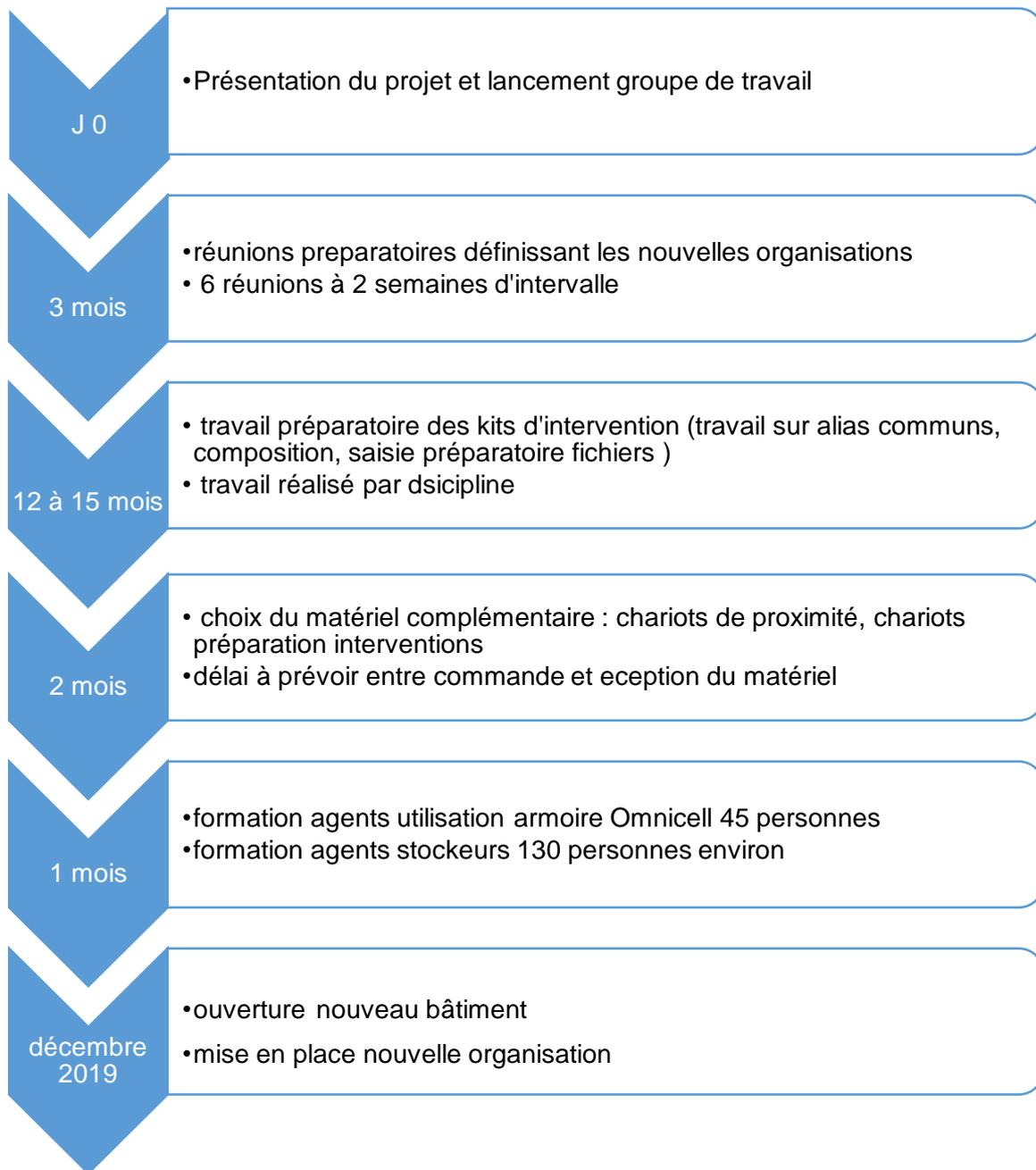
Il s'agit de :

- L'ingénieur ergonomiste qui pourra mettre ses compétences au profit des conditions de travail des personnels en termes de choix des matériels et d'aménagement des postes de chargement et de prélèvement du matériel.
- Le référent bloc qualité et gestion des risques rattaché à la Direction des Usagers et de la Gestion des Risques pour l'évaluation des risques « à priori »
- L'ingénieur logistique et son équipe pour expliquer les études de flux qui ont été faites et les affiner avec les personnels.
- Le service partenaire principal en termes de flux logistiques : la pharmacie à usage interne en la personne du pharmacien en charge de l'unité pharmaceutique des dispositifs médicaux stériles pour la gestion des interfaces. La pharmacie utilise déjà un petit stockeur vertical et l'expérience qui en découle peut servir la mise en place à plus grande échelle.
- L'unité pharmaceutique en charge de la stérilisation
- Les coordonnateurs médicaux et chirurgicaux du bloc pour que ce changement d'organisation qui va également impacter les médecins soit expliqué à leur pair.

Un autre hôpital de l'AP-HP porte un projet de reconstruction de ses blocs opératoires quasiment simultanément avec des outils similaires. Une mise en commun des visions des organisations logistiques peut apporter une plus-value à chacun des 2 projets.

4.3.5. Le planning prévisionnel

Les difficultés à dégager du temps personnel obligent à ne pas multiplier les réunions qui vont s'ajouter à celles des autres groupes de travail. La partie la plus chronophage pourra se faire en sous-groupe en dehors des temps de rencontre dédiés. Des points d'étape seront faits de façon à s'assurer de la bonne avancée du travail du groupe.



4.3.6. Les attendus

Ce groupe de travail sera chargé d'émettre des propositions d'organisation logistique en lien avec l'architecture, le matériel mis à disposition et la pratique de son exercice. La prise en compte de la composition des kits d'intervention devra y être intégré. Cela va nécessiter une compréhension du fonctionnement et des contraintes de chacun des acteurs permettant le respect du travail d'autrui.

L'implication des professionnels dans la maîtrise de leurs organisations est un des axes de la qualité de vie au travail.

La proposition d'organisation qui émergera de ce groupe sera validée par l'encadrement supérieur.

4.3.7. La communication

Une opération de changement repose sur des efforts importants de dialogue et de communication à tous les niveaux de l'organisation et tout au long du processus. Le nombre important de professionnels exerçant au niveau de ce bloc opératoire ne permet pas de les intégrer tous au groupe de travail. La rédaction de relevé de décisions devra être systématique et portée à la connaissance de tous.

La difficulté d'organiser des réunions d'équipe élargie, du fait de la nature même du travail au sein des blocs et de l'absence de chevauchement d'équipe, constitue un frein à la diffusion des informations. L'encadrement de proximité se devra d'être un relai efficace.

Les réunions trimestrielles du conseil de bloc permettront de faire un point régulier sur l'avancée des groupes.

Une communication régulière permettra aux professionnels de s'imprégner des avancées du projet et de se l'approprier. L'encadrement de proximité veillera à ce que l'information soit concrète et pragmatique afin d'être rapidement assimilée et qu'elle ne donne pas lieu à des négociations incessantes.

4.3.8. La gestion des Ressources Humaines

Dans le projet présenté à la direction générale de l'AP-HP la forte plus-value technologique de la logistique et le regroupement des activités de réanimation il avait été avancé une efficience de 13 équivalents temps pleins travaillés⁵⁶. Ce chiffre concerne la totalité des services qui vont être déménagés et pas uniquement le bloc opératoire. Aucun poste particulier n'avait été fléché et les négociations ne se mettront en place que lorsque la totalité des organisations auront été finalisées.

Ce projet ambitieux va induire un déport de certaines activités réalisées au bloc vers les magasins centraux : le décartonnage par exemple. Les missions des logisticiens d'anesthésie comme celles des aides-soignants du bloc devront être redéfinies dans les fiches de poste. Un rendu de poste est peu probable compte tenu de l'augmentation du nombre de salles. Le seul emploi menacé est celui de l'agent non qualifié en poste dans la salle de décartonnage mais que l'on peut transférer vers un des magasins.

L'informatisation des stockeurs demande une pratique de l'outil informatique. L'encadrement de proximité devra, lors des entretiens annuels d'évaluation, faire le point sur la maîtrise des outils informatiques par les agents et le cas échéants leur proposer une formation. Une formation adaptée à l'outil sera mise en place dès son installation et avant sa mise en service.

4.3.9. Les indicateurs

La définition d'indicateurs va permettre de suivre certaines données permettant d'affirmer ou d'infirmer l'atteinte des objectifs. Ils seront en lien avec l'efficience demandée et avec l'amélioration de la collaboration entre professionnels.

⁵⁶ Document HUHMRbi octobre 2013

4.3.9.1.

et le parcours patient

Le suivi se fera sur :

- Le montant des dépenses en DMS
- Le temps réel d'occupation des salles
- Le taux de motifs de déprogrammation et de débordement en fin de journée en lien avec des démarrages tardifs et ou des enchainements trop longs entre les patients.
- Les reports ou annulation d'intervention liés à la non disponibilité des dispositifs médicaux. (stock insuffisant, panne matériel)

Ces résultats ne seront mesurables qu'à partir du moment où le transfert d'activité sera réel. En revanche les effets du travail collaboratif devraient être mesurables plus rapidement.

4.3.9.2. En lien avec la création du collectif

L'appréciation sera plus subjective et donc plus difficilement quantifiable. Elle sera également à relier avec les autres groupes de travail. Nous pouvons toutefois retenir :

- Le nombre de participation aux réunions de chacun des acteurs
- Le respect de l'autre et la prise en compte de ses contraintes
- L'observation en situation de travail par l'encadrement pour juger de la réalité et de la qualité de la communication
- Le partage des espaces de repas qui n'existe pas à ce jour.

5. CONCLUSION

La construction d'un nouveau bâtiment accueillant blocs opératoires et réanimations poursuit des objectifs d'amélioration de la prise en charge des patients, d'une offre de soin adaptée et efficace avec un maintien de la qualité de vie au travail.

Les nouvelles technologies prennent une place de plus en plus importante et ne doivent pas être source d'inquiétude. Elles doivent être prises pour une aide et pas pour une menace.

Réunir IBODE et IADE pour réfléchir sur leurs pratiques professionnelles en lien avec l'introduction de nouveaux outils technologiques liés à la logistique c'est les amener vers un espace collaboratif qui fait défaut à ce jour.

Pour l'encadrement c'est aussi avoir l'opportunité de participer et d'entraîner toutes les équipes au travers d'un programme de restructuration architecturale entraînant de nouvelles organisations. C'est travailler collectivement sur l'approvisionnement en matériel, sur la rationalisation des stockages tout en prenant en compte l'ergonomie.

La mise en place de ce projet ne pourra être effective que si elle est portée par l'encadrement de proximité qui sont les chevilles ouvrières de nos organisations. Si un recrutement rapide de cadre IADE et dans une moindre mesure de cadre IBODE n'intervient pas sur la structure le projet ne sera pas remis en question mais ne sera pas abouti et induira l'effet inverse du travail collaboratif recherché. Sans manager de proximité plus personne ne peut porter et transmettre le sens du changement. Sans manager de proximité l'autonomie de certains acteurs peut devenir hors de contrôle.

Pour mener ce projet, il était indispensable de connaître le contexte de l'établissement et d'appréhender les notions de résistance au changement. La distanciation que m'a obligée à faire ce travail d'écriture m'a permis de faire évoluer ma posture de cadre supérieur en faisant plus confiance au collectif. J'ai été confortée dans l'idée que les soignants sont aussi en mesure d'infléchir les organisations au service du patient ce qui les recentre vers le cœur de métier qu'est le soin.

BIBLIOGRAPHIE

Périodiques :

Dejours C, Dessors D, Molnier P, Comprendre la résistance au changement, INRS, Documents pour le Médecin du Travail, N°58, 2^{ème} trimestre 1994, p. 1-8.

Merdinger-Rumpler C, Nobre T. Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ?, Gestion 2000, 2011 Mars ; n°28, p. 51-66.

MONTEIL P-O. Du management du soin au soin du management. Autorité et pouvoir en management. Revue française d'éthique appliquée 2016 janvier, n° 1, p. 71-79.

RICOEUR P. Autonomie et obéissance. Cahiers d'Orgemont, 1967, n°59, p. 2-30.

SAINSAULIEU I. La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle ?, Revue française de sociologie, 2012 Mars, n°53, p.461-492.

Van De Ven, A., Poole. M.S., Explaining development and change in organizations. Academy of Management Review, 1995, Vol. 20, No. 3, p. 510-540.

Ouvrages :

BERNOUX Ph, Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations. Paris : Seuil, 2010, 377 p.

Crozier M et Friedberg E, L'acteur et le système. Paris : Editions du Seuil, 1977, 445 p.

DEJOURS C, Le facteur humain, Que sais-je ? Paris : PUF, 1985, 120 p.

LE BOTERF G, Construire les compétences individuelles et collectives, Eyrolles : Editions d'organisation, 2006, 300 p.

LE BOTERF G, Repenser la compétence. Pour dépasser les idées reçues : 15 propositions. Paris : Eyrolles : Editions d'organisation, 2010, 140 p.

MINTZBERG H, Manager : ce que font vraiment les managers. Paris : Editions Vuibert, 2009, 192 p.

MINTZBERG H., Structure et dynamique des organisations. Paris : Editions d'organisation, 1982, 440 p.

MUCCHIELLI R, La dynamique des groupes. Paris : ESF Editions, 14^{ème} édition, 1995, 240 p.

WEBER M., L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme. Saint-Amand-Montrond : Plon, 1964, 263 p.

ZARIFIAN P, Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle. Paris : PUF, 2015, 184 p.

Documents extraits d'un site internet :

AP-HP. Rapport annuel 2015 de l'AP-HP. [Consulté le 1er novembre 2016]
Disponible : www.aphp.fr/actualite/lap-hp-publie-son-rapport-annuel-2015

AP-HP. Plan stratégique 2015-2019. [Consulté le 1^{er} novembre 2016]
Disponible : www.aphp.fr/contenu/plan-strategique-2015-2019.pdf

Conseil National de l'Ordre des Médecins. Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé. [Consulté le 7 avril 2017]
Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/anesth.pdf>

Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2016. [Consulté le 27 février 2017]
Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

HAS ANACT. Repères et principes d'une démarche qualité de vie au travail dans les établissements de santé. Note du groupe établissement - Juin 2013 [Consulté sur le 20 mars 2017]
Disponible : www.has-santé.fr

HAS : Programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE) et simulation. [Consulté le 8 avril 2017]
Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/2013_10_29_pacte_et_simulation.pdf

Sites internet :

ANAP. Améliorer le parcours patient au bloc opératoire. [Consulté le 2 avril 2017]
Disponible : <http://bloc-operatoire.anap.fr/publication/1375-ameliorer-le-parcours-patient-au-bloc-operatoire>

ARS. Agence Régionale de Santé. [Consulté le 20 novembre 2016].
Disponible : <https://www.ars.sante.fr/>

ARS. Projet régional de santé 2013-2017. [Consulté le 5 avril 2017]
Disponible : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-2013-2017-0?page=les-schemas/organisation-des-soins/>

HAS. [Consulté le 3 décembre 2016]
Disponible : www.has-santé.fr

HAS. Travailler en équipe. [Consulté le 7 avril 2017]
Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe

HAS. Coopération entre anesthésistes, réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe. [Consulté le 7 avril 2017]
Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2587220/fr/cooperation-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe

Ministère de l'Action et des Comptes Publics. Le contrôle de gestion : pour une efficacité et une efficience accrues de l'action publique. [Consulté le 3 avril 2017]
Disponible : <http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/performance-gestion->

publiques/controle-gestion/essentiel/controle-gestion-coordination-interministerielle/controle-gestion-efficacite-efficience-accrues-action-publique#.WOZY04VOJPY

Verdura. Gouvernance. [Consulté le 23 février 2017]
Disponible : <http://www.vedura.fr/gouvernance/>

Images, vidéos issues du Web :

Armoire sécurisée : Omnicell. [Consulté le 5 mars 2017]

Disponible sur www.dsih.fr

Stockeur rotatif vertical. [Consulté le 05 mars 2017]

Disponible sur : <http://www.modula.eu/fra/produits-de-stockage-interne/systemes-de-stockage-vertical-modula-oneton.html>

Cours :

ANCEL Stéphane, cours M2 MOS@16-17, « fonction achat et logistique » 13 mars 2017.

MARCHAND Xavier, cours M2 MOS@16-17, « la culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail » 25 novembre 2016.

Textes de loi :

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

Ordonnance 28-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

Décret 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers

Décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire

ANNEXES

Annexe 1 : TABLEAU DE SUIVI DE POLE 2016

Annexe 2 : TABLEAU SUIVI INDICATEURS BLOC OPERATOIRE

Annexe 3 : RECENSEMENT DES FLUX D'APPROVISIONNEMENT

Annexe 4 : PLAN DU BLOC ACTUEL

Annexe 5 : PLAN DU FUTUR BLOC DANS RBi

ANNEXE 1 :

**Tableau de
suivi de pôle**

2016

ACTIVITE

	Hospitalisation complète				Hospitalisation partielle				Autre				TOTAL				Tx de chir ambulatoire	
	Cumul Décembre 2015	Cumul Décembre 2016	écart 2015/2016	évolution en % 2015/2016	Cumul Décembre 2015	Cumul Décembre 2016	écart 2015/2016	évolution en % 2015/2016	Cumul Décembre 2015	Cumul Décembre 2016	écart 2015/2016	évolution en % 2015/2016	Cumul Décembre 2015	Cumul Décembre 2016	écart 2015/2016	évolution en % 2015/2016	Septembre 2015	Septembre 2016
Bloc neurochirurgie																		
Nbre de passages	830	839	9	1,1%	48	51	3	6,3%	2	1	-1	-50,0%	880	891	11	1,3%	5,5%	5,7%
Nbre d'actes	1 216	1 266	50	4,1%	48	51	3	6,3%	5	1	-4	-80,0%	1 269	1 318	49	3,9%		
ICR	364 030	362 370	-1 660	-0,5%	6 336	5 894	-442	-7,0%	2 483	11	-2 472	-99,6%	372 849	368 275	-4 574	-1,2%		
Bloc chirurgie digestive																		
Nbre de passages	1 333	1 295	-38	-2,9%	74	170	96	129,7%	16	4	-12	-75,0%	1 423	1 469	46	3,2%	5,2%	11,6%
Nbre d'actes	2 271	2 222	-49	-2,2%	82	172	90	109,8%	18	4	-14	-77,8%	2 371	2 398	27	1,1%		
ICR	640 477	661 762	21 285	3,3%	14 502	36 902	22 400	154,5%	3 525	783	-2 742	-77,8%	658 504	699 447	40 943	6,2%		
Bloc chirurgie vasculaire																		
Nbre de passages	1 758	1 759	1	0,1%	161	198	37	23,0%	9	4	-5	-55,6%	1 928	1 961	33	1,7%	8,4%	10,1%
Nbre d'actes	4 449	4 884	435	9,8%	356	458	260	28,7%	20	9	-11	-55,0%	4 825	5 351	526	10,9%		
ICR	1 179 488	1 245 887	66 399	5,6%	56 999	70 711	13 712	24,1%	4 335	2 769	-1 566	-36,1%	1 240 822	1 319 367	78 545	6,3%		
Bloc chirurgie réparatrice																		
Nbre de passages	1 720	1 754	34	2,0%	767	958	191	24,9%	33	53	20	60,6%	2 520	2 765	245	9,7%	30,4%	34,6%
Nbre d'actes	2 565	2 838	273	10,6%	1 046	1 418	372	35,6%	47	81	34	72,3%	3 658	4 337	679	18,6%		
ICR	455 535	532 041	76 506	16,8%	98 828	149 614	50 786	51,4%	6 446	11 532	5 086	78,9%	560 809	693 187	132 378	23,6%		
Bloc chirurgie orthopédique																		
Nbre de passages	2 095	2 273	178	8,5%	335	398	63	18,8%	20	10	-10	-50,0%	2 450	2 681	231	9,4%	13,7%	14,8%
Nbre d'actes	3 219	3 886	667	20,7%	461	607	146	31,7%	26	15	-11	-42,3%	3 706	4 508	802	21,6%		
ICR	1 023 809	1 161 755	137 946	13,5%	64 851	86 369	21 518	33,2%	5 131	3 380	-1 751	-34,1%	1 093 791	1 251 504	157 713	14,4%		
Bloc chirurgie urologie																		
Nbre de passages	2 091	2 107	16	0,8%	367	477	110	30,0%	19	24	5	26,3%	2 477	2 608	131	5,3%	14,8%	18,3%
Nbre d'actes	4 108	4 361	253	6,2%	533	720	187	35,1%	35	34	-1	-2,9%	4 676	5 115	439	9,4%		
ICR	719 990	763 812	43 822	6,1%	70 927	83 336	12 409	17,5%	4 049	3 720	-329	-8,1%	794 966	850 868	55 902	7,0%		
Bloc chirurgie cardiaque																		
Nbre de passages	851	794	-57	-6,7%	0	1	1		4	0	-4	-100,0%	855	795	-60	-7,0%	0,0%	0,1%
Nbre d'actes	1 606	1 450	-156	-9,7%	0	1	1		4	0	-4	-100,0%	1 610	1 451	-159	-9,9%		
ICR	832 027	796 481	-35 546	-4,3%	0	108	108		1 372	0	-1 372	-100,0%	833 399	796 589	-36 810	-4,4%		
Bloc cardio CEC																		
Nbre de passages	544	492	-52	-9,6%									544	492	-52	-9,6%	0,0%	0,0%
Nbre d'actes	753	689	-64	-8,5%									753	689	-64	-8,5%		
ICR	0	20	20										0	20	20			
Chirurgie ambu rhumato																		
Nbre de passages	154	190	36	23,4%	21	22	1	4,8%	3 064	3 134	70	2,3%	3 239	3 346	107	3,3%	0,6%	-
Nbre d'actes	257	339	82	31,9%	32	25	-7	-21,9%	3 957	4 288	331	8,4%	4 246	4 652	406	9,6%		
ICR	26 046	35 163	9 117	35,0%	2 000	1 507	-493	-24,7%	227 501	261 195	33 694	14,8%	255 547	297 865	42 318	16,6%		
Chirurgie ambu odontologie																		
Nbre de passages	3	5	2	66,7%	41	58	17	41,5%	2	3	1	50,0%	46	66	20	43,5%	89,1%	87,9%
Nbre d'actes	9	6	-3	-33,3%	141	186	45	31,9%	9	7	-2	-22,2%	159	199	40	25,2%		
ICR	969	1 045	76	7,8%	17 134	22 045	4 911	28,7%	1 005	690	-315	-31,3%	19 108	23 780	4 672	24,5%		
Nbre de passages	10 678	10 821	143	1,3%	1 814	2 332	518	28,6%	3 169	3 233	64	2,0%	15 661	16 386	725	4,6%		
Nbre d'actes	19 434	20 907	1 473	7,6%	2 541	3 638	1 097	43,2%	4 121	4 439	318	7,7%	26 096	28 984	2 888	11,1%		
ICR	5 215 356	5 524 108	308 752	5,9%	331 577	456 486	124 909	37,7%	255 847	284 080	28 233	11,0%	5 802 780	6 264 674	461 894	8,0%	11,6%	14,2%

BUDGET DE PÔLE

	Dépenses 2016 hors Travaux et maintenance				Dépenses Travaux et maintenance			Dépenses totales 2016 BLOCS		
	Autorisation de dépenses	Cumul Décembre 2015	Cumul Décembre 2016	Evolution %	Cumul Décembre 2015	Cumul Décembre 2016	Evolution %	Cumul Décembre 2015	Cumul Décembre 2016	Evolution en €
Total T1	0 €	6 654 539 €	6 521 410 €	-2,0%				6 654 539 €	6 521 410 €	-133 130 €
Total T2	10 015 640 €	9 804 161 €	10 047 462 €	2,5%	336 027 €	355 800 €	5,9%	10 140 189 €	10 403 261 €	263 073 €
Total T3	61 920 €	65 546 €	147 299 €	124,7%	6 226 €	14 666 €	135,6%	71 773 €	161 965 €	90 192 €
PIE*	0 €	116 745 €	140 895 €	20,7%				116 745 €	140 895 €	24 151 €
Total T4	0 €	51 379 €	19 642 €	-61,8%				51 379 €	19 642 €	-31 736 €

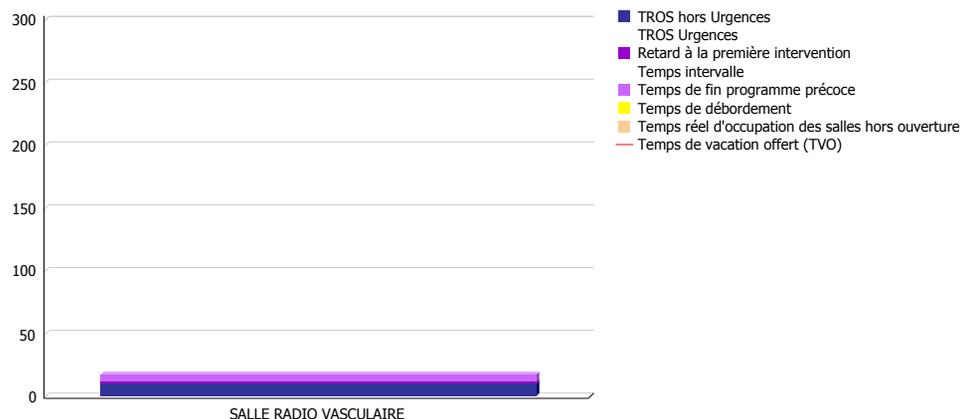
*PIE SMS et SCB

Annexe 2 :
TABLEAU SUIVI
INDICATEURS
BLOC
OPERATOIRE

Périmètre

Année : 2017
 Mois : 2017 - MARS
 Localisation : GH A.CHENEVIER-H.MONDOR
 Type de salle : Salle classique

GH A.CHENEVIER-H.MONDOR / -CHIRURGIE VASCULAIRE

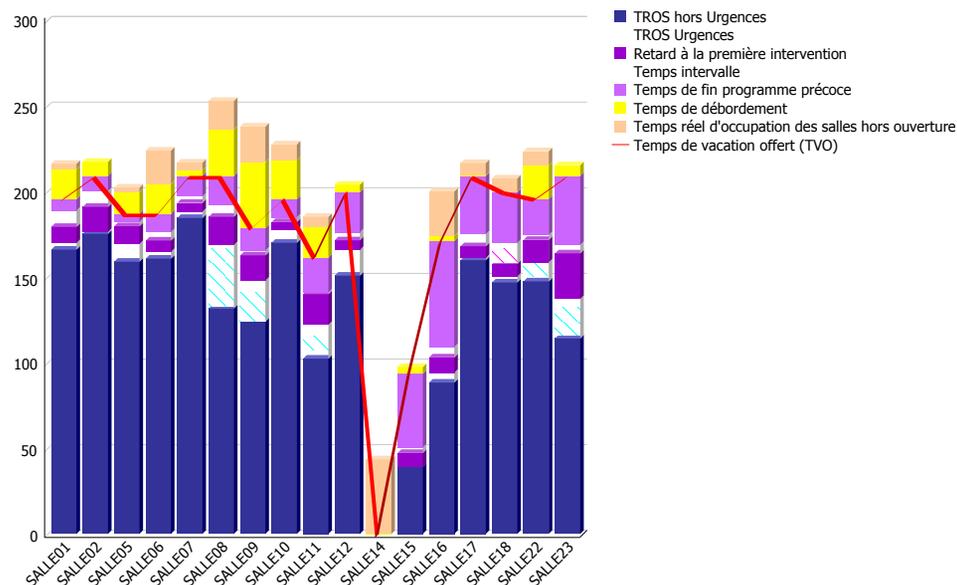


Etablissement	Bloc	Salle	Mois	Nombre total d'interventions	Nombre d'interventions non exploitables (en erreur)	Temps conventionnel AP-HP	TVO	Pendant le programme opératoire										Hors programme		
								Nombre d'interventions	Nombre d'interventions programmées	Nombre d'interventions non programmées	Retard à la première intervention	TROS Urgences	TROS hors Urgences	Intervalles	Fin précoce	Débordements	Nombre d'interventions non exploitables (en erreur)	Nombre d'interventions	TROS hors ouverture	
GH A.CHENEVIER-H.MONDOR	-CHIRURGIE VASCULAIRE	SALLE RADIO VASCULAIRE	MARS	2	20	230,00	17,00	2	2		1,61		9,89		5,50			20		
		SALLE RADIO VASCULAIRE		2	20	230,00	17,00	2	2	0	1,61	0	9,89	0,00	5,50	0,00	0,00	20	0	0,00
	-CHIRURGIE VASCULAIRE		2	20	230,00	17,00	2	2	0	1,61	0	9,89	0,00	5,50	0,00	0,00	20	0	0,00	

Périmètre

Année : 2017
 Mois : 2017 - MARS
 Localisation : GH A.CHENEVIER-H.MONDOR
 Type de salle : Salle classique

GH A.CHENEVIER-H.MONDOR / BLOCS HMN



Etablissement	Bloc	Salle	Mois	Nombre total d'interventions	Nombre d'interventions non exploitables (en erreur)	Temps conventionnel AP-HP	TVO	Pendant le programme opératoire										Hors programme	
								Nombre d'interventions	Nombre d'interventions programmées	Nombre d'interventions non programmées	Retard à la première intervention	TROS Urgences	TROS hors Urgences	Intervalles	Fin précoce	Débordements non programmés	Nombre d'interventions non exploitables (en erreur)	Nombre d'interventions	TROS hors ouverture
GH A.CHENEVIER-H.MONDOR	BLOCS HMN	SALLE01	MARS	72	3	230,00	196,00	70	67	3	9,43	3,82	165,99	9,52	6,70	17,37	3	2	3,25
		SALLE01		72	3	230,00	196,00	70	67	3	9,43	3,82	165,99	9,52	6,70	17,37	3	2	3,25
		SALLE02	MARS	57	5	230,00	209,00	57	56	1	14,69	1,00	175,23	9,20	8,86	8,24	5		
		SALLE02		57	5	230,00	209,00	57	56	1	14,69	1	175,23	9,20	8,86	8,24	5	0	0,00
		SALLE05	MARS	70	3	230,00	187,00	68	65	3	10,37	10,33	158,92	2,46	4,89	12,44	3	2	2,82
		SALLE05		70	3	230,00	187,00	68	65	3	10,37	10,33	158,92	2,46	4,89	12,44	3	2	2,82
		SALLE06	MARS	51	4	230,00	187,00	44	40	4	6,65	3,90	160,71	4,92	10,82	17,17	4	7	19,62
		SALLE06		51	4	230,00	187,00	44	40	4	6,65	3,9	160,71	4,92	10,82	17,17	4	7	19,62
		SALLE07	MARS	65	2	230,00	209,00	64	61	3	5,19	3,62	184,45	3,65	12,12	3,40	2	1	4,38
SALLE07		65	2	230,00	209,00	64	61	3	5,19	3,62	184,45	3,65	12,12	3,40	2	1	4,38		
SALLE08	MARS	39	9	230,00	209,00	37	29	8	16,41	37,09	131,61	6,51	17,37	27,27	9	2	16,55		
SALLE08		39	9	230,00	209,00	37	29	8	16,41	37,09	131,61	6,51	17,37	27,27	9	2	16,55		
SALLE09	MARS	35	8	230,00	179,00	30	23	7	14,77	23,79	124,04	2,78	13,10	38,76	8	5	20,60		

Périmètre

Année : 2017
 Mois : 2017 - MARS
 Localisation : GH A.CHENEVIER-H.MONDOR
 Type de salle : Salle classique

Etablissement	Bloc	Salle	Mois	Nombre total d'interventions	Nombre d'interventions non exploitables (en erreur)	Temps conventionnel AP-HP	TVO	Pendant le programme opératoire									Hors programme				
								Nombre d'interventions	Nombre d'interventions programmées	Nombre d'interventions non programmées	Retard à la première intervention	TROS Urgences	TROS hors Urgences	Intervalles	Fin précoce	Débordements	Nombre d'interventions non exploitables (en erreur)	Nombre d'interventions	TROS hors ouverture		
GH A.CHENEVIER-H.MONDOR	BLOCS HMN	SALLE09		35	8	230,00	179,00	30	23	7	14,77	23,79	124,04	2,78	13,10	38,76	8	5	20,60		
		SALLE10	MARS	60	2	230,00	196,00	59	54	5	4,54	7,54	169,98	2,69	10,70	22,75	2	1	9,22		
		SALLE10		60	2	230,00	196,00	59	54	5	4,54	7,54	169,98	2,69	10,70	22,75	2	1	9,22		
		SALLE11	MARS	21	4	230,00	162,00	19	14	5	18,00	19,67	102,33	0,92	20,56	17,60	4	2	6,05		
		SALLE11		21	4	230,00	162,00	19	14	5	18	19,67	102,33	0,92	20,56	17,60	4	2	6,05		
		SALLE12	MARS	54	3	230,00	200,00	54	47	7	5,69	14,95	150,78	4,63	23,45	4,35	3				
		SALLE12		54	3	230,00	200,00	54	47	7	5,69	14,95	150,78	4,63	23,45	4,35	3	0	0,00		
		SALLE14	MARS	13	1	230,00												1	13	43,50	
		SALLE14		13	1	230,00	0,00	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	1	13	43,50	
		SALLE15	MARS	15	3	230,00	94,00	15	15		8,13		39,13	3,08	43,15	3,93	3				
		SALLE15		15	3	230,00	94,00	15	15	0	8,13	0	39,13	3,08	43,15	3,93	3	0	0,00		
		SALLE16	MARS	40	6	230,00	171,00	31	28	3	8,97	5,74	88,33	6,07	61,86	3,00	6	9	25,97		
		SALLE16		40	6	230,00	171,00	31	28	3	8,97	5,74	88,33	6,07	61,86	3,00	6	9	25,97		
		SALLE17	MARS	117	1	230,00	209,00	111	110	1	6,89	1,25	159,81	6,92	34,15	0,25	1	6	7,25		
		SALLE17		117	1	230,00	209,00	111	110	1	6,89	1,25	159,81	6,92	34,15	0,25	1	6	7,25		
		SALLE18	MARS	119		230,00	200,00	114	113	1	7,38	3,45	146,78	12,23	29,70	0,08		5	7,93		
		SALLE18		119	0	230,00	200,00	114	113	1	7,38	3,45	146,78	12,23	29,70	0,08	0	5	7,93		
		SALLE22	MARS	52	14	230,00	196,00	49	43	6	13,23	11,02	147,41	2,80	21,05	19,84	14	3	8,12		
		SALLE22		52	14	230,00	196,00	49	43	6	13,23	11,02	147,41	2,80	21,05	19,84	14	3	8,12		
		SALLE23	MARS	41	12	230,00	209,00	41	34	7	26,66	22,98	114,15	4,87	40,32	6,28	12				
		SALLE23		41	12	230,00	209,00	41	34	7	26,66	22,98	114,15	4,87	40,32	6,28	12	0	0,00		
			BLOCS HMN			921	80	3 910,00	3 013,00	863	799	64	177	170,15	2 219,65	83,25	358,80	202,73	80	58	175,25
		GH A.CHENEVIER-H.MONDOR				923	100	4 140,00	3 030,00	865	801	64	178,61	170,15	2 229,54	83,25	364,30	202,73	100	58	175,25

Annexe 3 :
RECENSEMENT DES
FLUX
D'APPROVISIONNEMENT

RBI BLOC

BLOCS Recensement des flux d'appro.										
	UG	Nom	Contenant					Modalité d'appro Dotation / Complémentation / Résevation	Equivalent m3 livrés à la semaine	Observation
			Grandes familles de produits	Type	Nombre par période	Période	Jour de livraison			
Service Approvisionneur										
Magasin Hôtelier	3313	Bloc commun	Consommables hôteliers/Linge UU	Palette	3	S	Merc.	Complémentation	6,75	Complémentation sur feuille de relevé de l'agent du bloc
			Fût DASRI	Palette	1	S	Merc.	Complémentation	2,25	Complémentation sur feuille de relevé de l'agent du bloc
			Articles bureau, imprimés, ordonn.	Chariot	1	M	Merc.	Résa sur liste type	0,40	Liste type dans NSI
	1013	Boc Chir Réparatrice	Hors stock. DM/S/I	Chariot	1	J	L-M-M-J-V	Direct à réception	8,75	Magasin réception: saisie entrée et sortie automatique HTHM
	1113	Bloc Chir Digestive	Hors stock. DM/S/I	Chariot	1	J	L-M-M-J-V	Direct à réception	8,75	Magasin réception: saisie entrée et sortie automatique HTHM
	1213	Bloc Chir Cardiaque	Hors stock. DM/S/I	Chariot	1	J	L-M-M-J-V	Direct à réception	8,75	Magasin réception: saisie entrée et sortie automatique HTHM
	1313	Bloc Neuro Chirurgie	Hors stock. DM/S/I	Chariot	1	J	L-M-M-J-V	Direct à réception	8,75	Magasin réception: saisie entrée et sortie automatique HTHM
	4613	Bloc Chir Vasculaire	Hors stock. DM/S/I	Chariot	1	J	L-M-M-J-V	Direct à réception	8,75	Magasin réception: saisie entrée et sortie automatique HTHM
	7003	Bloc Urologie	Hors stock. DM/S/I	Chariot	1	J	L-M-M-J-V	Direct à réception	8,75	Magasin réception: saisie entrée et sortie automatique HTHM
9003	Bloc Orthopédie	Hors stock. DM/S/I	Chariot	1	J	L-M-M-J-V	Direct à réception	8,75	Magasin réception: saisie entrée et sortie automatique HTHM	
Lingerie linge plat	3313	Bloc commun	Linge plat	Roll	1	J	L-M-M-J-2V	Dotation	6,00	2 rolls le vendredi
			Linge plat	Roll	1	S	V	Dotation	1,00	Chambres de garde: 110 draps + 8 couv.
	5555	Chir Ambu unité A	Linge plat	Roll	1	J	L-M-M-J-V	Dotation	5,00	150 draps/s + 15 couv.
	1112	4ème chir visc	Linge plat	Roll	1	J	L-M-M-J-2V	Dotation	6,00	4ème étage. 630 draps/s + 38 couv. + divers
1212	11ème chir ca	Linge plat	Roll	1	J	L-M-M-J-2V	Dotation	6,00	11ème étage. 280 draps/s + 0 couv. + divers	
Pharmacie médicament	3313	Bloc commun	Solutés	Chariot	1	S	Merc.	Dotation	0,90	Chariot= 830cm3
			Médicaments	Bac	1	S	Merc.	Dotation	0,10	
	7003	Bloc uro	Solutés	Palette	1	S	Merc.	Dotation	2,25	
			Médicaments	Bac	1	S	Merc.	Dotation	0,10	
	1313	Bloc neuro	Solutés	Chariot	1	S	Merc.	Dotation	0,90	
			Médicaments	Bac	1	S	Merc.	Dotation	0,10	
	1113	Bloc visc	Solutés	Chariot	1	S	Merc.	Dotation	0,90	
			Médicaments	Bac	1	S	Merc.	Dotation	0,10	
	4613	Bloc vasc	Solutés	Chariot	1	S	Merc.	Dotation	0,90	
			Médicaments	Bac	1	S	Merc.	Dotation	0,10	
	1013	Bloc plast	Solutés	Chariot	1	S	Merc.	Dotation	0,90	
			Médicaments	Bac	1	S	Merc.	Dotation	0,10	
	9003	Bloc ortho	Solutés	Chariot	1	S	Merc.	Dotation	0,90	
			Médicaments	Bac	1	S	Merc.	Dotation	0,10	
1213	Bloc cardio	Solutés	Chariot	1	S	Merc.	Dotation	0,90		
		Médicaments	Bac	1	S	Merc.	Dotation	0,10		
UPDMS		Neuro	DMS Stocks	Chariot	1	s	lu	Liste type	1,75	
		Plastie	DMS Stocks	palette	2	s	VE	Liste type	4,50	
		Plastie	DMS Stocks	Chariot	1	s	VE	Liste type	1,75	
		Dig	DMS Stocks	Chariot	2	s	ME	Liste type	3,50	
		Uro	DMS Stocks	Palette	2	bi hebdo	Ve/lu	Liste type	9,00	
		Uro	DMS Stocks	Chariot	1	bi hebdo	Ve/lu	Liste type	3,50	
		Ambu	DMS Stocks	Palette	2	s	Ma	Liste type	4,50	
		Cardio	DMS Stocks	Palette	2	bi hebdo	lu/je	Liste type	9,00	avec cec
		Cardio	DMS Stocks	Chariot	1	bi hebdo	lu/je	Liste type	3,50	avec cec
		Vasc	DMS Stocks	Chariot	2,5	s	lu	Liste type	4,38	
		Orthopédie	DMS Stocks	Palette	4	Bi-hebdo	Ma/ve	Liste type	18,00	Flux tendu
		Orthopédie	DMS Stocks	Chariot	2	Bi-hebdo	Ma/ve	Liste type	7,00	Flux tendu

		Blocs	DMS Hors Stocks	Chariot	3	J	L-M-M-J-V		26,25	Pas de stock UPDMS
		Blocs	DMI	Chariot	2	J	L-M-M-J-V		17,50	Pas de stock UPDMS
Stérilisation		8 Blocs	Boites 1/1	Armoires de transport	8	Bi quotidien	7 jours / 7	Liste type par bloc	168,00	Pas de stock en stérilisation
			Boites 1/2 et 3/4							
			Boites 1/4							
			Bacs (contenant des sachets)							

387,03

Magasin Hôtelier: 1 chariot = 1,75 m3 (1,5 à 2 m3)
1 Palette = 2,25 m3 (2 à 2,5 m3)

UPDMS: idem

Pharmacie: 1 chariot = 0,90 m3

Bac: 0,1 m3 (0,4x0,6x0,4)

Stérilisation: 1 Armoire de transport = 1,5m3

lingerie: 1 Roll = 1 m3 (70x80x170)

554,84

Annexe 4 :

PLAN DU

BLOC

ACTUEL



Annexe 5 : PLAN DU FUTUR BLOC DANS RBI



<p>GHU Henri Mondor AP-HP</p>	<p>REALISATION DE LA PREMIERE PHASE DU PROJET "REANIMATION, BLOC ET INTERVENTIONNELS"</p>
	<p>ENTREPRISE MANDATAIRE : 10, avenue de Flandre 93000 WILLEMERSVILLE Tel. +33 (0)3 20 91 53 53</p> <p>Robot Dutilleul Construction</p>
	<p>ARCHITECTE : 17 rue Dupuis Thouars 75003 PARIS Tel. +33 (0)1 44 61 88 00</p> <p>SAINT-EMILIE</p>
	<p>BUREAU D'ETUDE TECHNIQUE : 40 Avenue des Terrons de France 75012 PARIS Tel. +33 (0)1 44 02 54 00</p> <p>WSP</p>
	<p>CONSEIL SECURITE INCENDIE / CSSI : 52 rue Jacques Hillaret 75012 PARIS Tel. +33 (0)1 42 27 72 51</p> <p>CASSO ASSOCIES</p>
<p>BUREAU D'ETUDE ENVIRONNEMENTAL : 70, rue Brégué-Savain 75013 PARIS Tel. +33 (0)1 41 98 33 70</p> <p>EODD</p>	

Entresol 1

Echelle : 1/100
Date : 22/05/17

27 avril 2017 - plans provisoires

Master Management des Organisations Soignantes M2MOS@16-17

TITRE DU DOCUMENT

Créer un espace collaboratif par le biais d'une innovation technologique au service de la logistique.

AUTEUR

Sylvie KERAUTRET

MOTS CLÉS

Déménagement, innovation technologique
organisation, collaboration, communication
Bloc opératoire

KEY WORDS

move, technologic innovation, organization,
collaboration, communication, operating
theater

RÉSUMÉ

Le déménagement dans de nouveaux locaux est générateur d'inquiétude de la part des professionnels mais représente une formidable opportunité de repenser les organisations. Chargée d'accompagner le transfert des blocs opératoires et de mettre en place les nouvelles organisations, j'ai choisi d'axer mon projet managérial sur la création d'un espace collaboratif et travers d'une innovation technologique au service de la logistique. La mise en place de groupes de travail permet l'enclenchement d'une démarche participative favorisant la communication et la collaboration entre IBODE et IADE. Cela permettra d'anticiper le changement, l'utilisation des stockeurs rotatifs ainsi que l'appropriation de leur nouvel espace de travail. Améliorer le parcours patient, créer les conditions d'amélioration de la qualité de vie au travail sont les résultats attendus.

ABSTRACT

Moving to new premises is cause for concern to professionals but is a tremendous opportunity to rethink organizations. As the manager in charge of the transfer of operating theaters and the new organizations that will have to be set up I have chosen to focus my managerial project on the creation of a collaborative space through a technological innovation at the service of logistics. The hospital is acquiring a new piece of equipment, dynamic storage, which change the practice and require a new organization. The implementation of a participative approach encouraging communication and collaboration between operating theater nurses and anesthesiology nurses will enable us to anticipate the change and appropriation of their workspace. Improving the patient pathway, creating the conditions for improving quality of life at work are the expected results.