



FACULTÉ
DE MÉDECINE



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

Projet Managérial

« Fidéliser les Infirmiers Anesthésistes du Centre Hospitalier
Rives-de-Seine par la sécurisation du parcours de soins en
anesthésie. »

ECUE 3.2

Mme I. Robineau-Fauchon
M. D. Letourneau

Nicolas PAULAY

Année 2018/2019

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne



NOTE AUX LECTEURS

Les dossiers 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.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont en premier lieu aux responsables du Master 2 et à toute l'équipe de l'ESM pour leur disponibilité.

Je tiens à remercier la Directrice des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotехniques du Centre Hospitalier Rives-de Seine, Me Chantal Conduché qui m'a autorisé à travailler sur ce sujet et ce projet dans un contexte universitaire.

Je remercie les équipes des différentes Directions et l'encadrement supérieur de m'avoir donné accès à de nombreuses informations et de nombreux documents. Monsieur le Docteur Jamil Rahmani pour le soutien qu'il apporté à ce projet.

Je remercie avant tout l'équipe des Infirmiers Anesthésistes du Département d'Anesthésie-Réanimation, sans lesquels rien n'aurait été possible. Je souligne leur professionnalisme et leur implication au service des patients.

« La bonne organisation ne se décrète pas, ne s'octroie pas, elle se négocie et se co-construit ¹ »

Yves Clot et Michel Gollac

¹Yves Clot et Michel Gollac ; Le travail peut-il devenir supportable ; Paris ; Armand Colin ; 2014, 2017 ; pages 114.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
1 CONTEXTE D'EMERGENCE	5
1.1 PROBLEMATIQUE ORGANISATIONNELLE DU PARCOURS DE SOINS EN ANESTHESIE	5
1.1.1 MOUVEMENT D'INSATISFACTION DES INFIRMIERS ANESTHESISTES, DEPARTS ET INTENTIONS DE DEPARTS	5
1.1.2 POINT DE VUE IADE : INADEQUATION ORGANISATIONNELLE ENTRE L'EXISTANT ET LE DEVELOPPEMENT DE L'ACTIVITE AMORCEE	6
1.2 CONTEXTE INSTITUTIONNEL	7
1.2.1 LE CENTRE HOSPITALIER RIVES-DE-SEINE	7
1.2.1.1 Un peu d'histoire...	7
1.2.1.2 Le Centre Hospitalier Rives-de-Seine	8
1.2.1.3 Le projet d'établissement, le projet médical, le projet de soins	10
1.2.1.4 Bilan financier et Plan de Retour à l'Équilibre Financier	12
1.2.1.5 Place du Centre Hospitalier dans le territoire	14
1.2.1.6 Certification V2014	15
1.2.1.7 « Breaking News » concernant le CHRDS	15
1.2.2 LE DEPARTEMENT D'ANESTHESIE-REANIMATION, UNE ORGANISATION PERFECTIBLE	16
1.2.2.1 Mission d'accompagnement de l'ARS pour optimiser l'organisation du bloc opératoire	16
1.2.2.2 Médecins Anesthésistes Réanimateurs	16
1.2.2.3 Infirmiers Anesthésistes	17
1.2.2.4 Salle de Surveillance Post-Interventionnelle	17
1.2.3 DEUX SERVICES CONCERNES PAR L'AUGMENTATION DE L'ACTIVITE AYANT UN IMPACT SUR L'ORGANISATION DES SOINS EN ANESTHESIE	18
1.2.3.1 Le service de gynécologie-obstétrique, perspective de développement et augmentation de l'activité obstétricale	18
1.2.3.2 Le service de chirurgie viscérale, augmentation de l'activité et PDSE	19
2 PROBLEMATIQUE MANAGERIALE	22
2.1 GARANTIR UN PARCOURS PATIENT EN ANESTHESIE SECURISE	22
2.2 L'ANESTHESIE : UNE DISCIPLINE JURIDIQUEMENT ENCADREE	22
2.2.1 SECURITE EN ANESTHESIE	23
2.2.1.1 Réglementations	23
2.2.1.2 Recommandations des Sociétés et des Instances Professionnelles	23
2.2.2 LA SALLE DE NAISSANCE UN MILIEU A RISQUE QUI DOIT ETRE SECURISE	24
2.2.2.1 Rôle des Décrets de Périnatalité	24
2.2.2.2 Recommandations des Sociétés Savantes	25
2.2.2.3 Recommandations de la Haute Autorité de Santé	27
2.2.2.4 Jurisprudence du 30 juin 2017 Tribunal de Grande Instance de Bobigny	27

3 L'ENJEU MANAGERIAL : ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS ET LES MANAGERS DANS L'ELABORATION D'UNE ORGANISATION SECURISEE. 30

3.1 LA PSYCHOSOCIOLOGIE DU TRAVAIL, UN LEVIER DE COMPREHENSION DE LA SITUATION 30

3.1.1	DE L'INSATISFACTION A LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL : UNE CAUSALITE ORGANISATIONNELLE	30
3.1.2	VALORISER L'EQUIPE	32
3.1.2.1	La Reconnaissance des compétences	32
3.1.2.2	Corporatisme IADE, identité professionnelle et représentations	33

3.2 DES SOLUTIONS MANAGERIALES AU SERVICE DU PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT 36

3.2.1	S'INSPIRER DE L'INGENIERIE DE LA RESILIENCE	36
3.2.2	COOPERATION ET NOTION DE PROJET	37
3.2.3	CO-CONSTRUCTION ET COLLECTIF DE TRAVAIL	38
3.2.4	TRANSFORMATION ORGANISATIONNELLE	39
3.2.4.1	Contrôle organisationnel du risque	39
3.2.4.2	Manager au service de la qualité de vie au travail des professionnels	40
3.2.4.3	Les hôpitaux magnétiques	41

3.3 LE PROJET ORGANISATIONNEL 44

3.3.1	RAPPEL CONTEXTUEL, PREMIERE RENCONTRE ET CREATION DU COPIL	44
3.3.2	CO-CONSTRUIRE UNE ORGANISATION EFFICIENTE	46
3.3.2.1	Task force 1 : Recueil de données « activité SSPI fermée »	47
3.3.2.2	Task force 2 : Recueil de données « activité des IADE hors bloc central »	48
3.3.2.3	Task force 3 : Benchmarking, étude d'un poste IDE de nuit mutualisé	50
3.3.2.4	Task force 4 : "Onboarding" des vacataires et des nouveaux IADE	50
3.3.2.5	Task force 5 : élaboration de protocoles et de procédures	51
3.3.3	MACRO PLANNING ET ECHEANCES DU PROJET	51
3.3.4	SOLUTIONS ORGANISATIONNELLES RETENUES	53
3.3.5	RESULTATS ATTENDUS ET EVALUATION DU PROJET	53

CONCLUSION 55

BIBIographie 57

ANNEXES 61

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AP	Auxiliaire de Puériculture
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
ASA	American Society of Anesthesiologists
CAF	Capacité d'Auto Financement
CAMSP	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CARO	Club Anesthésie-Réanimation en Obstétrique
CHICNP	Centre Hospitalier de Courbevoie-Neuilly-Puteaux
CHRDS	Centre Hospitalier Rives-de-Seine
CHSCT	Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CNSF	Collège Nationale des Sages-Femmes
COMEDIMS	Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
COPIL	Comité de Pilotage
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSE	Comité Social et Économique
CSP	Code de la Santé Publique
DAR	Département d'Anesthésie-Réanimation
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPRD	État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ESPIC	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
ETP	Équivalent Temps Plein
FHF	Fédération Hospitalière de France
FIR	Fonds d'Intervention Régional
FPH	Fonction Publique Hospitalière
FRIDA	Favoriser la Réduction des Inégalités d'Accès à l'Avortement
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HAS	Haute Autorité de Santé
HPP	Hémorragie du Post-Partum
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État
IDE	Infirmier Diplômé d'État
MAR	Médecin Anesthésiste-Réanimateur
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
PDSE	Permanence Des Soins des Établissements de Santé
PREF	Plan de Retour à l'Équilibre Financier
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
QVT	Qualité de Vie au Travail
RPS	Risques Psycho-Sociaux
SF	Sages-Femmes
SFAR	Société Française d'Anesthésie-Réanimation
SFN	Société Française de Néonatalogie
SNIA	Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes
SOFIA	Société Française des Infirmiers Anesthésistes
SSPI	Salle de Surveillance Post-Interventionnelle
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
USC	Unité de Soins Continus

INTRODUCTION

La fidélisation des salariés est un enjeu majeur pour un Établissement de Santé comme pour toute entreprise, qu'elle que soit sa taille. « Fidélisation » vient du latin « *fidelitas* » qui signifie « fidélité », « constance », et qui vient d'un autre mot latin : « *fides* » signifiant « foi », « confiance ».

Dans « Roman de Brut »² en son vers 3555, Wace nous dit que la fidélité est « *la qualité qui fait qu'on garde la foi promise* », être « *attaché à ses devoirs, ses engagements* ».

La fidélisation trouve son sens dans le lien pérenne entre un professionnel et son employeur, notamment quand elle est basée sur une relation de confiance réciproque. Elle devient une force pour l'entreprise car elle tend vers la stabilité. La fidélisation est l'art de créer et de gérer une relation durable et d'entretenir une relation forte avec une organisation. Elle contribue à consolider sa position, c'est-à-dire par rapport à la compétitivité qu'offrent les autres organisations.

La rémunération est loin d'être la seule façon d'instaurer un climat motivant.

L'Infirmier Anesthésiste (IADE) est un professionnel spécialisé, centré sur la sécurité. Dès lors que la profession, dans une organisation donnée, considère qu'il y a un manquement dans la sécurité de son exercice et du patient, elle n'est plus en adéquation avec la culture institutionnelle. Elle ne sent plus reconnue, plus écoutée. Comment reconquérir et fidéliser ce corps professionnel ? Une mutation organisationnelle promouvant une plus grande sécurité en anesthésie peut-elle y contribuer ?

Pour y arriver, il faut certainement manager les managers afin de tendre vers un management empathique, un leadership transformationnel, favorisant la communication. Toutes les entreprises se sont mises à l'innovation participative, c'est-à-dire à l'implication de chaque collaborateur dans le développement d'organisations épanouissantes.

Le management hospitalier est-il dans cette démarche ?

Ce projet managérial vise à répondre à un mouvement d'insatisfaction des Infirmiers Anesthésistes du Centre Hospitalier Rives-de-Seine (CHRDS). L'équipe se délite peu à peu, les professionnels sont difficiles à fidéliser.

Dans un premier temps, un état des lieux de la situation sera fait afin d'apprécier la genèse du mouvement d'insatisfaction des Infirmiers Anesthésistes. Dans un second temps, une exploration réglementaire actualisée concernant la sécurité en secteur d'anesthésie sera effectuée. La psychosociologie du travail aidera aussi à comprendre le phénomène d'insatisfaction. Des concepts managériaux donneront par la suite des pistes de solutions à envisagées afin d'inverser la situation.

Un nouveau design organisationnel pourra être proposé et implémenté au niveau du Centre Hospitalier dans le but de sécuriser le parcours du patient en anesthésie et ainsi répondre aux prérogatives des Infirmiers Anesthésistes encore présents et ceux futurs.

² Wace ; Roman de Brut ; 1155 ; Paris ; Editions Ivor Arnold ; 1938.

1 Contexte d'émergence

1.1 Problématique organisationnelle du parcours de soins en anesthésie

1.1.1 Mouvement d'insatisfaction des Infirmiers Anesthésistes, départs et intentions de départs

Depuis la fin de l'année 2017, les IADE du Département d'Anesthésie-Réanimation (DAR) du Centre Hospitalier Rives-de-Seine dénoncent une organisation imparfaite des soins en anesthésie et mettent en évidence des failles dans la sécurisation du parcours patient en anesthésie.

Ils expriment un sentiment d'insécurité dans la pratique de leur exercice aboutissant à une usure professionnelle ayant comme conséquences départs, intention de départs, dépréciation et démotivation.

Début 2018, Ils sollicitent une rencontre avec l'encadrement supérieur, la chefferie de service, la direction des ressources humaines et la direction des soins.

Ce mouvement d'alerte déjà antérieurement sous-jacent, s'affranchit dans un contexte particulier.

Le CHRDS est en situation de Plan de Retour à l'Équilibre Financier (PREF) depuis 2017, sous injonction de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARS) avec objectifs de réduction des coûts et diminution des ressources humaines dans tous les secteurs y compris le bloc opératoire et le DAR.

L'évolution de l'activité chirurgicale est significative avec une nouvelle autorisation par l'ARS d'assurer la Permanence Des Soins des Établissements de Santé (PDSE) sur le territoire à savoir : prise en charge des urgences jusque 21 heures et astreinte chirurgicale le week-end en journée.

L'évolution de l'activité gynéco-obstétricale est flagrante avec une augmentation du nombre d'accouchement de 11% par rapport à 2017 et le seuil de 2500 accouchements est dépassé à la fin 2018 pour atteindre 2680 (les Décrets de périnatalité réglementant les ressources humaines en anesthésie en fonction du nombre d'accouchement).

Pour répondre à cette évolution, l'amplitude de présence des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs a été modifiée ainsi :

- Un Anesthésiste-Réanimateur attribué uniquement au service d'obstétrique (salle de naissance).
- Un deuxième Médecin Anesthésiste-Réanimateur en plus pour la permanence des soins en chirurgie viscérale jusque 21 heures et le week-end.
- À noter : le dimanche, c'est le Médecin Anesthésiste-Réanimateur de garde en Unité de Soins Continus (USC) qui assure les urgences chirurgicales au bloc opératoire en binôme avec l'IADE de garde. Il peut alors être sollicité à tout moment en USC et le binôme Médecin Anesthésiste-Réanimateur - IADE n'est plus respecté.

Or, il y a deux IADE jusque 20 heures dont celui de garde et un seul la nuit et le week-end avec une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) gérée par des Infirmiers (IDE) fermant deux jours par semaine à 16 heures 30 et trois jours par semaine à 18 heures 30. Le week-end la SSPI est fermée.

Selon l'activité, liée à la PDSE et à l'obstétrique, l'IADE de garde doit ouvrir la SSPI et y assurer les soins de surveillance post opératoire quand celle-ci n'est plus gérée par du personnel infirmier dédié.

De nombreuses situations à risque ont été identifiées quand la SSPI est officiellement fermée (après 16 heures 30 ou 18 heures 30 et week-end) :

- Activité chirurgicale en cours avec patient en SSPI sous surveillance IADE :
 - IADE de garde non disponible.
- Patient en SSPI sous surveillance IADE et césarienne en urgence :
 - Médecin Anesthésiste-Réanimateur seul à l'induction ou patient sans surveillance en SSPI ou surveillé par un agent non qualifié compte tenu de la nécessité du binôme Médecin Anesthésiste-Réanimateur-IADE à l'induction.
- Activité chirurgicale en cours, patient en SSPI, césarienne en urgence :
 - IADE de garde non disponible, Médecin Anesthésiste-Réanimateur seul à l'induction ou patient sans surveillance en SSPI ou surveillé par un agent non qualifié s'il y a nécessité du binôme Médecin Anesthésiste-Réanimateur - IADE à l'induction.
- Sollicitation de l'IADE de garde pour assurer l'analgésie obstétricale, les réanimations dont l'hémorragie du post-partum (HPP), les aides ponctuelles dans les salles de soins...Alors qu'il est en surveillance en SSPI.

Le binôme réglementaire Anesthésiste-Réanimateur - IADE n'est pas respecté dans maintes situations.

Les IADE sont confrontés à des hyper sollicitations, à des dilemmes où ils doivent laisser seuls des patients en SSPI afin de prendre en charge des urgences à la minute (obstétrique notamment).

Finalement, ils dénoncent ces situations d'insécurité comme autant de raisons dans la genèse de leur usure professionnelle, les incitant à partir ou à vouloir quitter le CHRDS. Par voie de conséquence, et pour pallier à la pénurie de professionnels, l'encadrement doit faire appel à de nombreux vacataires qui ne s'impliquent pas avec la même rigueur, en l'occurrence pour toutes les missions transversales. Cette organisation n'est plus attractive pour des embauches éventuelles. Effectivement, aucune candidature IADE n'a abouti depuis des mois.

1.1.2 Point de vue IADE : Inadéquation organisationnelle entre l'existant et le développement de l'activité amorcée

Les IADE du Département se retrouvent dans des situations complexes redondantes ou la sécurité des patients dans leurs parcours anesthésiques n'est à leur sens pas garantie.

L'organisation en place est jugée inefficace puisqu'elle génère des risques de défaut de surveillance, des sollicitations importantes de personnels non disponibles, des concomitances d'activités à équipe unique.

L'inadéquation entre l'organisation actuelle, l'activité d'urgences obstétricales et chirurgicales est pointée par l'équipe IADE et notamment en raison d'un défaut de personnel dédié à la SSPI.

C'est à ce titre que consensuellement, les IADE ont sollicité une rencontre auprès de la chefferie de service, l'encadrement et la direction afin d'alerter des risques encourus.

Ils ont proposé des hypothèses de solutions qu'ils jugent adaptées à l'implémentation d'une nouvelle organisation des soins en anesthésie.

Fort de ce constat alarmant, le rôle du manager est d'accompagner les professionnels dans l'élaboration d'une organisation compatible à l'augmentation et à la redistribution de l'activité, tout en garantissant le plus haut degré de sécurité du patient.

POINTS CLÉS

- Mouvement d'insatisfaction et d'alerte des IADE sur leurs conditions de travail.
- Perte de sens donné au travail – Reconnaissance jugée insuffisante.
- Dénonciation d'un parcours de soins en anesthésie mal sécurisé (notamment par une SSPI non ouverte H24).
- Départs et intentions de départs concernant une profession en tension.
- Amorce d'une recherche de solutions en co-construction entre les acteurs concernés.

1.2 Contexte institutionnel

1.2.1 Le Centre Hospitalier Rives-de-Seine

Avant de présenter le CHRDS, il est nécessaire d'identifier le processus historique qui l'a amené vers sa structure multi-site. C'est de cette identité et de ce singularisme que naît, autant l'incertitude permanente que le dynamisme du changement qui le caractérisent.

1.2.1.1 Un peu d'histoire...³

Jusque dans les années 1920, la municipalité de Neuilly-sur-Seine est dans l'obligation d'envoyer sa population malade vers les hôpitaux parisiens où elle entretient quelques lits comme beaucoup de municipalité de banlieues. Auparavant, les tentatives de création de structures publiques de santé locales ont échoué. Le 28 février 1928, le Conseil Municipal et son maire Edmond Bloud votent le projet de création d'un hôpital communal. Le 2 août 1932, un Décret du Président de la République autorise la création d'un hôpital dans la commune de Neuilly-sur-Seine. Ainsi, deux terrains de 5000 m² situés en bord de Seine, en face l'île de la Jatte, s'ont alloués à la municipalité par la Congrégation Religieuse de Saint-Thomas-de-Villeneuve et M. Goüin, industriel français.

Après deux années et demi de construction, l'hôpital de Neuilly-sur-Seine est inauguré le 18 novembre 1935 solennellement par le Président de la République M. Albert Lebrun. L'architecture art-déco typique des années 1930 est remarquable. Cette inauguration fait grand bruit à l'instar d'un article de Jacques Devilliers dans le journal « Mairie » : « *Le plus moderne hôpital de France se trouve dans la région parisienne,*

³ Selon la plaquette « 80 ans de l'Hôpital de Courbevoie-Neuilly-Puteaux » 2015 ; Nathalie Lhuillier, chargée de communication, CHRDS.

nous avait-on dit, et c'est une municipalité qui l'a créé : la municipalité de Neuilly-sur-Seine. Allez voir cela. Nous y sommes allés et nous avons été émerveillés ».

À cette époque, l'hôpital offre une capacité de 150 lits et dispose de services de maternité, médecine générale, médecine pédiatrique, chirurgie, anesthésie, bloc opératoire, stérilisation, pharmacie, radiographie et solarium sur le toit. Les sœurs de la Congrégation assurent la direction des soins infirmiers. Les soins à la mère et à l'enfant sont depuis l'inauguration une tradition à l'hôpital sous l'impulsion du Professeur Robert Vaudescal.

Appelé « Hôpital Communal », « Hôpital des Quais » puis « Clinique Général Leclerc », il est baptisé « Centre Hospitalier de Neuilly-sur-Seine » le 29 juin 1986 par Décret ministériel.

L'établissement évolue au fil des années, l'hôpital est entièrement rénové en 1987 afin de répondre aux exigences sanitaires. Une phase de restructuration a débuté en 2002 et s'est achevée en 2014 avec la construction d'une extension du bâtiment d'origine, et notamment la création d'un bloc opératoire de dernière génération, un nouveau service d'imagerie et d'une nouvelle salle de naissance.

Par décision de l'ARH d'Ile-de-France en vue de réorganiser l'offre de soins et proposer des soins de proximité de qualité à la population locale, le Centre Hospitalier fusionne le 1^{er} janvier 1998 avec le Centre Hospitalier de Courbevoie. Le 1^{er} janvier 2011 l'ARS d'Ile-de-France décide la fusion avec le Centre Hospitalier de Puteaux. Il prend alors le nom de « Centre Hospitalier Intercommunal de Courbevoie-Neuilly-Puteaux (CHICNP) ».

Un nouveau Centre d'Action Médico-Social Précoce des Hauts-de-Seine est créé en 2009 à Courbevoie après avoir été hébergé pendant dix-huit ans sur le site de Neuilly-sur-Seine. Une antenne de ce CAMSP ouvre ses portes sur Colombes en 2011 afin de répondre aux besoins de proximité des familles.

À l'occasion des quatre-vingt ans de l'établissement célébré en 2015, un concours est ouvert aux usagers et au personnel afin de lui donner une nouvelle dénomination. Un jury a départagé et le CHICNP devient alors le « Centre Hospitalier Rives-de-Seine ».

1.2.1.2 Le Centre Hospitalier Rives-de-Seine

La notion d'Établissement Public de Santé multi-sites prend son sens dans son histoire et incarne la philosophie de l'offre de soins dispensés sur le territoire.

Après avoir traversé plusieurs phases de restructuration et de conduite de projets sur les différents sites sous la tutelle de l'ARS, le CHRDS présente une offre de soins dont la distribution est la suivante :

Cinq sites de soins situés sur quatre communes :

- Le site hospitalier de Neuilly-sur-Seine (131 lits et 7 places)
- Le site hospitalier de Courbevoie (139 lits et 14 places)
- Le site hospitalier de Puteaux (100 lits)
- Le Centre d'Action Médico-Social Précoce de Courbevoie (250 places)
- Le Centre d'Action Médico-Social Précoce de Colombes (150 places)



Site Hospitalier de Courbevoie



Centre d'Action Médico-Sociale Précoce de Courbevoie



Site Hospitalier de Neuilly-sur-Seine



Site Hospitalier de Puteaux



Centre d'Action Médico-Sociale Précoce de Colombes

Le CHRDS offre ainsi une capacité de 791 lits et places distribués en sept spécialités :

- Médecine : 149
- Chirurgie : 16
- Gynécologie - obstétrique : 41
- Unité de chirurgie ambulatoire : 6
- Moyen séjours : 91
- Long séjour : 88
- Hébergement : 400

Son architecture polaire est construite en sept pôles :

- **Pôle Administratif et Logistique** (directions, communication, direction de l'information médicale, médecine préventive et du travail).
- **Pôle Femme - Enfant** (CAMSP sur Courbevoie, gynécologie-obstétrique, néonatalogie et pédiatrie sur Neuilly-sur-Seine).
- **Pôle Chirurgie - Anesthésie** (anesthésie, bloc opératoire, chirurgie ambulatoire et endoscopie, chirurgie générale, digestive et urologique).
- **Pôle Urgences - Spécialités médicales et Unité de Surveillance Continue** sur Neuilly-sur-Seine (consultations externes et endoscopie, explorations fonctionnelles, spécialités médicales, USC, urgences adultes et pédiatriques, unité d'hospitalisation de courte durée).
- **Pôle Médico-Gérontologique et Soins Palliatifs** (consultations externes sur Courbevoie, Médecine 2 et 3 sur Courbevoie, soins de longue durée sur Puteaux, soins de Suite et de réadaptation gériatriques 1 et 2 sur Courbevoie, soins palliatifs sur Puteaux).
- **Pôle Soins de Suite et de Réadaptation de l'Appareil Locomoteur** (hôpital de jour, plateau technique, balnéothérapie, hospitalisation sur Courbevoie).
- **Pôle Médicotechnique** (imagerie médicale sur Courbevoie et Neuilly-sur-Seine, laboratoires sur Neuilly-sur-Seine, pharmacie et pré-stérilisation sur Neuilly-sur-Seine).

1.2.1.3 Le projet d'établissement, le projet médical, le projet de soins

Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale du CHRDS⁴. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, ainsi qu'un projet social.

Il doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation des soins, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du CSP et d'actions de coopération. Il doit se situer en pleine adéquation avec les enjeux de santé publique sans cesse renouvelés, dans un contexte précisé par l'adoption du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) conduit par l'ARS.

Il convient de rappeler que le CHRDS comporte cinq sites (trois sites hospitaliers et deux CAMSP), ce qui, au regard de son volume d'activité, constitue à l'évidence une particularité défavorable à une situation financière efficiente (multiplication des infrastructures techniques, astreintes et gardes médicales non mutualisables, coûts de structures élevés, multiplication des points d'accueil, transports, liaisons informatiques et téléphoniques, ...).

C'est sur ce point essentiel que la stratégie financière et budgétaire de l'établissement doit trouver son équilibre en lien avec l'offre variée de soins proposés sur le territoire. Il convient notamment de continuer les efforts d'absorption du déficit généré par la fusion en 2011 avec le site de Puteaux. Des travaux d'envergure sont à prévoir pour remédier à la vétusté du site de Courbevoie.

Les objectifs principaux du projet sont :

- Consolider le périmètre des activités cliniques et médicotechniques dans un contexte d'attractivité retrouvée, pour une réponse adaptée aux besoins de santé de la population.
- Créer les conditions nécessaires à des soins marqués par l'éthique, la qualité et la bientraitance.
- Développer une culture de gestion partagée des risques, pour une qualité optimale d'organisation au service des patients et des professionnels.
- Parier sur le développement des compétences et l'amélioration de la qualité de vie au travail.
- Poursuivre le redressement financier de l'établissement et le doter d'outils de gestion essentiels à son développement.
- Faire entrer l'établissement dans l'ère de « l'hôpital numérique » (ex : plateforme numérique telle que « doctolib », « e-Satis » ...).
- Faire porter tous les efforts sur l'aboutissement de la restructuration du site de Courbevoie.

Le projet médical s'inscrit dans le cadre du PSRS de l'ARS et sert de socle à la signature du CPOM avec l'ARS permettant de définir les indicateurs spécifiques à l'établissement.

Le projet médical est organisé autour de valeurs et de missions prioritaires.

Un service public qui s'inscrit dans la territorialité, même si le CHRDS dispose de spécialités comme la rééducation et les soins palliatifs qui dépassent largement le territoire.

Une offre de soins qui est accessible à tous avec une permanence des soins assurée toute l'année, H24, grâce au service des urgences qui accueille tous les patients.

⁴ Selon le Projet d'Établissement 2013-2018, C. Latger, Directrice Générale du CHRDS.

Dans toutes ces activités, l'offre de soins se situe en « secteur 1 », répondant ainsi à l'obligation d'une équité d'accès aux soins grâce à des tarifs opposables, dans un territoire particulièrement riche en « secteur 2 » (Neuilly-sur-Seine).

Le patient est au cœur du projet. Le CHRDS s'engage à travers son projet médical à développer le respect des droits du patient et de ses libertés individuelles à chaque étape de son parcours hospitalier de soins :

- Informations adaptées pour un libre consentement aux soins.
- Délivrance au moment opportun de soins pertinents et sécurisés.
- Dignité et intimité.
- Confidentialité.
- Promotion permanente d'une culture de la bientraitance.
- Refus de soins déraisonnables et engagement dans une réflexion éthique

Une démarche qualité est affirmée afin d'améliorer la qualité de la prise en charge tout au long du parcours de soins : lutte contre la douleur, parcours de soins, éducation thérapeutique, coordination entre les professionnels. La prise en charge médicale doit être sécurisée en s'engageant dans une démarche volontaire et continue de gestion des risques grâce à une démarche commune à tout l'établissement relayée par des actions au niveau de chaque pôle ou d'unité. Le développement de coopérations est essentiel dans un territoire très riche en ressources médicales, le CHRDS doit développer des coopérations avec les établissements environnants permettant de compléter certaines prises en charge et de développer des stratégies territoriales communes. La continuité de prise en charge des patients nécessite de renforcer l'articulation ville - hôpital.

Les objectifs du projet médical :

- Consolider le Pôle Femme – Enfant.
- Réaffirmer la vocation d'accueil des urgences.
- Garantir la prise en charge en aval en médecine de spécialité ou gériatrique et affirmer le maintien de la chirurgie.
- Adapter et compléter l'offre gériatrique et conforter les activités spécialisées et spécifiques (soins palliatifs et rééducation fonctionnelle).
- Ancrer le CHRDS dans sa mission de santé publique (créer une unité de prise en charge nutrition - diabète - maladies cardiovasculaires).
- Consolider les activités médicotéchniques autour des axes du projet médical.

Le projet de soins⁵ du CHRDS prévu sur cinq ans, corolaire du projet médical, s'inscrit dans le projet d'établissement. Il s'articule avec les autres projets du CHRDS. Sa politique de soin tient compte du caractère multi sites du CHRDS (Cinq sites sur quatre communes différentes).

Sa politique basée sur les valeurs humanistes du soin se décline sur les quatre grandes filières du CHRDS :

- Filière gériatrique
- Filière mère-enfant
- Filière médico-sociale
- Filière chirurgicale

Les priorités sont données à l'harmonisation et à l'optimisation de l'organisation de la filière gériatrique sur les différents sites. Les organisations de soins doivent être modernisées et répondre aux nouvelles exigences des gouvernances et des usagers.

⁵ Selon le Projet de Soins de la Direction des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques, Me C. Conduché.

Une culture de la bientraitance doit être développée. Le dossier informatisé du patient doit être déployé en réseau.

La politique de soin doit promouvoir et doit contribuer au maintien de l'attractivité de l'établissement pour les professionnels. Ce projet doit prendre en compte les projets des autres comités (CLIN, CLUD, qualité et gestion des risques, comité d'éthique, COMEDIS...).

Le projet de soins repose sur les exigences de l'ARS et la réglementation, mais est également issu d'une démarche participative des professionnels de l'établissement sur quatre axes stratégiques déclinés en objectifs et en actions :

- Prise en charge de la personne.
- Développement des compétences et contribution des professionnels aux changements.
- Qualité et gestion des risques liés aux soins
- Organisation et coordination des soins.

Cette volonté de co-construire le projet de soins a permis de mettre en relief les priorités des professionnels. L'adaptation aux changements prévus par une Gestion Prévisionnel des Métiers et Compétences (GPMC) permet d'optimiser l'organisation sécurisée du parcours patient, d'être dans une démarche de gestion des risques et de vigilance réglementaire dans les activités de soins, médicotéchniques et de rééducation. La volonté de cartographier les risques est priorisée.

« Le projet permet de maintenir la motivation des professionnels afin qu'ils trouvent [...] le sens à leur travail. »

« Construire ensemble, participer à la reconnaissance et à l'implication des professionnels. »

Ce projet managérial s'intègre dans la démarche du projet de soins du CHRDS, non seulement au niveau du DAR, mais au-delà, car il nécessite une collaboration et une mutation organisationnelle sur plusieurs pôles.

1.2.1.4 Bilan financier et Plan de Retour à l'Équilibre Financier ⁶

En ce qui concerne le bilan financier du CHRDS, on constate une situation mitigée. Le CHRDS est un Établissement Public de Santé. Les comptes sont donc sous contrôle du Trésor Public. Seuls le compte de résultats et le bilan comptable analytique sont effectués au niveau de l'Établissement avec l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) présenté, validé ou invalidé par l'ARS d'Île-de-France.

En 2017, les produits s'élevaient à 70 677 000 € (en dessous de l'EPRD) et les charges à 72 872 000 € (au-dessus de l'EPRD). Le différentiel s'élève à -2,1 millions €. La situation n'est pas à l'équilibre. Le taux de Capacité d'Autofinancement (CAF) à 4,93 % ce qui signifie que le CHRDS est dans l'impossibilité de rembourser son emprunt. Il ne rembourse que les intérêts. Le taux de marge brute est de 6,16 %. L'hôpital serait rentable à partir de 8 %.

En 2018, les produits s'élevaient à 71 811 000 € (en dessous de l'EPRD) et les charges à 74 357 000 € (au-dessus de l'EPRD). Le différentiel s'élève à -2,6 millions €. La situation n'est pas à l'équilibre. Le taux de Capacité d'Autofinancement (CAF) à 4,7 % ce qui signifie que le CHRDS est toujours dans l'impossibilité de rembourser son emprunt. Il ne rembourse que les intérêts comme l'année précédente. Le taux de marge brute est de 6 %.

⁶ EPRD – Compte de résultats et taux en Annexe 3, Direction des Finances CHRDS.

Or, l'encours de l'emprunt s'élève à 58 millions € à la fin 2018. Le CHRDS doit rembourser annuellement 3,5 millions €. L'ARS aide ainsi à payer la dette comme elle le fait pour beaucoup d'autres Établissements Public de Santé.

L'EPRD 2019 présenté et validé par l'ARS prévoit un déficit de -2,5 millions € avec un taux de marge brute qui monte à 7 %.

L'EPRD prévoit pour 2023 un déficit qui se réduirait à -1,2 millions € et un taux de marge brute continuant à monter à 8 %.

Cette évaluation favorable est prévisible si et seulement si le CHRDS mène à bien les projets prévus ou déjà engagés, à savoir : projet de psychogériatrie sur Courbevoie, projet de coopération de prise en charge des post-urgences de l'hôpital Foch, développement de la salle de naissance, extension des urgences et la pérennisation des économies faites sur la masse salariale par le PREF.

C'est le secteur MCO et SSR qui sont les plus en déficit. CAMPS (Courbevoie et Colombes) et USLD (Puteaux) sont à l'équilibre depuis déjà un an.

En accord avec l'ARS d'Île-de-France le CHRDS s'est engagé dans une démarche de retour à l'équilibre financier à compter du second trimestre 2017. Les premières mesures sont intervenues à l'issue de l'été 2017 avec quelques effets sur l'exercice.

Au cours de l'exercice 2017 le CHRDS a connu une évolution sensiblement à la hausse de son activité de MCO et dans une moindre proportion de sa valorisation en T2A.

On constate d'une part l'effet en année pleine du transfert de la PMA vers l'Hôpital Foch et d'autre part celui de la fermeture de l'activité d'HAD.

Après la déclinaison de ce PREF sur plus de 3 millions €, le CHRDS a poursuivi ses efforts par la limitation de son déficit, le contenant aux alentours des 2,5 millions € avant aide et comportant 750000 € de correction d'écriture d'amortissement, non réalisé du temps des premières phases de travaux avant 2012.

Dans le cadre des réorganisations liées à la mise en œuvre du PREF, les capacités des services de spécialités médicales et de chirurgies ont connu des variations correspondantes à l'optimisation et mutualisation des moyens et des locaux de ces activités. Cette mutation s'est accompagnée d'une diminution des ressources humaines infirmières et aides-soignantes dans les services concernés mais également au bloc opératoire, lieux qui est concerné au premier plan par ce projet managérial, à savoir, diminution des équivalents temps pleins (ETP) IDE, IBODE et AS en SSPI et bloc opératoire. Les IADE fut épargnés en terme d'ETP, mais doivent combler les manques créés par voie de conséquence en SSPI.

POINTS CLÉS

- Un compte de résultat qui ne sera pas à l'équilibre avant cinq ans.
- Toutefois, le creux se resserre grâce à des projets vertueux.
- Deux secteurs sont déjà à l'équilibre (Puteaux et CAMPS).
- Des subventions en Fond d'Intervention Régional (FIR) prévues par l'ARS pour promouvoir les projets.
- Un PREF peu efficient qui a pris des mesures plus suppressives que basées sur des changements organisationnels.
- Des dépenses en ressources humaines élevées dues à l'appel à de nombreux vacataires (Anesthésiste-Réanimateur et IADE).

1.2.1.5 Place du Centre Hospitalier dans le territoire

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a prévu à son article 107 la constitution au 1^{er} juillet 2016 de Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT).

C'est ainsi que le CHRDS fait partie du GHT des Hauts-de-Seine (GHT 92) depuis 2016, qui touche un peu plus d'un million d'habitants.

Les autres établissements membres du GHT sont le Centre Hospitalier des Quatre Villes situé à Saint-Cloud et Sèvres, le Centre Hospitalier Départemental de Stenay, le Centre Gérontologique « Les Abondances » et la Fondation Roguet (EHPAD) situé à Clichy.

L'établissement support est le Centre Hospitalier des Quatre Villes.

Le CHRDS et son GHT sont soumis à une forte concurrence en raison de l'existence de nombreux Établissements Publics de Santé (dont trois hôpitaux de l'AP-HP : Louis Mourier, Ambroise Paré et Beaujon, et un hors AP-HP : le CASH de Nanterre), deux Établissements de Santé Privé d'Intérêt Public (ESPIC : l'Hôpital Foch et l'Institut Hospitalier Franco-Britannique) et trois privés à but lucratif sur son territoire d'implantation.

On peut toutefois constater une place privilégiée du CHRDS dans les parts de marché de la zone d'attractivité (orientation et/ou choix des patients de la zone territoriale vers les spécialités MCO).

Le CHRDS se trouve en deuxième position sur la zone pour l'obstétrique (après l'Hôpital Louis Mourier). Il se trouve en troisième position pour la médecine et en huitième position pour la chirurgie. Il est notable de préciser que ces taux de parts de marché augmentent constamment depuis 2015⁷.

Le bassin de population est très contrasté et nécessite une offre de soins diversifiée. À l'instar du département des Hauts de Seine, l'ensemble hospitalier multi site que représente maintenant le CHRDS avec une installation répartie dans quatre communes différentes (Neuilly sur Seine, Courbevoie, Puteaux et Colombes) est caractérisé par des données contrastées que ce soit du point de vue de la proportion de personnes âgées (la plus élevée du département à Neuilly-sur-Seine (INSEE 2015⁸) avec 8% de plus de 80 ans contre 5% en moyenne dans le département), des déterminants sociaux très différents entre les différentes communes de la zone ou encore des conditions d'accès aux soins, inégales avec une rive droite de la Seine mieux pourvue en professionnels libéraux que la rive gauche mais suscitant des questions d'accessibilité en raison des tarifs pratiqués.

Ces éléments ne sont pas vécus comme un handicap pour le CHRDS.

En effet, l'établissement a su s'adapter en offrant une palette de soins à tous les âges de la vie.

De même, la quasi-totalité de ses activités est accessible en secteur 1. L'égal accès aux soins est bien un élément attractif. Par ailleurs, compte tenu des taux de fuite habituellement constatés en petite couronne vers Paris intra-muros, les relations tissées avec les établissements de l'AP-HP sont une chance pour l'organisation des parcours de soins dans lequel le CHRDS a toute sa place.

⁷ Sources : Agence Nationale d'Aide à la Performance (ANAP), Hospidiag®
http://hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?_service=hospidiag&_sessionid=/hho3.3HJK6&_port=5197&_program=hd.hospidiag.sas&_debug=0&finess=920026374&tab=1&anfocus=2017 (consulté le 28/02/2019)

⁸ INSEE, dossier complet, département des Hauts-de-Seine
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-92#chiffre-cle-1> (consulté le 28/02/2019)

La patientèle est territorialisée. La zone de recrutement du CHRDS correspond d'ailleurs aux codes postaux ayant généré 85% de son activité 2017. Son activité est donc caractérisée par la proximité avec quelques exceptions notables comme les soins palliatifs et la rééducation.

Dans ce contexte, le CHRDS s'efforce également d'être en phase avec les attendus de la Conférence de Territoire à laquelle il participe.

Le CHRDS est un établissement très ouvert aux coopérations (réseaux ville-hôpital, conventions avec EHPAD, articulation avec les établissements de l'infra territoire pour les disciplines absentes de l'établissement (chirurgie orthopédique, oncologie, niveau 3 en périnatalité).

1.2.1.6 Certification V2014

Le Centre Hospitalier Rives-de-Seine est certifié avec recommandations d'amélioration (**Niveau B**) pour une durée de quatre ans par la décision N°2018.0364/CCES/SCES-31710 du 01/06/2018 de la commission de certification des Établissements de Santé portant sur la procédure de certification de l'établissement suscitée⁹.

Le rapport final de certification du CHRDS n'observe pas de non-conformités majeurs. Il note cinq non-conformités faisant l'objet d'axes d'amélioration prioritaires :

- Gestion du risque infectieux.
- Dossier patient.
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient.
- Management de la prise en charge du patient en endoscopie.
- **Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire.**

Pour ce dernier axe d'amélioration concernant le bloc opératoire, la commission de certification dénonce une non-appropriation de la démarche d'Évaluation des Pratiques Professionnelles, des Revues Morbidité-Mortalité ne répondant pas toujours aux obligations des secteurs à risque.

Le compte qualité est à réactualiser pour l'été 2019. La prochaine visite est prévue en 2021 avec une perspective de certification commune au GHT 92 afin de permettre aux établissements parties du GHT de se doter d'une politique partagée sur la qualité et la sécurité des soins, à savoir, un seul compte qualité, une seule visite et un seul rapport de certification.

1.2.1.7 « Breaking News » concernant le CHRDS¹⁰

Suite à l'impossibilité de combler le déficit du CHRDS malgré de nombreux efforts, l'ARS avait demandé de concentrer l'activité sur deux sites en cédant le site de Puteaux. Cependant, aucun scénario de cession adapté n'est ressorti, notamment du fait de l'absence de titre de propriété du CHRDS sur Puteaux.

Ainsi, le CHRDS et l'ARS ont trouvé un terrain d'entente pour maintenir le site de Puteaux avec un renforcement budgétaire de 3 millions € destiné à alléger le poids de la dette.

Cette subvention inédite s'accompagne d'engagements de déploiement de nouvelles activités gériatriques et de médecine interne. Les soins palliatifs seront développés avec la création d'une équipe mobile.

⁹ Annexe 2

¹⁰ Thomas Quéguiner « Le CH des Rives-de-Seine confirme qu'il ne vendra pas son site de Puteaux » Hospimedia du 08/02/2019 ; <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20190207-finance-le-ch-des-rives-de-seine-confirme> ; consulté le 19/02/2019.

De plus, l'ARS laisse entendre que le prochain financement pluriannuel pourrait obtenir une validation permettant de moderniser le site de Courbevoie pour notamment accueillir une nouvelle unité de psychogériatrie de vingt lits.

1.2.2 Le Département d'Anesthésie-Réanimation, une organisation perfectible

1.2.2.1 Mission d'accompagnement de l'ARS pour optimiser l'organisation du bloc opératoire

Suite aux recommandations d'amélioration V2014, l'ARS a mis en place conjointement avec le CHRDS et un cabinet d'audit une mission d'accompagnement pour optimiser l'organisation du bloc opératoire.

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques au bloc opératoire afin de garantir la sécurité des patients lors de la phase péri-opératoire. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, à une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial global.

1.2.2.2 Médecins Anesthésistes Réanimateurs

En conséquence de départs successifs de Médecins Anesthésistes-Réanimateurs, l'effectif actuel est de quatre et demi ETP sur huit à pourvoir.

Compte tenu de cet effectif médical restreint, et d'une charge de travail grandissante, 50 % des gardes du DAR sont actuellement prises par des Anesthésistes-Réanimateurs extérieurs, de plus en plus difficiles à recruter sur un marché du travail très concurrentiel actuellement (différentiel monétaire et statutaire public/privé). Cinquante Anesthésistes-Réanimateurs sont inscrits sur le logiciel d'anesthésie ! A ce sujet, il est essentiel de rappeler qu'un plateau technique polyvalent et une sécurisation de l'exercice est un élément très attractif de recrutement.

L'objectif incontournable reste le recrutement d'un effectif médical indispensable (sept Anesthésistes-Réanimateurs temps plein et deux temps partiels) dès que possible.

Pour rappel, une liste de garde doit être statutairement constituée de sept à huit ETP avec un temps de travail médical inférieur ou égal à 48 heures par semaine (mais non inférieur à 44 heures).

Un Anesthésiste-Réanimateur assure la prise en charge de deux salles d'opération, hors chirurgie infantile pour des patients de classe ASA de score supérieur ou égal à 3 (« *physical status score* », mis au point par la société américaine des anesthésistes « *American Society of Anesthesiologists* »). Chaque salle est pourvue d'un IADE, et ce, sur un site unique centralisé.

Chaque jour, compte tenu de l'activité, trois Anesthésistes-Réanimateurs sont disponibles sur trois sites d'intervention :

- Un Anesthésiste-Réanimateur en salle de naissance qui assure également la prise en charge pré et post-opératoire des patients hospitalisés, les consultations en urgence, la gestion de la douleur...
- Un Anesthésiste-Réanimateur posté en consultation externe le matin et l'après-midi.
- Un Anesthésiste-Réanimateur posté au bloc opératoire le matin et l'après-midi et qui gère également la SSPI. L'effectif médical de garde incontournable est d'un Anesthésiste-Réanimateur chaque jour.

En ce qui concerne la chirurgie infantile, le DAR impose la présence d'un Anesthésiste-Réanimateur et d'un IADE dédiés par salle. Afin de contribuer à la PDSE le soir jusque 21 heures et le week-end, un Anesthésiste-Réanimateur supplémentaire est d'astreinte de 18 heures à 21 heures et le week-end de 8 heures 30 à 18 heures 30.

1.2.2.3 Infirmiers Anesthésistes

Les départs successifs d'IADE fixes depuis déjà une année et demi amène le nombre d'ETP à cinq et demi ETP sur huit nécessaires. Seulement quatre et demi ETP honorent les gardes. En mai 2019, le départ d'un autre IADE portera le nombre d'ETP pouvant prendre des gardes à trois et demi.

L'auto-remplacement pour les congés annuels et les arrêts de travail divers peut se réguler dès l'existence de huit ETP.

De ce fait, l'obligation de la continuité des soins exige l'appel à de nombreux vacataires (dix-huit IADE vacataires sont inscrits sur le logiciel d'anesthésie et figurent sur le planning). Cette présence sur place est d'autant plus importante en raison de la qualification du niveau du service d'obstétrique (2B).

On constate le même phénomène que chez les Anesthésistes-Réanimateurs, à savoir une mise en tension de la profession IADE sur un marché du travail très concurrentiel au sein du bassin francilien.

Les exigences s'affranchissent, les conditions de travail se négocient au même titre que la rémunération.

Ainsi, malgré des appels à candidature motivés sur le CHRDS, aucune démarche d'embauche en tant que fonctionnaire ou contractuel n'a abouti.

De même, la pénurie de vacataires sur le bassin géographique à obliger le CHRDS à augmenter le tarif horaire de la vacation IADE et fait appel à des professionnels de province.

Les IADE fixes du DAR se trouvent alors confrontés à une hausse de leurs missions transdisciplinaires (gestion des stupéfiants, salle de naissance, logistique, différents comités, multi-vigilances...). Les vacataires s'investissent moins ou omettent certaines de ces missions.

1.2.2.4 Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

Deux ETP d'IDE seulement sont postés en SSPI en 9 heures quotidiennes. L'amplitude d'ouverture de SSPI est de 7 heures 30 à 18 heures 30 trois jours par semaine et de 7 heures 30 à 16 heures 30 deux jours par semaine afin de respecter les trente-six heures hebdomadaires des IDE. Conséquemment aux mesures d'économie du PREF, les vacations infirmières des deux jours qui permettaient de combler les 16 heures 30 - 18 heures 30 ont été supprimés. L'ETP Aide-Soignant de SSPI a été transféré sur le bloc opératoire. Le week-end, la SSPI est fermée.

Les IADE doivent donc prendre en charge la SSPI quand les IDE ont terminé leur service, la nuit et les week-end. Comme évoquée depuis le début de cet exposé, cette organisation actuelle peut engendrer de façon très récurrente des situations à risque ou le parcours du patient en anesthésie est mal sécurisé. Les IADE peuvent être sollicités pour des urgences et des actes en dehors du bloc opératoire central.

1.2.3 Deux services concernés par l'augmentation de l'activité ayant un impact sur l'organisation des soins en anesthésie

1.2.3.1 Le service de gynécologie-obstétrique, perspective de développement et augmentation de l'activité obstétricale

Le CHRDS dispose d'une maternité de type 2B. Les accouchements sont possibles à partir de trente-deux semaines d'aménorrhée, un service de néonatalogie avec des soins intensifs sont obligatoires avec au moins six lits. Un pédiatre doit être présent H24. Neuf ETP de Gynécologues-Obstétriciens et dix-huit et demi ETP de Sages-Femmes sont nécessaires pour assurer la continuité des soins en secteur de salle de naissance, et ce, en auto-remplacement (pour les congés, arrêts de travail...). Le secteur est donc optimisé.

Le nombre des naissances en 2018 a avoisiné les 2700 naissances (+11% par rapport à 2017). Les taux de 15 % de césarienne et de 6 % d'épisiotomie en 2018 permettent de situer le service dans des critères de qualité remarquables (taux national avoisinant les 20% pour les deux actes).

Statistiques des actes en Salle de Naissance au CHRDS 2014-2018					
Année	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de naissances	2354	2338	2453	2431	2680
Nombre accouchements	2298	2289	2408	2377	2646
Taux de césarienne	20,9312	20,017	19,1	19,64	15,3
Nombre HPP	71	71	86	85	88
Nombre Nalador®	nc	nc	52	47	34
% épisiotomie	21,7391	16,703	14,4	9,4	6,11
% déchirure	53,9901	55,11	55,57	62,87	61,1
Nombre extraction	263	283	294	256	297
Nombre accouchement voie basse	1817	1820	1954	1910	2242

(Source : Sage-Femme Coordinatrice d'Unité Florence Blombed CHRDS)

L'augmentation pérenne de l'activité nécessite la création d'une sixième salle de naissance (travaux prévus en juin 2019) afin de répondre aux obligations du Décret de périnatalité avec toutes les obligations dues au dépassement du seuil de 2500 naissances (Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les Établissements de Santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le Code de la Santé Publique et le Décret n° 2003-992 du 16 octobre 2003 relatif aux Établissements de Santé Publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie, la réanimation néonatale ou la réanimation).

L'activité a donc permis le recrutement de personnels supplémentaires (Auxiliaire de Puériculture, Sage-Femme et le poste d'une Sage-Femme coordinatrice en salle de naissance), la réorganisation des consultations avec notamment de nouvelles salles de consultation au sous-sol de l'Hôpital.

Le secteur de néonatalogie bénéficie d'une unité de soins intensif permettant d'assurer la prise en charge in situ des femmes présentant des grossesses à bas comme à haut risque (en lien avec la cellule de transfert in utéro).

En ce qui concerne la chirurgie gynécologique, l'équipe de chirurgiens est stabilisée et permet offrir des soins de qualité en secteur 1 dans le cadre de la chirurgie fonctionnelle.

Un virage ambulatoire a été pris avec une prise en charge des actes marqueurs en chirurgie ambulatoire dans une unité dédiée. En plus des chirurgies pour pathologies bénignes réalisées (hystérectomies, myomectomies, conisations, kystectomies ovariennes ...), trois axes ont été privilégiés ces deux dernières années. L'orthogénie fait partie des orientations du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens. Pour cela il existe une consultation ciblée pour l'orthogénie avec un délai de rendez-vous le plus court, une mise à jour régulière de la plateforme FRIDA (Projet Régional pour Favoriser la Réduction des Inégalités d'Accès à l'Avortement).

Une unité de pelvipérinéologie avec bilan urodynamique et consultation spécialisées pour la prise en charge de l'incontinence urinaire féminine et des prolapsus. Une grosse offre d'hystéroscopies diagnostiques en consultations est source de nombreux recrutements chirurgicaux.

Le GHT 92 a permis un renforcement du partenariat entre le Centre Hospitalier des Quatre Villes et le CHRDS dans le cadre de la gradation des soins en anténatal et post-natal avec une orientation privilégiée vers le CHRDS des femmes enceintes et des nouveau-nés nécessitant des soins relevant d'une Unité de Soins Intensifs.

1.2.3.2 Le service de chirurgie viscérale, augmentation de l'activité et PDSE

Le service de chirurgie générale, viscérale et urologique du CHRDS offre seize lits d'hospitalisations et partage six places d'ambulatoire avec le service de gynéco-obstétrique et d'endoscopie. Il compte actuellement trois et demi ETP chirurgicaux.

Il a connu depuis deux années des mutations importantes avec notamment le départ de trois chirurgiens. Le taux d'occupation des salles d'intervention et l'activité auraient dû connaître une chute inéluctable. Paradoxalement, l'activité fut stable et l'attente de l'arrivée de chirurgiens remplaçants laisse présager une augmentation flagrante de l'activité chirurgicale (Cf. annexe 4).

Activités chirurgicales CHRDS 2017-2018

Somme de Nombre d'interventions		Année	Mois												Total 2017		2018		Total 2018							
			2017												Janvier	Février	2018	Janvier		Février						
Service	Médecin	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre			
Chirurgie Générale et Digestive		114	105	114	102	110	119	93	58	92	91	81	1079	98	77	90	94	97	99	83	57	66	114	91	966	
Chirurgie Gynécologique		106	75	102	81	97	71	84	75	88	83	86	948	86	66	80	79	73	87	92	57	89	96	83	888	
Chirurgie Rhinologique		4	2	7	4	6	6	3	3			9	5	49	7	3	6	5	6	7			3	5	10	52
Chirurgie Urologique		9	10	4	4	1				1	6	4	8	47	6	3	9	3	4	6	10	4	5	6	62	
Endoscopies Digestives sous AG		42	33	42	33	32	33	31	23	37	38	52	396	23	29	25	31	33	23	28	13	29	32	23	289	
Total général		275	225	269	224	246	229	211	160	223	225	232	2519	220	178	210	212	213	222	213	131	192	253	213	2257	

La chirurgie bariatrique se pérennise avec un renouvellement de l'autorisation de l'ARS. Un partenariat voit le jour pour la chirurgie carcinologique avec l'Insitut Hospitalier Franco-Britannique de Levallois-Perret.

Le partenariat avec l'Hôpital Foch permet le développement de l'activité urologique avec un projet médical partagé.

L'organisation précédente des soins, notamment du DAR, ne permettait pas aux chirurgiens d'opérer le soir, la nuit et le week-end, sauf cas d'urgences vitales. En effet, une seule équipe d'anesthésie était présente en garde et le week-end. L'absence d'aide-opérateur disponible le soir et le week-end était un facteur aggravant.

Certains patients étaient alors adressés vers un autre établissement faute de possibilités in situ en fonction du degré d'urgence et de l'heure ou du jour d'arrivée.

Pour contrecarrer cette situation problématique, une décision conjointe entre le CHRDS et l'ARS d'Île-de-France a été prise afin de participer à la Permanence Des Soins des Établissements de santé (PDSE). Le CHRDS a dû adapter son organisation en urgence pour prendre en charge les patients le soir et le week-end.

C'est ainsi qu'un deuxième Anesthésiste-Réanimateur est présent actuellement jusque 21 heures et le week-end. Une astreinte IBODE est prévue le week-end en journée.

Il n'y a pas d'Infirmier Anesthésiste supplémentaire pour assurer la permanence des soins, alors que les horaires de SSPI sont restés identiques à la situation précédente.

Ce changement fait partie des ingrédients aboutissants à l'usure professionnelle et au conflit dénoncés par l'équipe des Infirmiers Anesthésistes.

AU TOTAL

- Un Centre Hospitalier unique mais multi-sites, résultat de la fusion de quatre Établissements Publics de Santé, rationalisé en 2016 sous un nom commun : Rives-de-Seine.
- Un Établissement en changement constant, entraînant des incertitudes chez les acteurs, mais qui démontre un vrai dynamisme.
- Un bilan financier mitigé qui converge vers la stabilisation, un PREF peu contributif, des projets ambitieux motivés par des subventions FIR de l'ARS.
- Le CHRDS n'est pas le chef de file de son GHT, qui d'ailleurs est peu efficient. Il s'ouvre donc à diverses coopérations sur le territoire, soutenues par l'ARS.

- Un mouvement d'insatisfaction de l'équipe IADE avec un sentiment de carence de reconnaissance, départs et intentions légitimes de quitter le CHRDS.
- Un parcours de soins en anesthésie ressenti comme mal sécurisé conséquemment à une augmentation d'activité en obstétrique et à la mise en place de la PDSE en chirurgie.
- Une SSPI aux horaires versatiles, fermée la nuit et le week-end, ouvrable par l'IADE de garde si besoin.
- Des IADE très sollicités mais souvent non disponibles.
- Une profession tendue sur un marché du travail francilien noyé d'offres avec des possibilités de mobilités illimitées (FPH, ESPIC, privé, vacances).
- Une attractivité concurrentielle des établissements en pénurie d'IADE (rémunération comme conditions de travail).

2 Problématique managériale

2.1 Garantir un parcours patient en anesthésie sécurisé

La situation critique ainsi identifiée doit trouver de façon urgente une issue favorable, ou au moins aboutir à une limitation de la fuite des professionnels de l'anesthésie. Un défaut de reconnaissance associé à une organisation jugée insécurisée a abouti à une fatigue professionnelle inévitable.

Il convient de réfléchir à une stratégie qui inverserait rapidement le phénomène.

C'est en se positionnant comme expert-consultant sur le plan anesthésique et organisationnel que ce projet s'articule. Il paraît alors essentiel de collaborer efficacement avec les sphères hiérarchiques et fonctionnelles. Il s'agit non seulement de manager un changement organisationnel mais aussi de conquérir l'approbation, le soutien et la collaboration des managers et des équipes concernées par la situation problématique.

Les différentes identités et cultures professionnelles concernées par le projet sont à la fois des freins et des alliés.

IBODE, cadre IBODE, IDE de bloc opératoire, IDE de SSPI, Sages-Femmes et SF coordinateurs d'unité, AS, AP, Médecins gynécologues-obstétriciens, Anesthésistes-Réanimateurs... sont autant de collaborateurs associés au projet qui permettront un appui argumenté auprès de la direction pour l'allocations de moyens.

En tant qu'expert-consultant, l'identification d'une situation critique n'est pas suffisante. Il faut la comprendre.

Le domaine de l'anesthésie est réglementée autant que son exercice. Ce contexte réglementaire n'est pas statique car il doit s'adapter également aux situations, d'où l'existence des jurisprudences. La législation a évolué par jurisprudence.

Dans ce cas, il faut s'approprier en quelque sorte la méthode Delphi des experts en marketing. Il faut expliquer aux différents acteurs l'urgence d'une situation, sa genèse, ses conséquences directes sur leur quotidien et leurs pratiques elles-mêmes. Il faut se nourrir des arguments intransigeants que nous donne la réglementation et les recommandations des experts. Un consensus convergera vers le point central : assurer la sécurisation d'un parcours de soin particulier, celui de l'anesthésie. La valorisation de l'équipe IADE n'en est pas moins satellite car permettra d'accéder à un niveau supérieur de qualité, indicateur d'amélioration des conditions de travail et d'attractivité du secteur.

2.2 L'anesthésie : une discipline juridiquement encadrée

Dans un premier temps, il convient de faire un focus sur la réglementation (issue des textes législatifs) et des recommandations (issues des sociétés savantes et des consensus d'experts) et ainsi valoriser et recadrer l'exercice de l'anesthésie dans un contexte particulier soumis à une évolution d'activité.

2.2.1 Sécurité en anesthésie

2.2.1.1 Réglementations

La référence réglementaire en anesthésie est le « Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le CSP ». Très attendu par les professionnels, Il fut la conséquence d'un rapport du Haut Comité de la Santé Publique, secondairement à une enquête de l'INSERM sur les accidents en anesthésie (1983). À part les recommandations de la SFAR, le législateur ne prodiguait que peu de réglementations en matière d'obligations en anesthésie. Les conséquences furent immédiates notamment pour la consultation pré-anesthésique à l'avance et la création des nouvelles SSPI équipées réglementairement.

Le but de ce rappel réglementaire n'est pas d'énumérer les obligations d'équipement des sites d'anesthésie et de surveillance post opératoire, mais d'identifier, à l'instar de la publication du Pr. André Lienhart¹¹, ce qui à changer vingt années après ce Décret¹². Il affirme, étayé par les enquêtes SFAR-CépiDc-INSERM¹³, que ce Décret « *a permis à la profession d'obtenir une maîtrise suffisante de son environnement et, grâce à cela, d'être leader en matière de sécurité des soins : le seul fait d'avoir raison ne suffit pas, une stratégie concertée est nécessaire* ».

Une œuvre syndicale d'Anesthésistes-Réanimateurs¹⁴ montre que la profession s'est battue, a fait des efforts incommensurables pour promouvoir la sécurité en anesthésie. La réglementation n'a jamais été imposée à la profession. C'est la profession qui la générée.

Cet argument est majeur dans la mise en relief d'une identité professionnelle puissante en termes de préoccupation sécuritaire, tant de la part des médecins que des auxiliaires médicaux.

D'ailleurs, le Décret 2017-316 du CSP du 10 mars 2017 relatant les conditions d'exercices et les actes infirmiers relevant de la compétence des IADE va dans ce sens. Il met en valeur, bien que de façon assez ambiguë, l'habilitation aux IADE « *la pratique de l'anesthésie générale, l'anesthésie locorégionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un Médecin Anesthésiste-Réanimateur, réanimation péri opératoire* » sous conditions que le Médecin Anesthésiste-Réanimateur soit présent sur site et puisse intervenir à tout moment, et ait examiné le patient auparavant et établit une stratégie anesthésique.

La collaboration entre les deux professions est serrée, indissociable et nécessaire. La SFAR préconise de surcroît l'induction et le réveil anesthésique à « quatre mains », soit, en binôme, toujours dans un but sécuritaire.

La réglementation est venue d'une volonté professionnelle. Elle s'étoffe au fil des années et des évolutions par les recommandations des Sociétés et Instances professionnelles.

2.2.1.2 Recommandations des Sociétés et des Instances Professionnelles

Il s'agit ici de préciser les recommandations en ce qui concerne la SSPI. C'est entre autre ce lieu de surveillance qui pose problème dans ce projet managérial.

¹¹ Pr. A. Lienhart, DAR, Hôpital Saint Antoine, Université Pierre et Marie Curie, Paris.

¹² A. Lienhart ; Décret sur la sécurité anesthésique : 20 ans après ; Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, volume 13, numéro 12 ; décembre 2014 ; Elsevier Masson ; pages 615-616.

¹³ A. Lienhart et al ; La mortalité anesthésique en France : résultats de l'enquête Sfar-CépiDc-Inserm ; InVs, BEH n° 14, 10 avril 2007.

¹⁴ Club de l'histoire de l'anesthésie et de la réanimation ; La sécurité en anesthésie, analgésie, réanimation, Samu, Notre histoire, de 1945 aux années 2000 ; Glyphe Paris, pages 279-285, 2014.

La Société Française des Infirmiers Anesthésistes (SOFIA) nous rappelle dans un article¹⁵ que « *dans le contexte actuel où les maîtres mots sont : accréditation, qualité de soins, sécurité, il semble important de répondre aux interrogations des professionnels de santé sur le concept lié à l'organisation et au fonctionnement des SSPI en tenant compte de l'évolution des textes réglementaires et de la réalité du terrain* ».

Cet article fait une analyse rétrograde de tous les textes réglementaires et des recommandations (SFAR 1990¹⁶) dont il n'est pas nécessaire de présenter ici, mais juste d'en tirer les éléments significatifs.

En SSPI, le patient bénéficie d'une surveillance clinique et instrumentale constante et adaptée à son état. L'article D 6124-101 du Code de la Santé Publique indique que pendant sa durée d'utilisation, toute SSPI comporte en permanence au moins un IDE formé à ce type de surveillance, si possible IADE, placé sous responsabilité d'un Médecin Anesthésiste-Réanimateur. La présence d'un IADE en SSPI est recommandée mais pas obligatoire dès lors qu'est présent un (ou plusieurs en fonction du nombre de patients présents) IDE formé spécialement¹⁷ à ce type de surveillance. « *Le personnel présent en SSPI est affecté exclusivement à cette SSPI pendant sa durée d'utilisation : il n'est donc pas possible qu'ils soient appelés simultanément dans un autre secteur* »¹⁸.

Il convient de préciser qu'une Sage-Femme peut effectuer une surveillance post interventionnelle (anesthésie générale ou locorégionale pour révision utérine notamment) si et seulement si l'accouchement fut en voie basse. Elle n'a pas la compétence pour surveiller une césarienne en post opératoire immédiat.

2.2.2 La salle de naissance un milieu à risque qui doit être sécurisée

2.2.2.1 Rôle des Décrets de Périnatalité

Le Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998, désormais articles D. 6124-35 et D. 6124-63 du CSP est relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les Établissements de Santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale.

Ce Décret impose que pour les unités réalisant plus de 1500 naissances par an, la présence médicale doit être assurée par : « *un gynécologue-obstétricien tous les jours de l'année, H24, dans l'unité d'obstétrique ; un Médecin Anesthésiste-Réanimateur présent tous les jours de l'année, H24, dans l'établissement de santé, sur le même site, en mesure d'intervenir dans l'unité d'obstétrique dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ; si l'unité réalise plus de 2000 naissances par an, le Médecin Anesthésiste-Réanimateur est présent tous les jours de l'année, H24, dans l'unité d'obstétrique* » (Art. D.712-84).

Ainsi, le Gynécologue-Obstétricien et le Médecin Anesthésiste-Réanimateur sont dédiés spécifiquement à l'activité obstétricale et doivent être prêts à intervenir en cas de situation à risque pour la mère ou l'enfant. L'expression « sans délai » n'est pas mentionnée explicitement mais est suggérée. Pour mémoire, en cas de césarienne « code rouge », l'enfant doit être extrait au maximum quinze minutes après le diagnostic. L'équipe au complet doit donc être à même d'intervenir pour respecter ce délai de quinze minutes.

¹⁵ Arnaud Bassez ; Salle de Surveillance Post-Interventionnelle, extubation par IDE, qui fait quoi en SSPI, 2 mai 2009 ; <https://sofia.medicalistes.fr/spip/spip.php?article479> ; consulté le 15-03-19.

¹⁶ SFAR ; Recommandation concernant la surveillance et les soins post-anesthésique ; septembre 1990.

¹⁷ Arrêt n° 13-21607, Cours de Cassation du 10 décembre 2014.

¹⁸ Stéphanie Tamburini, juriste, MASCF ; Qui fait quoi en salle de réveil ; <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Actes-de-soins-technique-medicale/qui-fait-quoi-en-salle-de-reveil-anesthesie> ; MAJ 12-11-18, consulté le 15-03-19.

La pratique d'interventions autres que les interventions obstétricales en heure de garde, dès lors qu'il n'y a plus qu'un seul IADE, un seul Anesthésiste-Réanimateur et un seul IBODE, est tributaire de l'activité et des urgences obstétricales. De plus les parturientes césarisées sans ou avec complications du post-partum doivent bénéficier d'une surveillance permanente en SSPI par du personnel formé. Une césarienne ne peut pas retourner en salle de naissance sous la surveillance d'une Sage-femme (Art. D.712-81).

Ce Décret, assez précis en termes de moyens, d'effectifs et d'infrastructure est malgré tout lacunaire en ce qui concerne l'anesthésie en secteur obstétrical. Effectivement il ne mentionne que l'obligation en présence et en exclusivité du Médecin Anesthésiste-Réanimateur en salle de naissance. Qu'en est-il de l'équipe complète d'anesthésie, l'IADE, le personnel de SSPI ? Le Décret s'en reporte au Décret du 5 décembre 1994 sur l'anesthésie. Il serait judicieux de croiser les deux Décrets, et de voir ce que les Sociétés Savantes préconisent, notamment à partir des études sur la morbi-mortalité en obstétrique et l'évolution des maternités françaises depuis 1998. En effet, l'évolution du paysage des maternités françaises s'est faite vers le regroupement des structures et les réseaux de soins périnataux. Le nombre croissant d'accouchements pour une même structure induit une charge croissante de travail en anesthésie-réanimation programmée ou urgente avec des réseaux de périnatalité qui conduit les maternités à accueillir des patientes nécessitant des prises en charges de plus en plus complexes.

2.2.2.2 Recommandations des Sociétés Savantes

Les résultats de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles 2010-2012 (ENCMM)¹⁹, a fait l'objet d'une publication à la SFAR en 2018 sur les décès liés à l'anesthésie-réanimation²⁰. La mortalité maternelle liée à l'anesthésie-réanimation a représenté sur la période 2010-2012, 2% de la mortalité maternelle. L'implication est non changée quantitativement par rapport à la période 2007-2009. Parmi les sept décès maternels analysés, les complications anesthésiques étaient la cause principale du décès et pour les deux autres, une cause associée au décès. Dans tous les cas, des erreurs stratégiques de prise en charge et de délai ont été évoqués.

Le secteur de la naissance est un secteur à risque qui est sécurisé mais qui pourrait l'être encore plus.

Une étude publiée en 2018 par la SFAR démontre l'impact de la mise en place d'une permanence de soins infirmiers anesthésistes en secteur de naissance sur la qualité de l'anesthésie-réanimation et analgésie obstétricale²¹. Cette étude nous décrit la mise en place d'une permanence IADE en secteur de naissance en sus de l'équipe médicale (Anesthésiste-Réanimateur et interne) d'une maternité de recours maternel régional de type 3. Les acteurs de l'anesthésie contribuent à la sécurité et à l'humanité de la prise en charge des parturiente (analgésie obstétricale). L'IADE qui seconde l'Anesthésiste-Réanimateur et par son Décret d'exercice du 10 mars 2017, est le seul habilité à pratiquer des actes anesthésiques sous contrôle d'un Médecin Anesthésiste-Réanimateur pouvant intervenir à tout moment. Cette compétence des IADE a progressivement évolué et a été sollicitée au sein des salles de naissance en France pour compléter l'équipe et répondre à l'augmentation du volume et de la complexité

¹⁹ Inserm 1153-Equipe EPOPé ; <http://www.epopé-inserm.fr/grandes-enquetes/enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles> ; consulté le 12-02-19.

²⁰ D. Chassard ; Mortalité liée à l'anesthésie-réanimation. Résultat de l'ENCMM, France 2010-2012 ; Anesthésie & réanimation, SFAR, Elsevier Masson ; Janvier 2018, Volume 4, Numéro 1, pages 75-79.

²¹ E. Ranvier-Davelu, L. Reumaux, B. Tavernier, P. Richt, A.S. Ducloy-Bouthors ; Impact de la mise en place d'une permanence de soins infirmiers anesthésistes en secteur de naissance sur la qualité de l'anesthésie-réanimation et analgésie obstétricale ; Anesthésie & Réanimation, Septembre 2018 ; SFAR, Elsevier Masson 2018 ; Volume 4, Numéro 5, pages 366-369.

des actes d'anesthésie-réanimation obstétricaux. Des indicateurs ont été sélectionnés et analysés avant et après la mise en place de la permanence IADE. Ils démontrent une meilleure traçabilité des actes d'analgésie (+50%), de la qualité et adaptabilité de l'analgésie (+32%), un délai décision-extraction réduit de trois minutes en code rouge sous anesthésie générale, une traçabilité des mesures de réanimation maternelle bien meilleures (+42%). Enfin, l'enquête montre que la présence IADE avait favorisé le partage d'information avec les Sages-Femmes et avait amélioré et valorisé le travail de l'IADE en salle de naissance.

Au final, cette étude souligne l'importance de la place de l'IADE dans cette organisation particulière qu'est la salle de naissance. L'activité en anesthésie-réanimation obstétricale non programmée y est pour beaucoup, à savoir, la survenue potentielles d'actes d'anesthésie-réanimation urgents concernant plusieurs patientes simultanément ou la survenue d'une complication maternelle sévère. L'IADE doit être dédié à ce secteur ou tout au moins disponible et non être monopolisé par une autre activité qu'il ne peut pas quitter (SSPI).

Une autre publication de 2016 a été fondamentale pour l'organisation de l'anesthésie-réanimation obstétricale²². Le texte a été validé par le conseil d'administration de la SFAR le 11 décembre 2015 avant sa publication est fait acte de véritables recommandations professionnelles. Il a un impact d'autant plus fort qu'il est la résultat consensuel d'un groupement d'expert : Club d'Anesthésie-Réanimation en Obstétrique (CARO), le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (GNGOF), le Collège National des Sages-Femmes (CNSF), le collectif IADE et la Société Française de Néonatalogie (SFN). On ne peut pas faire plus holistique dans un groupe d'expert. L'objectif de cette publication est de mettre à jour les recommandations sur l'anesthésie obstétricale éditée par la SFAR en 1992. Ces recommandations sont formalisées à partir des textes réglementaires, d'autres recommandations professionnelles et des avis d'experts des corps de métiers concernés, afin de contribuer à la réduction de la morbidité maternelle.

Ces recommandations concernent les locaux, les équipements et le matériel, le personnel, les effectifs, la permanence des soins, le parcours de soins et les procédures, la qualité des soins, la formation et l'évaluation.

Dans cet exposé, il convient de sélectionner ce qui sera primordial pour l'argumentation du projet : des valeurs d'accord fort et des dispositions légales.

*« Il est recommandé que la surveillance post anesthésique de la parturiente s'effectue au sein d'une SSPI (après anesthésie pour césarienne ou gestes obstétricaux) en continue et réalisée par du **personnel dédié et formé**. »*

*« Il est recommandé que la surveillance post- anesthésique de la parturiente s'effectue soit au sein d'une **salle de surveillance post- interventionnelle située à proximité de la salle d'intervention dédiée aux césariennes ou dans une SSPI centralisée (avec du personnel dédié et formé, présent 24h/24)**, soit dans la salle de travail où a eu lieu l'acte d'anesthésie, dans la mesure où elle est réalisée par du **personnel dédié et formé**. »*

« Au-delà de 2000 accouchements par an, l'équipe d'anesthésie-réanimation comporte un nombre de personnel soignant suffisant pour assurer l'activité habituelle et dispose d'une organisation écrite, connue et validée de renfort ponctuel (charte de fonctionnement ou procédure). »

²² A.S. Docloy-Bouthors, J. Tourres, J.M. Malinovsky, pour le groupe d'experts de la SFAR et des sociétés et groupements professionnels associés ; Organisation de l'anesthésie-réanimation obstétricale ; Mai 2016 ; Anesthésie & Réanimation ; SFAR ; Elsevier-Masson 2016.

« Il est recommandé que cette organisation de la surveillance post- anesthésique soit prévue et écrite dans la charte du secteur de naissance selon le mode de fonctionnement optimal pour la sécurité de la patiente dans la structure. »

Ces recommandations sont des supports aux professionnels de l'anesthésie-réanimation dans le but d'assurer la qualité et la sécurité des soins d'anesthésie-réanimation obstétricale. Elles doivent être intégrées à la charte de fonctionnement du secteur de naissance écrite dans chaque établissement. La concentration des structures d'obstétrique et la complexification des pathologies nécessitent de mettre à disposition des équipes les moyens complémentaires nécessaires humains et matériels.

2.2.2.3 Recommandations de la Haute Autorité de Santé

Dans la certification des Établissements de Santé V2014, le secteur de naissance est intégré aux secteurs d'activité à risque qui a le statut de pratique exigible prioritaire. Ainsi, une culture organisationnelle et une démarche de la qualité et de la sécurité des soins doivent y être encore plus développées. La collaboration interprofessionnelle en est la clé.

Dans son guide méthodologique de mars 2014 « *qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance* »²³, la Haute Autorité de Santé impose que l'organisation des activités en secteur de naissance doit être décrite dans une charte de fonctionnement ou dans un projet de pôle qui inclut l'organisation de l'anesthésie-réanimation. L'organisation du secteur doit tenir compte du nombre d'accouchement mais aussi des périodes de suractivité. La charte doit être revue tous les deux ans. Elle est coordonnée et compatible avec le fonctionnement général des secteurs interventionnels de l'établissement.

Au chapitre 2, sous-chapitre 2.2.5 (page 12) du guide il est précisé en plus des exigences réglementaires que : « *les conditions pratiques d'application et d'organisation des soins d'anesthésie-réanimation obstétricale sont précisés dans les recommandations formalisées d'experts de la SFAR auxquelles les Obstétriciens et la Sages-femmes ont été associés par la représentation de leurs collègues* ».

La HAS se repose donc sur les recommandations en anesthésie-réanimation obstétricales publiées par le groupement d'expert, ce qui les rend opposables.

En effet, suite à une prise en charge défaillante ayant causée un décès maternel, un Tribunal de Grande Instance s'est récemment appuyée autant sur les réglementations que sur les recommandations pour rendre son Arrêt.

2.2.2.4 Jurisprudence du 30 juin 2017 du Tribunal de Grande Instance de Bobigny²⁴

Une parturiente est décédée dans un Établissement Public de Santé (Seine-Saint-Denis) n'ayant pas prévu de présence continue de personnel soignant en SSPI du bloc obstétrical et a été jugé coupable d'homicide involontaire et condamné au versement d'une amende.

L'absence de personnel spécifiquement dédié à la SSPI au-delà de 16 heures a constitué selon le juge un défaut d'organisation du service. La surveillance post opératoire des patientes était dans cet établissement soumise, en dehors de ces

²³ Service développement de la certification, HAS ; Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance, guide méthodologique de certification, mars 2014. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf ; consulté le 14-02-2019.

²⁴ M. Dima, juriste, MACSF ; SSPI du bloc obstétrical : présence continue d'un infirmier indispensable ! <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Analyses-de-decisions/sspi-bloc-obstetrical-presence-infirmier> ; MAJ 07-12-2018 ; 14-02-2019.

heures, aux aléas de l'activité et à la disponibilité des personnels du secteur d'anesthésie (IADE). Or, les textes imposent une surveillance continue des patients après une intervention chirurgicale.

Ainsi, un établissement ne prévoyant pas une présence infirmière continue en SSPI au sein du service de maternité ne respecte pas selon le Tribunal les conditions de sécurité réglementairement requises et prive ses patientes d'une surveillance adaptée à leur état de santé. Il s'agit d'une importante « **carence organisationnelle** ». L'établissement a été déclaré coupable d'homicide involontaire et condamné au paiement d'une amende de 20000€.

Le but ici n'est pas de relater toute l'anamnèse qui a amené au décès de cette parturiente en SSPI, mais juste de présenter les arguments du juge qui s'appuient bien entendu sur les textes réglementaires et les recommandations qui ont été largement décrits précédemment. Ce qui est important, c'est l'interprétation qu'en a fait le juge en cas de manquement, et la jurisprudence qui en découle.

Le Tribunal relève que « *force est de constater qu'un établissement de cette taille et avec une telle activité (plus de 2.000 naissances par an enregistrées) ne disposait d'aucun infirmier affecté à la SSPI du bloc de maternité au-delà de 16h. La seule infirmière anesthésiste présente dans l'hôpital était retenue au bloc central et aucune consigne n'a été donnée pour pallier ce « manque criant de personnel »* ».

« *Seules des sages-femmes, nonobstant le fait qu'elles ne soient pas habilitées au suivi des opérations chirurgicales, pouvaient veiller sur les patientes ayant subi une intervention* ». Or, les juges rappellent qu'il ne relève pas du champ de compétence de la Sage-Femme de surveiller les suites d'un accouchement par césarienne.

« *Si la SSPI avait été dotée de personnel dédié, la vie de la patiente aurait dû être sauvée* ». En effet, le Tribunal considère que « *outré le fait que la présence continue d'une infirmière aurait permis de corriger la portée des décisions du [médecin anesthésiste], les prélèvements nécessaires auraient été, sans aucun doute, réalisés et acheminés. L'infirmier aurait pu poser un cathéter et réaliser tout acte médical invasif, et les médecins auraient pu être avisés plus tôt de la dégradation de l'état de santé de cette patiente* ».

Cet Arrêt de justice, faisant jurisprudence a posteriori a eu un effet majeur dans le milieu de l'anesthésie-réanimation obstétricale et a permis de mettre en relief de façon certes dramatique, l'obligation de respecter autant les textes réglementaires que les recommandations professionnelles. Une présence infirmière en continue est obligatoire au sein d'une SSPI accueillant une activité obstétricale.

À RETENIR

- La pratique de l'Anesthésie-Réanimation est juridiquement très encadrée.
- Le Décret de référence du 5 décembre 1994 a permis d'uniformiser les pratiques et de diminuer très largement la morbi-mortalité péri-opératoire.
- Les IADE sont des acteurs indispensables à la sécurisation des parcours anesthésiques et sont les seuls habilités à pratiquer l'anesthésie sous responsabilité d'un Médecin Anesthésiste-Réanimateur.
- Cette discipline évolue sans cesse pour sécuriser les pratiques par recommandations, procédures et protocoles. Les publications savantes sont riches.

- Le secteur de la naissance est un secteur à risque (critères de la HAS et des Sociétés Savantes).
- L'Anesthésie-Réanimation Obstétricale est tributaire du Décret de périnatalité en termes de ressources humaines médicales.
- Les IADE sont les oubliés de ces textes.
- Des Études publiées ont démontré l'importance de l'IADE dans la qualité et la sécurisation des soins en anesthésie, réanimation et analgésie obstétricale.
- Un collectif pluri-professionnelle Médecin Anesthésiste-Réanimateur, IADE, Gynécologues, SF et Néonatalogistes publie des recommandations professionnelles en faveur de l'obligation d'une SSPI en secteur obstétrical ouverte par un personnel infirmier formé et dédié.

- Un Arrêt du TGI de Bobigny du 30 juin 2017 et faisant jurisprudence, impose la présence indispensable en continue d'un infirmier en SSPI obstétricale.

3 L'enjeu managérial : accompagner les professionnels et les managers dans l'élaboration d'une organisation sécurisée.

3.1 La psychosociologie du travail, un levier de compréhension de la situation

3.1.1 De l'insatisfaction à la souffrance au travail : une causalité organisationnelle

De nombreux psychologues et sociologues évoquent la satisfaction au travail, depuis les indicateurs qui permettent de l'apprécier jusqu'aux méthodes qui l'évaluent. Des revues de littérature sur la satisfaction au travail sont conduites par des unités de recherches universitaires ou des comités régionaux de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité de vie au travail.

Jacques Igalens²⁵ définit de façon synthétique en 1999²⁶ la satisfaction au travail comme : « *une réponse émotionnelle positive résultant de l'évaluation du travail ou des expériences de travail [...], un concept dynamique. C'est une perception instable qui évolue en fonction des expériences mais aussi en fonction des attentes du salarié qui peuvent se modifier tout au long de sa vie.* »

Rebiha Meyssonier et Alain Roger²⁷ s'appuient sur cette définition et partent du postulat que ce concept traduit une dynamique qui évolue en fonction des besoins et des attentes de l'individu. Cette dynamique résulte d'une évaluation entre ce que ce dernier attend de son travail et de ce qu'il en perçoit et se traduit par un état émotionnel.

L'insatisfaction serait-elle pour autant le phénomène psychosociologique directement inverse, ou plutôt, un état observé depuis un autre angle ?

Le phénomène d'insatisfaction est une notion beaucoup plus tranchée, évoqué que depuis récemment, à l'instar de Christophe Dejourné qui dénonce la « Souffrance en France »²⁸. Loin de superposer les concepts mentionnés dans cet ouvrage aux problématiques rencontrées par les professionnels dont ce projet fait l'objet, le but est de mener une réflexion sur ce qu'est l'insatisfaction au travail, pourquoi elle peut mener à une vraie souffrance et à l'intention de quitter son employeur. C'est-à-dire : comment arrive-t-on à des situations péjoratives pathogènes ?

Il y a un effet direct du sentiment de perte de sens au travail sur l'insatisfaction.

L'implication organisationnelle dans ce cas est certaine et expose le professionnel à l'intention de départ.

Yves Clot et Michel Gollac²⁹ mettent en relief cet argument. Le sentiment de mal-être au travail entraîne du stress, de la fatigue, des risques psycho-sociaux, tels les symptômes d'une vraie pathologie. La quête du bien-être au travail est une condition obligatoire d'un développement personnel et professionnel vertueux. Yves Clot nous

²⁵ Jacques Igalens, enseignant-chercheur français, spécialisé dans la gestion des ressources humaines et de la responsabilité sociale des entreprises.

²⁶ J. Igalens ; Satisfaction au travail ; Encyclopédie de la gestion et du management ; Éditions Dalloz, Paris ; 1999 ; pages 1246-1247.

²⁷ R. Meyssonier et A. Roger : XVII^{ème} Congrès de l'AGRH, IAE de Lille et Reims Management School ; L'impact du cocooning organisationnel et des opportunités d'emploi sur le lien entre satisfaction au travail et intention de quitter » ; Reims ; 16 et 17 novembre 2006.

²⁸ Christophe Dejourné ; Souffrance en France ; Éditions Points ; Paris ; 2009, 2014.

²⁹ Yves Clot, Michel Gollac ; Le travail peut-il devenir supportable ; Éditions Armand Collin ; Paris, 2014, 2017.

dit que la santé au travail est en danger lorsque l'on ne peut plus prendre son travail à cœur. Il convient d'adapter le travail et non l'individu. Le but étant de limiter les risques au travail, il faut travailler sur les organisations et non sur les individus. Ce sont les dysfonctionnements organisationnels qui entraînent une surcharge émotionnelle. Les organisations apprenantes peuvent ainsi redonner le sentiment de travail bien fait en impliquant les professionnels dans leurs élaborations. Par la « clinique de l'activité », c'est-à-dire en agissant sur son activité pour retrouver ce à quoi on aspire, on peut redéfinir des critères de qualité au travail par controverse. Cette controverse ou « dispute professionnelle » comme le nomme Yves Clot et Michel Gollac, permet de valoriser le conflit et de déboucher sur un compromis, un engagement bilatéral pour améliorer les conditions de qualité et de santé au travail. Il ne faut pas perdre de l'esprit que les professionnels les plus employables partent en premier. Il faut prévenir les risques psychosociaux et d'usure professionnels en travaillant sur les organisations.

« *On ne peut pas soigner l'individu sans soigner le travail* », (Yves Clot, 2010)³⁰.

Pour recentrer le phénomène sur les organisations soignantes, l'ouvrage d'un collectif de chercheurs des Mines Paritech³¹ superpose les concepts de psychosociologie du travail au milieu très spécifique des Établissements de Santé.

Les chercheurs démontrent que la nouvelle gouvernance des Établissements de Santé avec la loi dite « Hôpital-Patient-Santé-Territoire » de 2009 a été une étape cruciale. « *La maîtrise des ressources utilisées a été un enjeu qui a beaucoup guidée les réformes et les transformations associées, dans un contexte général de contingentement fort des dépenses publiques et ce bien avant la crise de ces dernières années. Aujourd'hui, de nombreux établissements de santé ont mis en place avec les autorités de tutelles des contrats de retour à l'équilibre financier.* »³²

Ces transformations organisationnelles seraient pour eux une source d'insatisfaction majeure au travail. La conséquence, en plus de celle de l'absentéisme chronique sont les intentions de départs, « *cette tendance qui est le signe d'un désengagement du travail, et donc la manifestation de profondes remises en question du sens du travail et d'une dégradation des facteurs de satisfaction au travail* »³³.

Les chercheurs nous rappellent une étude menée par Ali M. Rad et Alison De Moraes (2009)³⁴ qui affirmaient que la satisfaction au travail est un facteur clef pour retenir la main d'œuvre très qualifiée dans les organisations de santé. Et que par extension, il existe des modélisations de liens entre satisfaction au travail et satisfaction des patients (Dennis O. Kaldenberg et Beth A. Regrut, 1999³⁵).

De la même façon, les autorégulations, c'est-à-dire lorsque les personnels fixes assurent la continuité des soins dans un contexte de vacance de poste, ont un impact sur la dégradation des conditions de travail et sur l'insatisfaction que l'on en a. Les soignants sont placés dans des situations extrêmement complexes d'hyper sollicitations et d'épuisement professionnel³⁶.

Il semble nécessaire d'agir sur les organisations pour atténuer des effets favorisant une situation délétère afin de contribuer à l'épanouissement et à la satisfaction au travail. Cette démarche peut passer par la valorisation des équipes.

³⁰ Yves Clot ; Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux ; La Découverte ; Paris ; 2010 ; page 178.

³¹ L. Brami, S. Damart, M. Detchessahar, M. Devigne, J. Habib, F. Kletz, C. Krohmer ; L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital, comprendre et agir ; Mines Paritech ; Collection économie et gestion ; Éditions Presses des Mines ; Paris ; 2014.

³² Ibid. page 12.

³³ Ibid. page 12.

³⁴ A. Rad, A. De Moraes ; Factors Affecting Employees' Job Satisfaction in Public Hospitals: Implications for Recruitment and Retention. ; A Journal of General Management N° 34 ; 2009 ; pages 51-66.

³⁵ D.O. Kaldenberg, B. Regrut ; Do satisfied patients depend on satisfied employees? Or, do satisfied employees depend on satisfied patients ? QRC Advisor : Mai 1999.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10351566>

³⁶ Ibid 31 ; page 23.

3.1.2 Valoriser l'équipe

3.1.2.1 La Reconnaissance des compétences

Pour appréhender la notion de reconnaissance dans sa globalité, il semble nécessaire d'évoquer Axel Honneth dans son travail sur « la lutte pour la reconnaissance »³⁷. Il nous décrit la tripartition des formes de reconnaissance dans la société. La première forme s'attache à la « sollicitude personnelle » qui met en valeur les affects et les besoins nécessaires à la confiance en soi. La confiance en soi passe aussi par l'empathie et le rapport bienveillant que l'on a pour autrui quand celui-ci est réciproque. Ensuite, la « reconnaissance juridique » permet de se situer dans une société bornée par des normes où la place de chacun est tributaire des droits de tous. En fait, la privation de droits individuels exclut le respect de soi. Une société intègre permet le respect de soi et des autres. La troisième forme réside dans « l'estime sociale », où ses propres capacités et qualités sont autant de valeurs qui nous donnent une place au sein de la société.

Les bases théoriques ainsi posées, il convient ici de s'intéresser à la fin de l'ouvrage d'Axel Honneth, où il fait un lien entre les processus de reconnaissance et les conflits sociaux, c'est-à-dire la mise en relief d'un manque de reconnaissance. Il parle alors de « l'expérience du mépris ». « *La lutte sociale* » est « *un processus pratique au cours duquel des expériences individuelles de mépris sont interprétées comme des expériences typiques d'un groupe tout entier, de manière à motiver la revendication collective de plus larges relations de reconnaissance* »³⁸. « *Les confrontations pratiques suscitées par l'expérience de mépris ou d'un déni de reconnaissance ont donc pour enjeu à la fois l'élargissement matériel et l'extension sociale du statut juridique de la personne* »³⁹.

Il s'agit bien ici de revendiquer une reconnaissance ressentie comme insuffisante ou désadaptée. La force collective de cette revendication, de cette lutte, permet une reconnaissance plus globale.

Norbert Alter⁴⁰ nous apporte des notions peut-être plus pragmatiques et superposables à la problématique de ce projet en termes de reconnaissance et de quête de reconnaissance. Il transpose ces concepts au monde de l'entreprise et du travail. Il nous dit que « *la reconnaissance sous-tend des échanges* » et « *qu'il faut tirer satisfaction de sa propre activité dans une production collective* »⁴¹. C'est sa vision de l'estime de soi au sein du travail. À l'instar d'Axel Honneth et de « l'estime sociale », Norbert Alter nous dit qu'il n'y a pas le même sens donné au travail bien fait entre les individus et le management, ce qui est une source de conflit⁴². La reconnaissance passe par le sens que l'on donne à son travail. C'est-à-dire que toute transformation doit être cohérente dans le temps, avec une gestion des compétences adaptée, qui met en valeur les individus, sans frustrations.

Or bien souvent, il y a une distance croissante entre les représentations idéales du métier et le travail concret à réaliser dans une situation donnée⁴³. Ce manque de reconnaissance aboutit à une insatisfaction au travail comme nous le démontre le collectif de chercheurs cité précédemment. Il faudrait donc replacer les actions sur le cœur de l'activité des professionnels⁴⁴.

³⁷ Axel Honneth ; *La lutte pour la reconnaissance* ; [Kampf um Anerkennung] ; Traduit de l'allemand par Pierre Rusch ; Collection Folio-Essais ; Éditions Gallimard ; Paris ; 1992, 2013.

³⁸ Ibid, page 194.

³⁹ Ibid, page 144.

⁴⁰ Norbert Alter ; *Donner et prendre. La coopération en entreprise* ; Éditions La Découverte ; Paris ; 2010.

⁴¹ Ibid, page 192.

⁴² Ibid, page 196. »

⁴³ Ibid 31, page 101.

⁴⁴ Ibid 31 page 111.

On peut transposer cette vision sur la problématique de ce projet : replacer les IADE dans leur cœur de métier, valoriser leur pratique avec une coordination nécessaire entre Anesthésiste-Réanimateur et IADE, vecteur de reconnaissance et de satisfaction au travail.

La lutte pour la reconnaissance est aussi une préoccupation des IADE depuis la création de leur corps jusqu'aux mouvements sociaux de 2010 et les nouvelles revendications actuelles.

3.1.2.2 Corporatisme IADE, identité professionnelle et représentations

« Parler d'identité, c'est parler de ce qui unit, de ce qui fait un dans le multiple. Répondre à la question « Qui suis-je ? » c'est trouver ce qui malgré la diversité de nos sentiments et de nos expériences dans le temps, demeure une référence relativement stable à laquelle on se réfère pour se définir. »⁴⁵

Parler d'identité professionnelle c'est effectivement évoquer ce qui unit un corps dans le temps avec des valeurs communes. Il n'est pas l'objet ici de mener une réflexion sur l'identité de la profession infirmière mais plutôt d'essayer de comprendre le rapport qu'entretiennent les IADE entre eux et avec les autres corps de métier.

Ce qui différencie l'identité professionnelle des IADE par rapport aux IDE vient probablement de l'histoire et de la genèse de leur spécialité⁴⁶.

En France, l'infirmier a toujours été présent dans l'exercice de l'anesthésie. En 1939, on commence à s'intéresser à l'anesthésie en disant qu'une « *infirmière est capable [...] de devenir une excellente anesthésiste* »⁴⁷. À cette époque, indifféremment, médecins ou infirmiers pouvaient exercer l'art de l'anesthésie. C'est dans les années après-guerre que la spécialité médicale en anesthésie-réanimation débute. À l'initiative du chirurgien Robert Monod, une Société Française d'Anesthésie-Réanimation et d'Analgésie (SFARA) est créée en 1939⁴⁸. Le professeur Pierre Moulonguet, chirurgien, est à l'origine du premier enseignement de l'anesthésie à la Faculté de Médecine de Paris (« *Institut d'Anesthésiologie* ») après l'Occupation⁴⁹. Un diplôme d'anesthésie-réanimation est remis après examen aux médecins (CESAR : Certificat d'Études Spéciales en Anesthésie-Réanimation). Sages-femmes et Infirmiers obtiennent eux un certificat. Les Infirmiers qui pratiquent l'anesthésie sont alors sous responsabilité directe de l'Anesthésiste-Réanimateur. Les années suivantes, les infirmiers se forment et se professionnalisent. La première école paramédicale en anesthésie naît à Saint Germain-en-Laye en 1949 à l'instar du Docteur Maurice Larget après trois ans de négociation auprès des autorités ministérielles et forme des « aide-anesthésistes » en une année qui exercent après attestation. La direction de l'école est confiée au Docteur Yves Culot, Médecin Anesthésiste-Réanimateur. En 1960, l'attestation devient certificat d'aptitude et les études durent dix-huit mois. En 1965, il y a huit écoles. En 1972, un Décret et deux Arrêtés rallongent les études à deux ans après les études infirmières. En 1988, un Décret valide l'aboutissement d'une longue réflexion du corps et marque une étape fondamentale pour la profession : l'exclusivité de compétence et de l'exercice de l'anesthésie aux seuls titulaires du certificat d'aptitudes aux fonctions d'Infirmiers Spécialisés en Anesthésie-Réanimation (ISAR).

⁴⁵ Georges A. Legault ; Crise d'identité professionnelle et professionnalisme ; Éditions Presses de l'université de Québec ; 2003 ; p.1.

⁴⁶ M. Nicolet ; L'infirmier anesthésiste ; Édition Flammarion Médecine-Sciences ; Paris ; 2003.

⁴⁷ J. Lassner ; L'enseignement de l'anesthésie à Paris en 1939 ; Cahier d'anesthésiologie n° 45, page 465-466 ; 1997.

⁴⁸ Cl. Lassner ; Club de l'Histoire de l'Anesthésie et de la Réanimation ; La Société Française d'Anesthésiologie d'hier et d'aujourd'hui ; 44^{ème} Congrès National d'Anesthésie-Réanimation de la SFAR ; Paris ; 2002.

⁴⁹ J. Bauman ; Professeur Pierre Moulonguet (1890-1981) ; La nouvelle Presse Médicale ; 10 ; n° 26 ; 13 juin 1981.

Le Décret du 17 décembre 1991 modifie le titre et crée le diplôme d'État d'Infirmier-Anesthésiste.

Cette profession spécialisée a été créée sous impulsion médicale, contrairement à la profession infirmière. D'ailleurs, elle se nommait bien dans un premier temps « aide-anesthésiste ». La direction scientifique des écoles d'IADE est toujours à l'heure actuelle confiée à un Professeur agrégé en Anesthésie-Réanimation. Cette supervision médicale a pu être à un moment confondue à un certain asservissement. Bien au contraire, elle a permis aux IADE de se construire une véritable identité professionnelle sur le mode de la confraternité voire du corporatisme médical.

Depuis son apparition, cette profession est toujours en mouvement. En 1951, les aide-anesthésistes ont éprouvé le besoin de s'organiser pour être reconnus et être représentés dans des instances nationales et internationales (Conseil Supérieur des Professions Paramédicales en 1974, Fédération Internationale des Infirmiers-Anesthésistes en 1989, présidé par un IADE français). Un syndicat professionnel voit le jour par la suite (SNIA : Syndicat National des Infirmiers-Anesthésistes). Des Journées d'Enseignements Post-Universitaires (JEPUS) sont créées en 1979. Des congrès internationaux tel le WCNA (World Congress of Nurse Anesthetist) sont également créés.

Les collectifs et les syndicats professionnels participent de plus en plus aux recommandations validées par la SFAR.

Le Décret N° 2017-984 du 10 mai 2017 crée un corps IADE indépendant du corps des infirmiers des soins généraux et spécialisés au sein de la FPH. Les IADE sortent du corps des infirmiers, ce qui est un acte corporatiste fort, mais soutenu et validé par le législateur.

La profession s'est construite par « l'histoire d'un combat⁵⁰ » pour être reconnue, valorisée et pour protéger ses compétences.

Les IADE se sont toujours engagés sur de nombreux fronts et s'engagent désormais dans de nouvelles revendications à l'instar de la grande enquête nationale⁵¹ menée par le SNIA en 2018 qui a pu donner une photographie actuelle de la profession. Simon Taland, secrétaire général du SNIA expose dans une revue professionnelle infirmière les éléments révélés par cette enquête⁵². Engagés et dynamiques, les IADE attendent des évolutions réglementaires en lien avec leurs pratiques actuelles. Représentant actuellement 1,4 % des effectifs nationaux des infirmiers. Ils apparaissent comme très investis dans les missions transversales (Conseil de bloc, Comités, CLUD, hémovigilance, sécurité transfusionnelle...). Ils ne s'arrêtent pas aux fonctions auxquelles ils sont rémunérés. Il y a une vraie volonté d'aller au-delà, avoir une vraie voix dans les décisions et apporter une expertise. L'étude souligne un vrai leadership de la part des IADE et des cadres IADE. Ils se sentent investis dans la formation du personnel qu'il soit infirmier ou non et des étudiants, notamment dans les gestes d'urgence et de réanimation.

L'enquête affirme leur volonté d'acquérir de nouvelles compétences comme l'anesthésie locorégionale, la prescription limitée au traitement de la douleur, la participation aux consultations pré-anesthésiques avec l'Anesthésiste-Réanimateur, la validation de sortie de SSPI. Des attributions qui semblent logiques au moment du virage ambulatoire. Le secrétaire du SNIA analyse l'enquête comme « une soif d'autonomie ». Il évoque aussi le souhait corporatiste d'être repositionné comme profession intermédiaire dans le CSP afin de reconnaître le statut et le salaire correspondant au niveau Master 2 et aux responsabilités réelles. La supervision médicale n'est pas remise en question.

⁵⁰ E. Balagny ; Infirmiers anesthésistes, histoire d'un combat ; OxyMag n° 100 ; Juin 2008 ; pages 6-9.

⁵¹ Grande enquête IADE 2018 ; SNIA.

http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/geiade_2018_snia.pdf ; consulté le 26/03/2019.

⁵² D. Bauer ; Actusoins ; Les IADE, des infirmiers engagés sur de nombreux fronts ; 22 novembre 2018 <http://www.actusoins.com/author/dbauer> ; consulté le 26/03/2019.

L'enquête retrouve aussi un encadrement qui n'est pas assez représenté par des cadres IADE ce qui pose des questions réglementaires depuis la sortie du corps infirmier. La cohésion laisse ainsi sa place à la hiérarchie.

De plus la paupérisation des professions soignantes dans la FPH incite les IADE à rejoindre des structures mieux rémunératrices, surtout en région francilienne.

Il serait réducteur de limiter une profession à son histoire et à son caractère clairement corporatiste. Il est pourtant évident que ce corporatisme a fait évoluer la profession autant statutairement que dans la promotion de la sécurité en anesthésie. Ce corporatisme semble aussi être l'ennemi de la profession en l'accablant d'une réputation d'égoцентриque. Il faudrait peut-être en explorer la face socio anthropologique.

D'après Denise Jodelet⁵³, la représentation sociale est une image élaborée et partagée à partir d'expériences, d'informations, de savoirs et de modèles de pensée que nous recevons et transmettons. Claude Dubar nous dit que « *l'identité n'est jamais donnée, elle est toujours construite et à (re)construire dans une incertitude plus ou moins grande et plus ou moins durable*⁵⁴ ». C'est ainsi que se forme également l'identité professionnelle d'un individu ou d'un groupe ayant les mêmes prérogatives.

Il s'agit ici de partager le même langage, communiquer mais aussi repérer les membres d'une même communauté. C'est utiliser des métaphores comme le « langage de l'anesthésie » pour désigner, signifier, caricaturer quelque chose, avoir un rapport à l'espace en commun.

Le même schéma peut se transposer à beaucoup de professions et de corps de métier.

L'Anesthésie-Réanimation est une spécialité à risque. Une culture sécuritaire et une maîtrise précoce des risques font partie de son identité. On pourrait presque parler d'un « ADN » de la sécurité et de la gestion des risques.

Il faut développer ainsi des capacités de gestion et d'adaptation à des situations stressantes lors de complications anesthésiques et/ou chirurgicales. À ce titre, les professionnels de l'anesthésie se font fort de parfaire en continue une organisation basée sur l'anticipation et le respect des normes (procédures et protocoles). Ceci nécessite également de réactualiser et de perfectionner les connaissances car la recherche fait évoluer l'anesthésiologie.

En ce qui concerne les IADE, il y aurait deux représentations essentielles qui pourrait expliquer ce corporatisme exacerbé (représentations liées à l'anesthésie donc très similaires entre les IADE et les Anesthésistes-Réanimateurs).

La première serait celle de la « vision du soi⁵⁵ » comme « technicien relationnel ». C'est-à-dire, un infirmier particulier qui met en place une batterie de gestes très techniques et qui, à la fois, en très peu de temps, doit accompagner un patient pendant un moment très anxiogène et éprouvant. Ce qui n'est pas du monopole des IADE bien-sûr. Mais la particularité de l'anesthésie change beaucoup les représentations puisqu'il s'agit de prendre en soin une personne sous l'effet de médicaments sédatifs ou narcotiques et analgésiques, parfois curarisants.

L'autre représentation viendrait de la « vision d'autrui », c'est-à-dire celle de la société, des patients potentiels. La représentation que les individus ont de l'anesthésie est assez uniforme : « *la peur de ne pas se réveiller* »⁵⁶. Parfois même, les patients ont plus peur de l'acte anesthésique que de l'acte chirurgical alors même que les

⁵³ D. Jodelet ; Les représentations sociales, PUF, Paris, 1989.

⁵⁴ Claude Dubar ; La socialisation-5e édition : Construction des identités sociales et professionnelles chapitre 5 section 11 ; Éditions Armand Collin ; Paris 2000, 2015.

⁵⁵ Anne Véga ; Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles ; Sciences Sociales et Santé Année 1997 15-3 ; 103-132.

⁵⁶ G. Bres ; J'ai peur de ne pas me réveiller : tout ce que vous voudriez savoir sur l'anesthésie avant d'être opéré ; Editions du Seuil ; Paris ; 1988.

professionnels savent que les risques sont minimales actuellement grâce à l'évolution majeure de la sécurité en anesthésie. La complication anesthésique très médiatisée dont le ministre Jean-Pierre Chevènement a connu en 1998⁵⁷ a eu un effet de méfiance sur la population.

Différemment de la chirurgie, « **l'anesthésie nécessite un concentré de confiance pour une dilution de conscience** ».

C'est en essayant de comprendre une situation problématique et d'identifier ce qu'est l'identité d'un groupe professionnel que l'on peut envisager des pistes de solutions managériales adaptées. Valoriser un corps par son expertise, co-construire un nouveau design organisationnel permet d'aboutir à une amélioration de la qualité de vie au travail.

3.2 Des solutions managériales au service du processus d'accompagnement

3.2.1 S'inspirer de l'ingénierie de la résilience

Lucie Cuvelier, Maître de conférence en Ergonomie à Paris 8, nous démontre dans sa thèse présentée au Conservatoire National des Arts et Métiers que l'ingénierie de la résilience est un nouveau modèle pour améliorer la sécurité des patients et que l'anesthésie peut en être un exemple.⁵⁸

La résilience désigne selon Erik Hollnagel « *l'aptitude d'un système à ajuster son fonctionnement avant, pendant, ou suite à des changements ou perturbations afin de poursuivre son activité dans des conditions attendues ou inattendues* »⁵⁹.

Lucie Cuvelier nous rappelle qu'au début des années 2000, plusieurs auteurs ont proposé des critères pour identifier les organisations résilientes. L'analyse de retour d'expérience, la réalisation d'audits, la recherche des erreurs potentielles en sont des exemples. Ceci dit, ce n'est pas parce qu'un système est ultra sécurisé qu'il est sécuritaire. Il faudrait plutôt parler de l'adaptation continue d'un système sécurisé à des changements. On parle alors de capacités de résilience. Ainsi, les organisations résilientes sont des organisations qui sont capables de contrôle, de réussite et d'adaptation.

C'est dans les années 1990 que l'on a pris conscience du nombre élevé d'évènements indésirables dans les hôpitaux américains d'où le rapport « *To err is human : building a safer healthcare system* »⁶⁰. La sécurité des patients est devenue cruciale et la gestion des risques une priorité. La France, de suite, est allée dans ce sens.

La variabilité des situations de travail fait que le système de santé est particulier et complexe. Le concept de résilience permet de mettre en valeur des capacités d'adaptation à des situations singulières dans le but de sécuriser un système.

C'est à ce titre que Lucie Cuvelier nous présente l'exemple de l'anesthésie. Elle nous dit que les professionnels de l'anesthésie savent tenir compte des risques mais aussi de leurs propres ressources. C'est-à-dire, qu'ils savent maîtriser une situation en

⁵⁷ Éric Favereau ; Libération ; 8 septembre 1998 ; https://www.liberation.fr/societe/1998/09/08/chevenement-toujours-dans-le-coma-deux-ombres-sur-une-anesthesie-le-ministre-n-a-pas-beneficie-de-la_247704

⁵⁸ Lucie Cuvelier ; L'ingénierie de la résilience : un nouveau modèle pour améliorer la sécurité des patients ? L'exemple de l'anesthésie ; Santé Publique ; Volume 25, N° 4 ; 2013 ; pages 475-482.

⁵⁹ E. Hollnagel, J. Pariès, D. Woods et Al ; Resilience engineering in practice : A guidebook ; Surrey University(UK) ; Ashgate studies in resilience engineering ; 2010.

⁶⁰ L. Kohn, J. Corrigan, M. Donaldson ; To err is human ; building a safer healthcare system ; Washington DC ; National Academy Press ; 1999.

évitant d'épuiser les ressources humaines au sein de l'équipe : incompréhension, stress, fatigue, usure...Il s'agit alors de respecter des recommandations, des procédures mais de conserver une marge de manœuvre pour répondre de façon adaptée aux situations critiques (c'est aussi l'intérêt des simulateurs d'anesthésie). La capacité d'adaptation en anesthésie, c'est s'ajuster aux différents types d'imprévus. C'est appliquer les procédures tout en gérant une situation.

Pour que l'organisation soit résiliente, il faut qu'elle le permette par son design. La composition de l'équipe, les rôles de chaque professionnel doivent être adaptés pour que la sécurité des patients soit possible dans toutes les situations. L'anesthésie nous le démontre lorsque son organisation est construite dans ce sens.

Une organisation imparfaite doit faire l'objet d'un re-design. Elle ne sera optimale et efficace seulement si ce re-design se pense en coopération et en co-construction.

3.2.2 Coopération et notion de projet

Pour Norbert Alter, la coopération passe par la notion de projet. « *Les procédures techniques et organisationnelles ne peuvent être résolues par les seules procédures, et le goût de l'engagement y contribue beaucoup à leur résolution car il rend les procédures intelligentes*⁶¹ ». Il rajoute que « *le mouvement (c'est-à-dire le changement à répétition au sein des organisations) ne peut se réaliser sans ce « tout » : coopération, projet...*⁶² »

La finalité est ainsi d'implémenter un processus dynamique avec un objectif commun, en l'occurrence ici, la sécurisation et la qualité des soins en anesthésie.

Il nous dit également qu'un mouvement d'insatisfaction seul ne sert à rien et qu'il aboutit sur des pseudo-consensus très souvent erratiques. Les dispositions collectives par la coopération permettent d'absorber les imperfections du mouvement pour le rendre vertueux. Il nous l'explique : « *pour le management, la mobilisation représente le moyen de mieux travailler, les liens n'étant qu'un instrument au service du travail*⁶³ ». Il convient pour les managers de « *tirer parti de la mobilisation des salariés et pour la consacrer en tant que ressource*⁶⁴ ». Sans coopération et d'engagement collectif, il paraît difficile de mettre en œuvre un projet. C'est-à-dire qu'il faut tirer parti de la « volonté de donner » des professionnels. Par ce projet, il conviendrait que les professionnels aient la certitude d'être irréprochable dans leur prise en soin des patients et qu'il n'y ait pas de lacune organisationnelle.

Norbert Alter nous dit qu'il faut remettre le management sur pied, que les échanges sociaux sont une richesse et qu'il faut valoriser l'identité collective. Il dit qu'il faut prendre en considération les sciences sociales et investir en aval du management. Une décision n'est pas forcément bonne ou efficace mais peut le devenir en analysant ce qui la rend progressivement efficace. Dans ce projet, l'allocation de ressources supplémentaires n'est a priori pas une décision facile pour la direction mais peut dans le temps aboutir à des économies en fidélisant les professionnels et diminuer largement l'appel à des vacataires extérieurs, rendre attractif le service et par extension l'hôpital pour la patientèle.

⁶¹ Norbert Alter ; Donner et prendre. La coopération en entreprise ; Éditions La Découverte ; Paris ; 2010 ; page 222.

⁶² Ibid, page 222.

⁶³ Ibid, page 223.

⁶⁴ Ibid, page 224.

La coopération selon Norbert Alter, c'est « *célébrer les dons et les sacrifices des salariés* ⁶⁵ » : dit-il comme un hommage à Marcel Mauss. Il convient d'inverser les modes de communication et faire preuve de gratitude.

Après avoir défini un projet en coopération, il faut le co-construire.

3.2.3 Co-construction et collectif de travail

La notion de co-construction peut paraître inflationniste dans l'univers du management actuel. Au-delà de la coopération, cette notion met en relief un processus peut-être plus concret. Des acteurs ayant des positions différentes, des points de vues divergents et des intérêts contraires peuvent élaborer un projet commun et implémenter une organisation consensuelle.

Pour Michel Foudriat⁶⁶, la co-construction est un processus « *pensé collectivement à partir de raisonnements et de délibérations* » et qui conduit à la construction d'un projet « *qui résulte de délibérations entre des acteurs ayant des positionnements symboliques et institutionnels différents* ».

Pour le manager, la co-construction serait d'instituer des espaces délibératifs privilégiés en changeant le mode relationnel entre les acteurs⁶⁷.

Pour Jean-Michel Moutot⁶⁸ la co-construction doit être, en plus de son intentionnalité, un processus aboutissant à un résultat quasi immédiat. Les salariés acteurs d'une démarche participative attendent une preuve directe de la prise en compte de leurs avis. La prise en considération de l'avis de seulement quelques professionnels permettra très probablement de prendre la ou les bonnes décisions mais pas de créer une dynamique optimale de réorganisation. Il faut la participation de tous les acteurs. Pour Jean-Michel Moutot, il y a trois conditions à la réussite d'un projet co-construit :

- Un délai très court entre le travail de co-construction et sa mise en œuvre.
- Une matérialité du résultat de la co-construction : du concret pour l'ensemble des participants.
- Un lien direct entre le projet et son résultat, peu ou pas d'intermédiation.

La co-construction passe donc bien par la délibération allant dans un sens de dynamique positive. Il s'agit d'instaurer des rencontres régulières afin de traiter spécifiquement des problèmes du travail, de faire un diagnostic sur une situation problème réelle et d'en trouver la ou les solutions.

Les méthodes de travail sont identifiées. Il s'agit maintenant de savoir sur quoi va se baser le re-design organisationnel.

⁶⁵ Ibid 61, page 224.

⁶⁶ M. Foudriat ; La co-construction. Une alternative managériale ; Presses de l'EHESP ; collection « Politiques et interventions sociales » ; Rennes 2016.

⁶⁷ M. Foudriat ; La co-construction. Une option managériale pour les chefs de service ; in Maxime Delaloy ; Le management des chefs de service dans le secteur social et médico-social ; Éditions Dunod ; Paris ; 2014, pages 229-250.

⁶⁸ JM. Moutot, professeur en management, Audencia Business School ; Mythes et réalité de la co-construction en entreprise ; the conversation ; la tribune ; <https://www.latribune.fr/opinions/tribunes/mythes-et-realite-de-la-co-construction-en-entreprise-745043.html> ; 26-07-2017 ; consulté le 23-03-2019.

3.2.4 Transformation organisationnelle

Il convient d'explorer trois concepts managériaux qui seront les grands principes du projet.

L'organisation actuelle doit être transformée pour tenter d'atteindre trois objectifs. Le premier est d'éviter la survenue de risques potentiels liés à un parcours de soins en anesthésie mal sécurisé. Le second est de promouvoir par cette transformation la qualité de vie au travail, et enfin, retrouver une attractivité du DAR en vue de fidéliser les professionnels.

3.2.4.1 Contrôle organisationnel du risque

C'est d'abord sous l'angle du management des risques qu'il faut identifier et analyser les risques encourus par une organisation donnée. Ensuite un nouveau design organisationnel peut concourir à les éviter.

L'alerte des IADE sur un parcours de soins anesthésique mal sécurisé en est la prémisse. « *Gérer les risques, c'est prophétiser le malheur et éviter qu'il ne survienne, ou du moins, minimiser ses conséquences* » (Eytan Ellenberg, docteur en Santé Publique, reprenant une formule de Hans Jonas dans le Principe de Responsabilité, 1979)⁶⁹. C'est ainsi qu'il faut sécuriser les organisations avant que les malheurs n'arrivent, selon lui.

Deux notions issues du concept de gestion des risques sont à explorer.

Une approche proactive qui tente d'appréhender les problèmes avant qu'ils n'arrivent : c'est-à-dire identifier des éléments ou des situations prédisposant à l'apparition d'évènements indésirables. Ainsi, l'analyse inductive de situations générant des risques peut être soumise à une réflexion multidisciplinaire visant à adapter l'organisation pour qu'elle ne génère plus ou moins de risques.

Une approche réactive qui part d'un incident et tente d'apporter une correction qui évite qu'il ne réapparaisse. Cet incident peut être aussi la survenue d'une situation à risque en elle-même, sans conséquences par ailleurs. Cette situation peut par contre être une source d'inconfort, de stress et d'insatisfaction pour les professionnels. Il convient d'analyser les évènements indésirables et de les traiter en retour d'expérience pour identifier les omissions, les erreurs ou les carences. Les corrections des dysfonctionnements identifiés doivent être rapides. Ces dysfonctionnements, ces failles identifiés sont autant de trous dans une organisation donnée qui peut aboutir à une catastrophe comme le démontre la théorie du fromage suisse d'après James Reason⁷⁰. Une organisation peut sembler comporter suffisamment de barrières et de défenses. Cependant, des failles existent ou sont identifiées. Elles peuvent aboutir à une succession d'évènements conduisant à la catastrophe.

Implémenter une organisation sécurisée permet donc de réduire la survenue de situations à risque et s'inscrit dans une vraie démarche de gestion des risques. Cette démarche doit s'accompagner d'une promotion de la qualité de vie au travail.

⁶⁹ Eytan Ellenberg ; Le management des risques à l'hôpital ; Actualité et Dossier en Santé Publique N° 45 ; Haut Conseil de la Santé Publique ; décembre 2003.

⁷⁰ James Reason ; L'erreur humaine ; Presses des Mines ; paris ; 1993-2013.

3.2.4.2 Manager au service de la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels

Un collectif de chercheurs en santé publique a publié en 2013 le résultat d'une étude nommée ORSOA⁷¹. Elle fut menée en inter CHU en partenariat avec la Caisse Nationale des Retraites des Agents de Collectivités Locales (CNRACL) et l'Assurance Maladie. Il n'est pas l'objet ici de présenter les résultats des outils de prospection et d'évaluation, mais d'exposer leurs postulats et d'identifier le lien entre management et QVT.

La première question posée est celle de préserver la santé psychique et/ou physique des soignants dans un environnement de travail qui peut être pathogène. Les auteurs citent des travaux démontrant le lien entre un climat organisationnel défavorable au travail et l'apparition de troubles musculo-squelettiques et d'une mauvaise santé mentale.

Ensuite, se pose la question du maintien au travail de soignants dans un contexte de forte insatisfaction et d'intention de quitter l'établissement.

À ces deux questions, les auteurs disent qu'il est essentiel de mettre en œuvre des actions visant à l'amélioration de l'environnement psychosocial et organisationnel de travail pour prévenir les départs et la mauvaise santé des soignants. De même, un environnement de travail détérioré peut avoir des effets importants sur la qualité des soins. Un management basé sur la collaboration, valorisant les équipes et respectant le leadership des professionnels peut avoir selon les recherches des auteurs un effet positif sur la santé et le bien-être des travailleurs. La participation des employés dans le changement de l'organisation est bénéfique.

Un des articles rédigés pour la commission « qualité de vie au travail » de la Fédération Hospitalière de France (FHF), mène une réflexion sur le management en santé comme devant être au service de la QVT⁷². L'auteur nous rappelle l'urgence de traiter la question de la QVT dans les hôpitaux français compte tenu de la prévalence du stress, de l'anxiété et du mal être chez les soignants, et ce, notamment en lien avec les difficultés de recrutement, les contraintes budgétaires et organisationnelles des hôpitaux. La notion de « risques psycho-sociaux » (RPS) n'est plus suffisante face aux situations actuelles des hôpitaux car elle ne prend en compte, selon l'auteur, que les capacités ou les difficultés d'adaptation de l'individu au système dans lequel il travaille. Finalement la logique de prise en compte des RPS se heurte à une impasse car elle ne considère pas une approche plus systémique remettant en jeu les organisations. L'approche « RPS » s'intéresserait plus au mal-être des professionnels. Cette « QVT » s'intéresserait plus aux systèmes. La transformation organisationnelle au service de la QVT est thérapeutique. « *L'approche QVT part en effet du principe que ce ne sont pas nécessairement les individus qui sont malades mais l'organisation et le travail eux-mêmes* ⁷³ ». Les organisations doivent être soignées et accompagnées par une fonction de management favorable au développement de la QVT.

Ainsi, le management est un outil d'amélioration de la QVT, et ce, par différents principes. Une démarche participative basée sur les réunions pluri professionnelles, les formations internes, le soutien aux équipes, permettent de promouvoir la reconnaissance des professionnels, la collaboration, la concertation et la coordination. Cette démarche repose sur la confiance donnée aux équipes par un management délégatif. L'équipe se trouve intrinsèquement motivée et valorisée.

« L'éthique du care » peut se retrouver dans un mode managérial qui favorise l'ambiance des équipes et leur implication dans leurs propres organisations. Prendre soin de l'autre, de son collègue, comme du patient, pourrait faire muter une gestion hospitalière bureaucratique vers l'adhocratie. L'auteur nous parle aussi de leadership

⁷¹ S. Lamy, R. de Gaudemaris, A. Sobaszek et Al ; Améliorer les conditions de travail à l'hôpital : ORSOA, de la démarche de recherche à l'action de prévention ; Santé publique 2013 ; n° 4 ; volume 25 ; pages 389-397.

⁷² Héloïse Haliday ; le management en santé au service de la qualité de vie au travail des professionnels ; Éthique et Santé ; volume 15 ; n° 2 ; Édition Elsevier ; 2018 ; pages 118-124.

⁷³ C. Kornig ; Revue de littérature, qualité de vie au travail et qualité des soins ; in ibid 72.

transformationnel : c'est-à-dire, responsabiliser les agents pour améliorer la QVT. Ce mode de management permettrait de répondre aux besoins psychologiques des professionnels en termes de communication, d'autonomie et de valorisation. Le management devient une valeur support au développement professionnel et personnel. C'est alors qu'apparaît la notion de justice organisationnelle : comment les acteurs se sentent traités par l'organisation ? S'il y a une participation des agents aux décisions, s'ils sont reconnus, ils s'engageront dans cette organisation.

Plus que de s'arrêter ou de s'intéresser uniquement aux symptômes de mal-être des professionnels, notamment dans les RPS, la QVT permet une vision plus globale. Manager au service de la QVT, c'est adapter un système organisationnel défavorable par une démarche participative. C'est un changement assez récent de paradigme.

Pourtant les établissements de soins qui ont un environnement psychosocial de travail sain sont caractérisé par leur capacité à recruter et à retenir leurs personnels soignants.

3.2.4.3 Les hôpitaux magnétiques

La notion d'hôpitaux magnétiques (« *magnet hospitals* » à l'origine) apparaît en 1983 après un constat dans une étude américaine. Les roulements de personnels infirmiers étaient très différents d'un établissement à un autre. Certains recrutaient et gardaient plus facilement leurs personnels. Yvon Brunelle nous explique dans un article⁷⁴ que l'incitatif économique n'était pas uniquement la clé du succès de ces établissements, qui ne procèdent d'ailleurs qu'à des rémunérations non « hors-normes ». Ce qui est remarquable, c'est plutôt le rapport entre la rémunération et des incitatifs non économiques comme la valorisation, le soutien. « *Ce qui est exceptionnel, c'est le milieu de travail et la satisfaction d'y travailler*⁷⁵ ». Ce qui est particulier dans ce contexte c'est que le personnel devient traceur, révélateur de l'ensemble de la structure. « *Un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner*⁷⁶! » Le but de promouvoir le bien-être au travail est essentiel pour ces établissements. Ils partent du postulat que le turn over massif, les départs, les difficultés de recrutement sont une source de coûts énormes pour un établissement. Une mutation managériale vers le participatif et le soutien des personnels semble être les atouts de ces hôpitaux. Les infirmières interviewées dans une étude disent : « *it's a good place to work...They listen to us* ». Un accès facile et informel à la direction renforce un sentiment de confiance, un attrait incitatif. Une relation de confiance et non de défiance fait le liant entre l'administration et les personnels. Les hôpitaux qui se disent magnétiques mettent en avant huit conditions essentielles pour l'être : l'autonomie professionnelle, les supports fournis (garderie, sécurité au travail, équipement), la collaboration médecin-infirmier, la valorisation professionnelle et le leadership professionnel, la relation positive avec les pairs, un ratio de personnel adéquat, un focus client (patient au centre), la qualité des soins et des services). Par un investissement de base plus élevé en termes de personnels, de moyens et un management différent, l'efficience devient rapidement positive : la stabilité du personnel, la sentiment d'appartenance, la confiance, la notion d'équipe, un fonctionnement plus fluide, divers coûts sont réduits. La qualité des soins est meilleure et se vérifie par des indicateurs en morbi-mortalité et en satisfaction des usagers.

Désormais, les « *magnet hospitals* » font l'objet aux Etats-Unis d'une certification par le biais de l'American Nursing Association. Cinq cent hôpitaux américains sont certifiés en 2019. Les chiffres avancés sont colossaux pour que tous ces centres soient certifiés. Mais les taux de certains indicateurs sont en chute libre (turn over,

⁷⁴ Yvon Brunelle ; Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner ; Pratiques et Organisation des Soins ; vol 40 n°1 ; janvier-mars 2009 ; pages 39-48.

⁷⁵ Ibid page 39.

⁷⁶ Ibid, titre.

insatisfaction...). Le temps de mutation managériale et organisationnelle est long avant d'aboutir à l'efficience.

Aucun établissement français ne s'est pour le moment engagé dans le processus. Ce schéma est pourtant très tentant, très séduisant. Le contexte américain permet des prises de décisions et des orientations qui ne sont pas transposables au contexte français. Autant le système de financement et assurantiel que les aspects culturels sont opposés.

Pourtant, ne pourrait-on pas s'inspirer de cette vision, qui disons-le nous, condense tous les concepts les plus favorables dans un monde des plus heureux.

Beaucoup d'articles comment à énoncer la possible inspiration du management moderne des start-up⁷⁷. Certains affirment que les établissements sanitaires et médico-sociaux seraient gagnantes à transposer des pratiques en management des ressources humaines de certaines start-up pour attirer et fidéliser le personnel paramédical. Un livre blanc a été publié en février 2017 en cette faveur sur le site de la société Medgo⁷⁸.

Cinq axes d'actions pourraient ainsi être directement importés par les établissements pour stimuler leur attractivité selon les auteurs :

- Culture d'entreprise et valeurs : insister sur le caractère central de la mission de chaque personnel, au stade du recrutement puis du management opérationnel.
- Accueil et intégration : décliner la procédure d'intégration dite de « l'onboarding » à chaque nouveau recruté, prévoir un accompagnement individualisé à la prise de poste, installer des programmes de tutorat.
- Qualité de service et qualité de vie au travail : monitorer fréquemment le degré de satisfaction des agents, organiser des événements, activités sportives et autres moments de convivialité, améliorer l'environnement de travail.
- Management : instituer des réunions informelles et fréquentes pour rendre accessible "le top management", miser sur la communication et la transparence en matière d'objectifs stratégiques, favoriser l'initiative, proposer des espaces informels d'échanges entre collègues.
- Visibilité externe : créer ou valoriser une marque employeur, essayer des processus de recrutement alternatifs.

⁷⁷ Thomas Quéguiner ; Hôpitaux et Ehpad sont incités à copier-coller les start-up pour séduire les paramédicaux ; Hospimédia 07/02/2019.

⁷⁸ Thomas BERTRAND, Élève Directeur d'Hôpital EHESP ; Antoine LORON, Président de medGo ; Absentéisme et gestion des remplacements dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. <https://www.medgo.fr/resources>

À RETENIR

- Il y a un effet direct de la perte de sens au travail sur l'insatisfaction (Christophe Dejours).
- L'implication organisationnelle est certaine dans ce mécanisme psychosociologique (Yves Clot et Michel Gollac).
- On ne peut pas soigner l'individu sans soigner le travail (Yves Clot).
- La satisfaction au travail est un facteur clé pour retenir une main d'œuvre très qualifiée et très demandée (Chercheurs Mines Paritech, l'absentéisme hospitalier).
- Les autorégulations sont dangereuses (compter sur les restants pour pallier aux départs) et entraînent un vrai épuisement (Ibid).

- La reconnaissance est basée sur l'échange et l'estime de soi (Axel Honneth).
- Valoriser une équipe, c'est reconnaître ses compétences, c'est placer les professionnels dans leur cœur de métier (Norbert Alter).

- Un corporatisme IADE exacerbé qui s'explique par l'histoire de la profession et des représentations des professionnels eux-mêmes et des usagers. (M. Nicolet, J. et Cl. Lassner, E. Balagny, D. Jodelet, C. Dubar, A. Véga).
 - Lutte pour la reconnaissance – mouvements sociaux.
 - Autonomisation d'une profession paramédicale – « ADN sécuritaire ».

- Les organisations résilientes permettent d'adapter des organisations désadaptées dans un but sécuritaire comme le démontre l'anesthésie (Lucie Cuvelier).

- Il convient pour les managers de tirer parti de la mobilisation des salariés pour la consacrer comme ressource (Norbert alter).
- Mettre en œuvre un projet, c'est coopérer et engager le collectif (Norbert Alter).

- La co-constructon est une pensée collective à partir de délibérations (Michel Foudriat).
- La co-construction doit aboutir sur un projet d'exécution rapide (Jean -Michel Moutot).

- Les risques doivent être contrôlés par des organisations adaptées, évitant les catastrophes (Eytan Ellenberg).

- La question du maintien au travail des soignants dans un contexte d'insatisfaction est une priorité. La version QVT versus RPS dans le management passe par un leadership participatif. La participation des employés dans le changement est bénéfique (S. Lamy et al...).

- L'attractivité d'un établissement de santé peut se retrouver à l'instar des ambitions des start-up et des hôpitaux magnétiques américains qui pensent labelliser leurs modes managériaux.

3.3 Le projet organisationnel

3.3.1 Rappel contextuel, première rencontre et création du COPIL

Depuis une année, au Centre Hospitalier Rives-de-seine (CHRDS), le Département d'Anesthésie-Réanimation (DAR) est confronté à des départs et des intentions de départs de plusieurs Infirmiers Anesthésistes (IADE). Ainsi, afin d'assurer la continuité des soins, le DAR fait appel à de nombreux vacataires extérieurs. Au mois de mai 2019, l'effectif sera à la moitié de ce qu'il doit être, soit quatre équivalents temps plein (ETP) sur huit. Dix-huit vacataires sont inscrit sur le planning des IADE. Les missions transversales se concentrent sur les IADE fixes. La qualité des soins régresse par manque de maîtrise de l'environnement et d'investissement institutionnel. L'engagement des IADE fixes s'amointrit en raison d'une fatigue professionnelle. L'asymétrie de rémunération entre IADE fixes et vacataires en est un facteur aggravant.

Les IADE du CHRDS dénoncent un parcours de soins en anesthésie mal sécurisé notamment en raison d'une SSPI aux horaires limitées, fermée le soir et le week-end. Ils se retrouvent ainsi en situation où ils doivent gérer la SSPI si des patients y sont en surveillance après le départ des IDE, les chirurgies en cours s'il y en a (sachant qu'il y a deux IADE jusque 20 heures) et toutes les urgences obstétricales que ce soient les césariennes en urgence que les réanimations maternelles et la gestion de l'analgésie obstétricale en salle de naissance. Il faut prendre en compte également toutes les sollicitations des services de soins et des urgences pour diverses aides.

Les IADE ont sollicité une rencontre auprès de la direction début 2018 afin d'alerter sur cette situation préoccupante, tant en termes de ressources humaines qu'en termes de sécurité des soins.

La DSIRMT et la DRH propose la composition d'un Comité de Pilotage (COPIL) pour comprendre la situation et envisager des pistes de solutions, ou siègeront :

- DSIRMT
- DRH
- Médecin Anesthésiste-Réanimateur chef de service
- CSS IBODE
- IADEC
- IADE
- Partenaires sociaux

Depuis la première rencontre entre les IADE et les directions jusqu'à la création du COPIL et ses différentes réunions, les partenaires sociaux sont présents. Ils ont d'abord accompagné les professionnels dans le mouvement de négociation. Ils ont continué à siéger par la suite compte tenu du changement organisationnel envisagé : un redéploiement d'horaires et la création de postes.

Dans ce projet, plusieurs actions d'allure stratégique sont dans un premier temps importantes à décliner.

Dans cette situation, la fidélisation des IADE est à retrouver grâce à un nouveau design organisationnel répondant à leurs attentes en termes de satisfaction au travail et de sécurité.

En ce sens il convient, pour trouver une issue favorable, de prendre du recul pour se décentrer et se positionner comme expert-consultant, afin de mener et de piloter le projet.

Plusieurs actions peuvent être menées, par ordre.

Globalement, il faut travailler sur les problèmes qui se posent dans l'organisation actuelle. Il faut inclure dans cette démarche les partenaires sociaux, qui suivront l'évolution du projet jusqu'aux propositions de changement et la validation par le Conseil Social et Économique (CSE, ancien CHSCT) du CHRDS.

Les IADE se sentent hyper sollicités. Il faut tenter d'établir une cartographie de leurs compétences. Effectivement, en dehors du bloc opératoire, ils mettent en œuvre de nombreux actes de soins et de réanimation (salle de naissance, urgences, services de soins, vigilances, logistiques...). Ce travail « non visible » ou du moins « non tracé » fait acte d'un écart entre le travail réel et le travail visible. Il faut non seulement valoriser ce travail réel de façon quantitative mais aussi qualitative.

La reconnaissance des compétences et l'expertise des IADE ne peuvent se voir que dans des situations où elles sont mobilisées. Il faut donc agir sur les collaborateurs et les pairs pour corroborer cette expertise (Anesthésistes-Réanimateurs, Obstétriciens, Sages-Femmes).

Il faut également prouver l'existence factuelle de situations à risque. Les expériences de ces situations sont autant d'arguments pour appuyer le projet.

Une fois les arguments posés (causes-conséquences), et malgré le mouvement d'insatisfaction des IADE, le rôle de l'expert-consultant qui mène le projet est de trouver rapidement un terrain d'entente, trouver des alliés. En effet, lors des premières réunions, le sociogramme de groupe (selon Jacob L. Moreno 1934)⁷⁹ notait une différence entre les individus. Certains étaient hostiles (directions), d'autres neutres (CSSIBODE) et d'autres motivés (IADE et Anesthésistes). Puis il a évolué dans le temps avec la réalité des choses (départs récurrents des IADE et surtout par l'argumentation des professionnels de l'anesthésie sur le versant sécuritaire et réglementaire).

Ainsi, le jeu des acteurs a pu être analysé au regard de cette évolution. La balance des intérêts perçus (selon Jean- Pierre Boutinet 1994)⁸⁰ va dans le sens de la supériorité des gains par rapport aux pertes. Il s'agit d'un pari sur le long terme : fidéliser une équipe, être attractif et contractualiser moins de vacataires). Les acteurs seront alors dans la co-construction pour trouver une solution pérenne au problème.

Dans cette négociation, il faut également analyser les sources de pouvoir (Michel Crozier et Erhard Friedberg 1977)⁸¹. Ici, les IADE ont un pouvoir de négociation important. Un marché du travail en tension, ils sont sollicités dans tout le CHRDS, ils actualisent leurs connaissances et se tiennent au courant de l'évolution jurisprudentielle. Ils sont forts d'arguments difficilement opposables.

En tant qu'expert consultant, le rôle en COPIL est d'adopter une stratégie des alliés (Jean-Christian Fauvet 1983)⁸², en argumentant l'intérêt que les acteurs ont à participer et à entériner le changement organisationnel.

⁷⁹ J.L. Moreno ; Fondements de la sociométrie - Who shall survive ; PUF ; 1934 ; 1970.

⁸⁰ J.P. Boutinet ; Anthropologie du projet ; Paris ; PUF 1994.

⁸¹ M. Crozier – E. Friedberg ; L'acteur et le système ; Paris ; 1977 ; Éditions Poche ; 1992.

⁸² J.C. Fauvet ; La sociodynamique : un art de gouverner ; Paris ; Éditions Broché ; 1983 ; 1988.

Par déclinaison, les intérêts des acteurs sont :

- Binôme DSIRMT/DRH :
 - Recrutement pérenne.
 - Arrêt du mouvement social des IADE.
 - Parcours de soin sécurisé en anesthésie.
- Anesthésiste-Réanimateur chef de service :
 - Attractivité du DAR.
 - Équipe IADE stable.
 - Parcours de soins en anesthésie sécurisé.
- CSS IBODE :
 - Planning avec IADE fixe.
 - Ne plus gérer les incertitudes générées par les vacataires.
 - Ambiance de travail sereine au bloc opératoire.
- IADE :
 - Satisfaction au travail.
 - Sens du travail retrouvé.
 - Parcours de soins en anesthésie sécurisé.

3.3.2 Co-construire une organisation efficiente

Le degré de changement étant fort il faut mettre en place des ateliers de co-construction pour implémenter un nouveau design organisationnel (Norbert Alter 2010⁸³ – Jean-Michel Foudriat 2016⁸⁴). Des groupes de travail, désignés maintenant en management sous l'anglicisme « task forces » sont élaborés en COPIL au volontariat et par prédisposition à traiter une problématique ou un sujet. Les « task forces » feront un retour au COPIL du fruit de leur travail et le COPIL émettra des hypothèses de design organisationnel, fruits de réflexions et de de « benchmarking ».

ICI, DANS CE CAS

- Proposition d'augmenter l'amplitude des horaires de SSPI.
- Une SSPI ouverte la nuit par un IDE formé et dédié, mutualisé avec la salle de naissance.
- Co-construire entre CSSIBODE et IDE un nouveau planning aux horaires adaptés aux prises en soin des patients.
- Procédures et protocoles formalisés en anesthésie.

Le suivi du projet est confié à l'IADEC qui se positionnera comme expert consultant. Il managera en collaboration avec les IADE, le CSSIBODE et les Anesthésistes-Réanimateurs divers « task forces » décidés en COPIL.

⁸³ Ibid 61.

⁸⁴ Ibid 66.

Les directions demandent dans un premier temps de former deux « task forces » prioritaires afin d'établir un recueil de données permettant d'identifier les situations à risque effectives ou potentielles, et de faire une revue des événements indésirables concernant la sécurité anesthésique.

3.3.2.1 Task force 1 : Recueil de données « activité SSPI fermée »

En collaboration avec le CSS IBODE, le Département d'Information Médicale et les IDE de SSPI, un recueil de données a été fait sur six mois, concernant l'activité en SSPI gérée par les IADE après sa fermeture officielle, soit après 18 heures 30 et le week-end (Cf. Annexe 5, activités mois par mois).



TRACABILITE ACTIVITE SSPI par IADES après 18h30 sur 6 mois CHRDS

2018	SEMAINE 18h30 / 21h00	SEMAINE > 21h00	Total	Dont Césarienne	Concomitance SSPI / Chir en salle >18h30	Concomitance SSPI / César > 21h00	Weekend	Dont Césarienne	Concomitance SSPI chir /césar ou SSPI césar / césar
Mai	13	10	23	8	0 et 3 en A	0	20	7	0 et 1 Pb ressource (chir si césar)
Juin	15	17	32	12	1 GEU / César + 7 Pb ressources (chir si césar) et 3 en A	0	24	11	2
Juillet	16	9	25	12	4 et 12 en A	0	19	6	0
Aout	10	9	19	9	0 et 9 en A	0	9	6	1
Septembre	13	12	25	8	0 et 10 en A	1	15	7	3
Octobre	12	8	20	7	3 Pb ressources (chir si césar) et 12 en A		16	7	0 + 2 Pb ressources SSPI si césar)
Sous Total	79	65	144	56	4	1	103	44	6
TOTAL	144			56	4		103	44	6

A= 2 IADE et 2 MAR

Le recueil met en évidence de façon flagrante des situations critiques ou à risques. Sur six mois, il y a eu 247 interventions dont 100 césariennes en urgence sur des plages horaires où la SSPI est officiellement fermée. 168 interventions ont été faites avec la présence d'un seul IADE pour gérer la SSPI, le bloc opératoire et la salle de naissance. Sur cette période, 74 situations ont été potentiellement à risque car aucun IADE n'était disponible pour des urgences « à la minute », notamment en cas de césarienne en urgence ou d'interventions en salle de naissance. Dans ces cas l'IADE est souvent occupé en SSPI.

Il convient de rappeler que l'Obstétrique est une rare discipline médicale où l'urgence est à traiter immédiatement (souffrance fœtale aigue).

Ce recueil de données quantitatif est corroboré par les déclarations des événements indésirables sur l'année 2018 (Cf. Annexe 6) qui dénoncent ces situations. Ces événements sont toutefois probablement sous-déclarés en raison de l'usure professionnelle chronique des IADE, et la présence massive d'IADE vacataires, frileux à la déclaration.

Il fut légitime aussi de valoriser le travail « invisible », « non tracé » de l'IADE de garde, que ce soit en journée ou en période de garde. Il est très fréquemment sollicité pour des interventions en salle de naissance ou dans les services à la demande des IDE ou des médecins pour des expertises ou des actes ponctuels. Et ce, en plus de l'activité chirurgicale liée à la PDSE et les césariennes en urgence, qui elles, sont tracées.

3.3.2.2 Task force 2 : recueil de données « activité des IADE hors bloc central »

Il a été décidé de procéder à un recueil d'activité quantitatif et qualitatif des IADE hors du bloc central sur trois mois.



Interventions hors bloc opératoire des IADE fixes du 7 Octobre 2018 au 3 janvier 2019

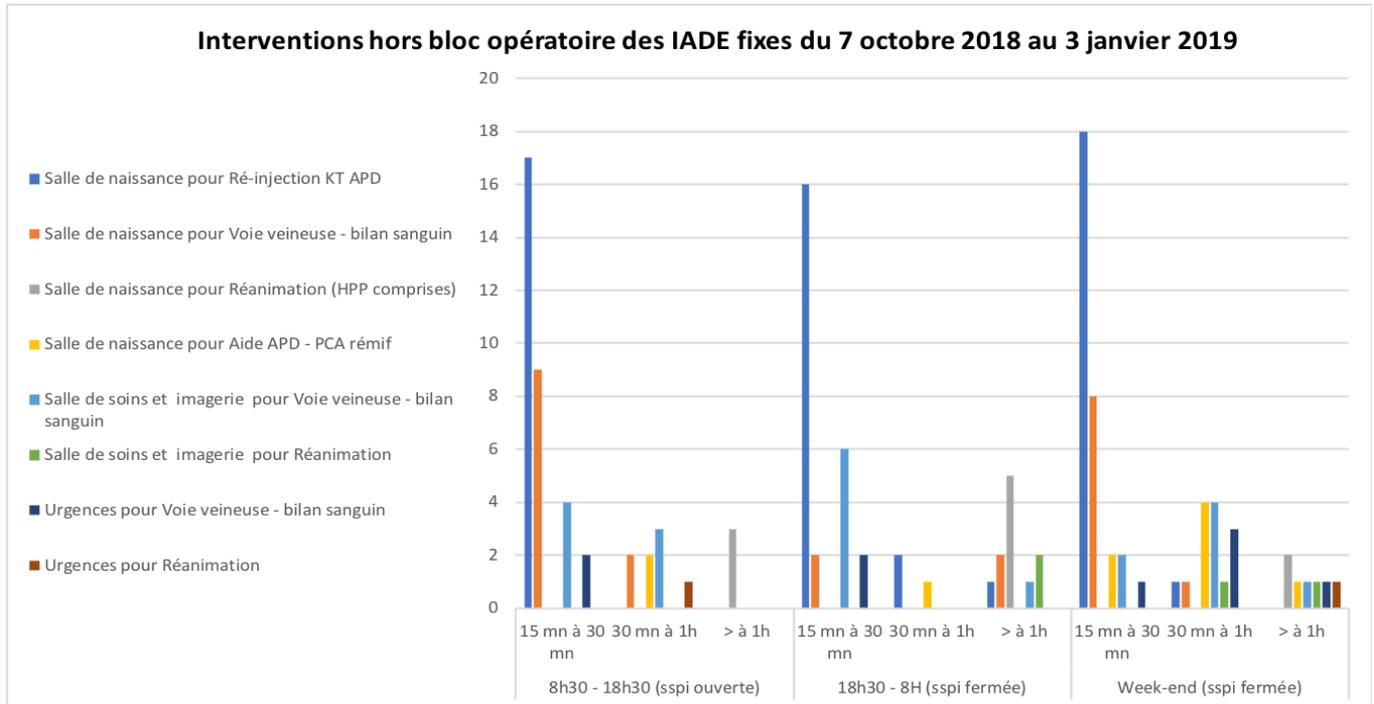
		8h30 - 18h30 (sspi ouverte)			18h30 - 8H (sspi fermée)			Week-end (sspi fermée)		
		15 mn à 30 mn	30 mn à 1h	> à 1h	15 mn à 30 mn	30 mn à 1h	> à 1h	15 mn à 30 mn	30 mn à 1h	> à 1h
Salle de naissance	pour Ré-injection KT APD	17			16	2	1	18	1	
	pour Voie veineuse - bilan sanguin	9	2		2		2	8	1	
	pour Réanimation (HPP comprises)			3			5			2
	pour Aide APD - PCA rémif		2			1		2	4	1
Salle de soins et	pour Voie veineuse - bilan sanguin	4	3		6		1	2	4	1
	pour Réanimation						2		1	1
Urgences	pour Voie veineuse - bilan sanguin	2			2			1	3	1
	pour Réanimation		1							1

Total actes jour	43	Total actes garde	40	Total actes WE	52
------------------	----	-------------------	----	----------------	----

Total actes	135
-------------	-----

Total interventions IADE SSPI fermée	92
--------------------------------------	----

A noter : 3 interventions de réanimation supérieures à 2h



On peut remarquer la multitude de sollicitations diverses dont les IADE font l'objet.

- Salle de naissance :
 - Analgésie obstétricale et injection périurale
 - Pose de voie veineuse et bilan sanguin
 - Réanimation dont HPP
 - Aide à la périurale et Pompe Auto Contrôlée de Rémifentanyl
- Salle de soins et imagerie :
 - Voie veineuse et bilan sanguin
 - Réanimation
- Urgences :
 - Voie veineuse et bilan sanguin
 - Réanimation

Sur trois mois, l'IADE de garde a été sollicité 135 fois dont 92 fois lorsque la SSPI est fermée (soir, nuit et week-end), soit, à des moments où il est potentiellement indisponible car en surveillance. La durée moyenne des interventions est de vingt minutes. Il a été sollicité onze fois pour des réanimations, autrement dit, pour des soins en urgence vitale, dont trois ont duré plus de deux heures.

Il semble alors assez prudent d'affirmer que l'IADE de garde doit être disponible pour ce dont il est compétent, en exclusivité.

3.3.2.3 Task force 3 : Benchmarking, étude d'un poste IDE de nuit mutualisé

Il a fallu prospecter et voir quelles sont les organisations implémentées au sein d'autres structures similaires en activités chirurgicales et obstétricales (public ou ESPIC).

En région francilienne, il s'avère que les SSPI fermant aussi tôt sont rares. Elles assurent au minimum une ouverture jusqu'à la garde de nuit. Dans ce cas, les parturientes, en post opératoire d'une césarienne, retournent souvent en salle de naissance sous la surveillance d'un IADE jusqu'à la réversion du bloc sensitivomoteur ou un score d'Aldrète suffisant pour la confier aux Sages-Femmes. Aucun risque ainsi pour que la parturiente puisse rester seule si l'IADE est sollicité pour une urgence.

Dans d'autres structures, la SSPI est ouverte H24 avec un personnel infirmier dédié et formé. Mais au vu du caractère sporadique des urgences, ce personnel infirmier est mutualisé avec la salle de naissance où il assiste l'Anesthésiste-Réanimateur pour la pose d'anesthésie péridurale, assurent des soins infirmiers divers pour « soulager » les Sages-Femmes. En cas de césarienne, il reprend sa place en SSPI. Cette organisation vise à promouvoir une collaboration sur le principe du « gagnant-gagnant ». Elle a été optée notamment par le chef de file du GHT 92 (Centre Hospitalier des Quatre Villes).

Une fiche de poste est proposée à la DSIRMT afin d'identifier les compétences infirmières nécessaires (Cf. annexe 8). Une importance est donnée au fait que ce poste infirmier dépend totalement du DAR, et est mutualisable avec la salle de naissance dès lors que la SSPI est vide. L'IDE peut seconder l'Anesthésiste-Réanimateur lors des poses de péridurale, effectuer des soins infirmiers sur prescription médicale (Obstétriciens, internes et Sages-Femmes) en secteur des naissances. Si une césarienne est effectuée en urgence, il regagne la SSPI afin d'y dispenser les soins de surveillance adéquats. Une collaboration avec le pôle obstétrical est indispensable à l'implémentation d'une telle organisation (SF coordinatrice).

3.3.2.4 Task force 4 : « Onboarding » des vacataires et des nouveaux IADE

Un plan d'action global sur le CHRDS a été mis en place à l'initiative de la DSIRMT sur l'accompagnement des nouveaux professionnels arrivants, quelque soit leur fonction, en partenariat avec le prestataire de formation « Synergie DCP ». Un IADE de l'équipe a rejoint ce groupe afin de mettre en place un passeport de tutorat répondant aux exigences d'une charte du tutorat. Cet accompagnement permettra une meilleure intégration des futurs IADE et des nouveaux vacataires, et peut être un atout d'attractif.

Le passeport de tutorat doit permettre au nouvel arrivant de repérer les différentes étapes de son parcours d'intégration. Il concrétise la démarche d'accompagnement engagée par l'établissement et permet au tuteuré un retour sur les événements qui ont marqué sa prise de fonction.

Il a pour vocation de favoriser l'accompagnement, le suivi de l'évolution professionnelle du nouvel arrivant en objectivant les phases indispensables d'évaluation des compétences. Il permet l'individualisation du parcours d'intégration. Très rapidement, une communication sur le projet institutionnel sera donnée aux équipes. L'information sur le passeport de tutorat et la charte de tutorat sera adaptée au DAR. Un livret d'accueil est formalisé afin d'accompagner plus précisément les nouveaux IADE dans les procédures, les protocoles et les particularités liés à l'établissement et à ses spécialités. Des tuteurs sont nommés pour amorcer la démarche d'accompagnement dès les nouveaux recrutements.

3.3.2.5 Task force 5 : élaboration de protocoles et de procédures

Sous la responsabilité du chef de service du DAR, un groupe de travail est mis en place avec deux IADE et différents Anesthésistes-Réanimateurs afin d'élaborer des protocoles de soins anesthésiques conformes aux recommandations de la SFAR. Le but est bien entendu d'uniformiser les pratiques pendant une phase conjoncturelle ou beaucoup de vacataires IADE et médicaux sont amenés à exercer au sein du CHRDS tant au bloc opératoire qu'en secteur obstétrical (anesthésie péridurale, pompe autocontrôlée d'analgésie épidurale et de rémifentanyl, choc anaphylactique, intubation difficile, fibroscopie, hémorragie du post-partum, arrêt cardio-respiratoire...).

Le DAR et le Service de gynécologie-obstétrique ont élaboré des procédures concernant le parcours du patient en période de permanence de soins (soir et week-end), notamment pour répondre à des désorganisations récurrentes lors de concomitances (chirurgie en cours, patient en SSPI, césarienne en urgence), (Cf. annexe 7).

3.3.3 Macro planning et échéances du projet

Dès l'alerte de l'équipe IADE en janvier, un COPIL est mis en place pour suivre l'évolution de la situation, être à l'écoute et comprendre les préoccupations des professionnels. Plus qu'une négociation, une coopération se met en place. Les arguments des IADE sont documentés et agréments d'expériences. Des propositions sont faites pour élaborer divers « task forces ».

Un macro planning inspiré d'un Gantt permet de prévoir dans le temps la processus aboutissant à la nouvelle organisation souhaitée. Plusieurs fois le COPIL se réunira pour suivre l'évolution des groupes et proposera in fine au Conseil de Bloc le design organisationnel retenu.

Après la validation du Conseil, une démarche active de recrutement infirmier débutera afin de compléter l'équipe de jour et élaborer une équipe de nuit, permettant la continuité des soins en SSPI sur 24 heures.

Le Gantt initialement prévu et son séquençement n'ont pas été totalement respectés, notamment par une difficulté dans le suivi des groupes de travail, d'autres priorités au niveau de la direction et un temps de réponse à candidature plus long qu'envisagé.

MACRO PLANNING ET ÉCHEANCES DU PROJET



COFIL : Comité de Pilotage (IADE - IADEC - CSS IBODE - MAR chef de service - DSIMRT et DRH).

Task Forces :

- 3 groupes (Étude activité hors horaire d'ouverture de SSPI, actes IADE hors bloc, cartographie des compétences en anesthésie, étude du poste IDE de nuit en SSPI mutualisée avec la salle de naissance (benchmarking)).
- Groupe direction DSIMRT - DRH - CSS (Étude des moyens RH possible, aval DG).
- Groupe Anesthésiste - IADE (protocoles).
- Groupe bipolaire (DAR et GO pour élaboration de procédures).

CRBLOC : comité restreint du bloc opératoire (valide une procédure en cours mandatée par le conseil de bloc).

Conseil de Bloc : Valide la proposition du COFIL et la mise en place du projet.

3.3.4 Solutions organisationnelles retenues

La réorganisation du DAR s'est focalisée sur la garantie d'une continuité des soins en SSPI H24 par des professionnels IDE dédiés et formés, afin de sécuriser le parcours de soins en anesthésie.

Les solutions envisagées hybrides n'ont pas été retenues, comme la seule création d'une équipe infirmière de nuit sans élargir l'amplitude horaire de jour et assurer les week-end de jour seulement en astreinte infirmière. Des situations d'insécurité auraient pu encore être générées et aboutir à un retour à la situation de départ.

L'équipe présente de jour est renforcée d'un ETP supplémentaire permettant une amplitude horaire sur 12 heures (7 heures 30 - 19 heures 30) sur une semaine complète, week-end compris.

Une équipe IDE de nuit est créée sur une amplitude de 12 heures (19 heures 30 - 7 heures 30), sur une semaine complète, week-end compris. La particularité de ce poste de nuit est sa mutualisation avec le secteur des naissances en cas d'inactivité en SSPI.

Le budget annuel alloué à cette nouvelle organisation (quatre postes infirmiers) est de l'ordre de 200 000 euros, charges patronales comprises.

Les procédures permettent de formaliser le parcours du patient pendant les périodes de permanence des soins et de sécuriser les urgences obstétricales.

Les protocoles uniformisent des pratiques à risque en période d'appel à de nombreux vacataires.

Le rôle de l'Infirmier Anesthésiste coordinateur est renforcé dans le management et la gestion du DAR, en collaboration avec le CSSIBODE.

3.3.5 Résultats attendus et évaluation du projet

Les résultats attendus après la gestion de la situation problématique seraient de trois ordres. Il faut d'abord que le DAR retrouve son attractivité. L'aboutissement positif à l'appel à candidature d'IADE, muet depuis un an, en serait un bon indicateur. Ensuite, un sentiment de satisfaction au travail retrouvé pour les IADE, notamment par la valorisation et la reconnaissance de leurs compétences et de leur expertise amorcerait un changement vertueux. Enfin, il s'agit de garantir un parcours de soins en anesthésie sécurisé grâce à une organisation des soins en Anesthésie-Réanimation pertinente et sécurisée intégrant l'augmentation de l'activité de la chirurgie viscérale et gynéco-obstétricale, et répondant aux critères réglementaires, recommandés et conformes aux critères de la Haute Autorité de la Santé (HAS) :

- Intégrant les critères de sécurité en anesthésie recommandés et réglementaires (notamment en secteur à risque comme l'obstétrique).
- Répondant aux critères de certification HAS (manuel V2014) :
 - Critère 8a (qualité et sécurité des soins)
 - Critère 8b (obligations légales et réglementaires)
 - Critère 18b (urgences vitales)
 - Critère 26a (organisation du bloc opératoire)

Cette organisation doit être en adéquation avec la prise en charge globale du patient au bloc opératoire.

Les patients seraient ainsi pris en soin de façon optimale, dans une organisation ressentie comme non lacunaire avec un effet de réputation positif pour le CHRDS (notamment pour le secteur obstétrical, très soumis à l'appréciation des forums d'utilisateurs en ligne). D'ailleurs, par les Indicateurs sur la Qualité et la Sécurité des Soins (IQSS 2019), le taux de satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO peut être évalué grâce à « e-Satis ».

Le renforcement de la sécurité dans l'exercice des IADE se vérifiera par la garantie d'IADE disponibles pour toutes urgences potentielles et toutes demandes d'interventions ponctuelles, car il ne sera plus en surveillance en SSPI. Le binôme compétent en anesthésie (Anesthésiste - IADE) doit être indissociable pour l'induction anesthésique des patients.

- Salle de naissance et Césarienne en urgence
- Urgences chirurgicales vitales et fonctionnelles
- Demandes d'aide des autres services

L'exercice de l'IADE doit se recentrer sur son expertise et sur son cœur de métier.

L'évaluation du projet est forcément liée aux résultats attendus. Les indicateurs permettant de l'apprécier sont redondants mais incontournables.

La transformation organisationnelle pourra a posteriori être évaluée au regard des écarts entre les résultats attendus et ceux réellement obtenus. Outre une SSPI ouverte H24, plusieurs indicateurs qualitatifs ou quantitatifs pourraient être appréciés. Le premier concernerait la fréquence des situations à risque ou le parcours du patient en anesthésie serait encore faillible. Un autre indicateur serait la disponibilité de l'IADE de garde pour des sollicitations diverses.

Le taux de déclaration des événements indésirables dénonçant des situations à risque est un indicateur également de l'efficacité organisationnelle du projet. Cette évaluation tient compte des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité de Soins (IPAQSS) édités par la HAS concernant l'anesthésie.

Deux indicateurs plus ciblés « Ressources Humaines » seraient le taux de satisfaction des IADE suite à la nouvelle organisation finalement adoptée (entretiens annuels, rendu d'expérience en COPIL, Conseil de Bloc) et le nombre de postes IADE pourvus, faisant acte d'une attractivité retrouvée du DAR.

Au final, il s'agit de retrouver l'attractivité du DAR, fidéliser les IADE fixes, aboutir sur des candidatures aux postes vacants et diminuer les appels aux vacataires.

CONCLUSION

Au début de ce projet ont été cités Yves Clot et Michel Gollac : « *La bonne organisation ne se décrète pas, ne s'octroie pas, elle se négocie et se co-construit* »⁸⁵.

On peut aisément s'apercevoir qu'un mouvement d'insatisfaction d'un corps professionnel ne peut effectivement trouver une issue que par la co-construction d'une organisation adaptée.

Dans ce projet managérial, les préoccupations des Infirmiers Anesthésistes ont été prises en compte, pour avec eux, identifier les origines de leur insatisfaction et confirmer les lacunes sécuritaires de l'organisation vécues depuis plusieurs mois.

Une valorisation des compétences des Infirmiers Anesthésistes, tant au niveau quantitatif que qualitatif, une revue des réglementations et des recommandations actualisées en Anesthésie-Réanimation-Obstétricale, ont permis, en groupes de travail, d'aboutir à un nouveau design organisationnel, consensuel et validé en trans-polarité (Conseil de Bloc, Direction, CHSCT).

Une mutation managériale vers un leadership transformationnel (management participatif) est essentielle à cette co-construction. Elle doit être au service d'une reconnaissance et d'une meilleure qualité de vie au travail des professionnels.

Validée en Février 2019 et implémentée en Juin 2019, cette nouvelle organisation permet la continuité des soins en SSPI H24 par des professionnels Infirmiers dédiés et formés.

La création de quatre postes pour le permettre n'est pas négligeable dans un Centre Hospitalier qui est en tension financière, mais qui s'adapte malgré tout aux alertes de professionnels convaincus.

La sécurité du parcours de soins en anesthésie ne peut pas être reléguée au second plan, d'autant plus lorsque sa perfectibilité est une des causes de délitement d'une équipe.

La particularité innovante de la mutualisation du poste Infirmier de nuit entre le Département d'Anesthésie-Réanimation (SSPI) et le Service de Gynécologie-Obstétrique (Salle de naissance), nécessite une collaboration étroite entre ces deux pôles afin d'utiliser et d'apprécier au mieux et de façon adaptée les compétences infirmières.

Des protocoles et des procédures en anesthésie formalisés permettent également d'uniformiser et de sécuriser les pratiques. Le tutorat des futurs Infirmiers Anesthésistes recrutés et des vacataires va également dans ce sens sécuritaire.

Par ce nouveau design organisationnel, le DAR peut retrouver son attractivité, aboutir à de nouveaux recrutements, stopper l'hémorragie des professionnels et fidéliser ceux encore présents.

Dans une projection d'avenir assez proche, de nouvelles évolutions vont impliquer des changements notables.

Un changement prévu de la chefferie du DAR et du Service de chirurgie viscérale va probablement remettre en considération des conventions collaboratives avec des Établissements de Santé du territoire afin de répondre aux besoins de la population et d'être compétitif sur un territoire déjà très pourvu en offre de soins.

La chirurgie carcinologique est confiée à l'Institut Hospitalier Franco-Britannique (IHFB) de Levallois-Perret et prise en charge par des chirurgiens du CHRDS compte

⁸⁵ Ibid 1

tenu de l'autorisation délivrée par l'ARS à l'Institut. Une collaboration entre les Services d'Accueil des Urgences est également en cours.

Un partenariat est envisagé avec l'IHFB afin de créer un Département d'Anesthésie-Réanimation mutualisé sur les deux structures, malgré un statut différent, l'IHFB étant un ESPIC. Cette fusion permettrait d'amplifier l'attractivité des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs et des Infirmiers Anesthésistes avec une mobilité sur les deux structures.

Il conviendra dès lors d'uniformiser plus de procédures.

En ce qui concerne le GHT 92, la collaboration avec le chef de file des Quatres Villes (Saint Cloud) est encore très difficile. Cependant, en application de l'article L6132-4 du CSP du 26 janvier 2016 la Haute Autorité de Santé prévoit une certification V2020 conjointe pour les Établissements Publics de Santé. Un compte qualité unique au GHT doit piloter une réflexion sur la mise en commun de procédures et d'organisations ayant les mêmes bases de « process ».

Un des défis managériaux sera de composer avec d'autres cultures et priorités institutionnelles, faire des concessions et des choix. La santé du GHT doit être à la hauteur de la qualité du service rendu à la société. Il faut transposer le soin au management, le temps, comme l'écoute, pour que ne disparaisse pas de la ligne d'horizon notre objectif commun et premier : le soin.

BIBLIOGRAPHIE

Documents institutionnels

- Lhuillier N., chargée de communication, CHRDS Plaquette « 80 ans de l'Hôpital de Courbevoie-Neuilly-Puteaux » 2015.
- Latger C., Directrice Générale du CHRDS ; Projet d'Établissement 2013-2018,
- Conduché C., Directrice des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechnique du CHRDS ; Projet de soins 2012-2017.

Ouvrages

- Dejours C. ; Souffrance en France ; Éditions Points ; Paris ; 2009, 2014.
- Clot Y., Gollac M. ; Le travail peut-il devenir supportable ; Éditions Armand Collin ; Paris ; 2014, 2017.
- Clot Y. ; Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux ; La Découverte ; Paris ; 2010 ; page 178.
- Brami L., Damart S., Detchessahar M., Devigne M., Habib J., Kletz F., Krohmer C. ; L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital, comprendre et agir ; Mines Paritech ; Collection économie et gestion ; Éditions Presses des Mines ; Paris ; 2014.
- Igalens J. ; Satisfaction au travail ; Encyclopédie de la gestion et du management ; Éditions Dalloz ; Paris ; 1999.
- Alter N. ; Donner et prendre. La coopération en entreprise ; Éditions La Découverte ; Paris ; 2010.
- Legault G.A. ; Crise d'identité professionnelle et professionnalisme ; Éditions Presses de l'université de Québec ; 2003.
- Nicolet M. ; L'infirmier anesthésiste ; Édition Flammarion Médecine-Sciences ; Paris ; 2003.
- Jodelet D. ; Les représentations sociales, PUF, Paris, 1989.
- Dubar C. ; La socialisation-5e édition : Construction des identités sociales et professionnelles ; Éditions Armand Collin ; Paris 2000, 2015.
- Honneth Axel ; La lutte pour la reconnaissance ; [Kampf um Anerkennung] ; Traduit de l'allemand par Pierre Rusch ; Collection Folio-Essais ; Éditions Gallimard ; Paris ; 1992, 2013.
- Bres G. ; J'ai peur de ne pas me réveiller : tout ce que vous voudriez savoir sur l'anesthésie avant d'être opéré ; Editions du Seuil ; Paris ; 1988.
- Hollnagel E., Pariès J., Woods D. et Al ; Resilience engineering in practice : A guidebook ; Ashgate studies in resilience engineering ; Surrey University(UK) ; 2010.
- Kohn L., Corrigan J., Donaldson M. ; To err is human ; building a safer healthcare system ; National Academy Press ; Washington DC ; 1999.
- Foudriat M. ; La co-construction. Une alternative managériale ; Presses de l'EHESP ; Collection « Politiques et interventions sociales » ; Rennes ; 2016.
- Delaloy M. ; Le management des chefs de service dans le secteur social et médico-social ; Éditions Dunod ; Paris ; 2014.
- Reason J. ; L'erreur humaine ; Presses des Mines ; Paris ; 1993, 2013.

- Moreno J.L. ; Fondements de la sociométrie - Who shall survive ; Paris ; PUF ; 1934 ; 1970.
- Boutinet J.P. ; Anthropologie du projet ; Paris ; PUF 1994.
- Crozier M., Friedberg E. ; L'acteur et le système ; Paris ; 1977 ; Éditions Poche ; 1992
- Fauvet J.C. ; La sociodynamique : un art de gouverner ; Paris ; Éditions Broché 1983 ; 1988.

Textes Réglementaires

- Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la Santé Publique, articles D. 6124-91 et D. 6124-103 du Code de la Santé Publique.
- Article D 6124-101 du Code de la Santé Publique, relatif à la Salle de Surveillance post-Interventionnelle.
- Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998, articles D. 6124-35 et D. 6124-63 du Code de la Santé Publique, relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale.
- Décret 2017-316 du Code de la Santé Publique du 10 mars 2017 relatant les conditions d'exercices et les actes infirmiers relevant de la compétence des Infirmiers Anesthésistes.

Arrêts de justice

- Arrêt n° 13-21607, Cours de Cassation du 10 décembre 2014.
- Arrêt du 30 juin 2017, Tribunal de Grande Instance de Bobigny.

Recommandations

- SFAR ; Recommandation concernant la surveillance et les soins post-anesthésique ; septembre 1990.
- Docloy-Bouthors A.S., Tourres J., Malinovsky J.M. ; pour le groupe d'experts de la SFAR et des sociétés et groupements professionnels associés ; Organisation de l'anesthésie-réanimation obstétricale ; Mai 2016 ; Anesthésie & Réanimation ; SFAR ; Elsevier-Masson 2016.

Articles

- Lienhart A. ; Décret sur la sécurité anesthésique : 20 ans après ; Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, volume 13, numéro 12 ; décembre 2014 ; Elsevier Masson ; pages 615-616.
- Lienhart A. et al ; La mortalité anesthésique en France : résultats de l'enquête Sfar-CépiDc-Inserm ; InVs, BEH n° 14, 10 avril 2007.
- Club de l'histoire de l'anesthésie et de la réanimation ; La sécurité en anesthésie, analgésie, réanimation, Samu, Notre histoire, de 1945 aux années 2000 ; Glyphe Paris, pages 279-285, 2014.
- Chassard D. ; Mortalité liée à l'anesthésie-réanimation. Résultat de l'ENCMM, France 2010-2012 ; Anesthésie & réanimation, SFAR, Elsevier Masson ; Janvier 2018, Volume 4, Numéro 1, pages 75-79.

- Ranvier-Davelu E., Reumaux L., Tavernier B., Richrt P., Ducloy-Bouthors A.S. ; Impact de la mise en place d'une permanence de soins infirmiers anesthésistes en secteur de naissance sur la qualité de l'anesthésie-réanimation et analgésie obstétricale ; Anesthésie & Réanimation, Septembre 2018 ; SFAR, Elsevier Masson 2018 ; Volume 4, Numéro 5, pages 366-369.
- Rad De Moraes A. ; Factors Affecting Employees' Job Satisfaction in Public Hospitals: Implications for Recruitment and Retention. ; A Journal of General Management N° 34 ; 2009 ; pages 51-66.
- Lassner J. ; L'enseignement de l'anesthésie à Paris en 1939 ; Cahier d'anesthésiologie n° 45, page 465-466 ; 1997.
- Bauman J. ; Professeur Pierre Moulouguet (1890-1981) ; La nouvelle Presse Médicale ; 10 ; n° 26 ; 13 juin 1981.
- Balagny E. ; Infirmiers anesthésistes, histoire d'un combat ; Oxymag n° 100 ; Juin 2008 ; pages 6-9.
- Véga A. ; Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles ; Sciences Sociales et Santé Année 1997 15-3 ; 103-132.
- Cuvelier L. ; L'ingénierie de la résilience : un nouveau modèle pour améliorer la sécurité des patients ? L'exemple de l'anesthésie ; Santé Publique ; Volume 25, N° 4 ; 2013 ; pages 475-482.
- Ellenberg E. ; Le management des risques à l'hôpital ; Actualité et Dossier en Santé Publique N° 45 ; Haut Conseil de la Santé Publique ; décembre 2003.
- S. Lamy, R. de Gaudemaris, A. Sobaszek et Al ; Améliorer les conditions de travail à l'hôpital : ORSOA, de la démarche de recherche à l'action de prévention ; Santé publique 2013 ; n° 4 ; volume 25 ; pages 389-397.
- Haliday H. ; le management en santé au service de la qualité de vie au travail des professionnels ; Éthique et Santé ; volume 15 ; n° 2 ; Édition Elsevier ; 2018 ; pages 118-124.
- Brunelle Y. ; Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner ; Pratiques et Organisation des Soins ; vol 40 n°1 ; janvier-mars 2009 ; pages 39-48.

Webographie

- Agence Nationale d'Aide à la Performance (ANAP), Hospidiag®
http://hospidiag.atih.sante.fr/cgibin/broker?_service=hospidiag&_sessionid=/hho3.3HJK6&_port=5197&_program=hd.hospidiag.sas&_debug=0&finess=920026374&tab=1&anfocus=2017 ; consulté le 28-02-2019.
- INSEE, dossier complet, département des Hauts-de-Seine
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-92#chiffre-cle-1> ; consulté le 28-02-2019.
- Quéguiner Thomas « Le CH des Rives-de-Seine confirme qu'il ne revendra pas son site de Puteaux » Hospimedia du 08/02/2019 ; <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20190207-finance-le-ch-des-rives-de-seine-confirme> ; consulté le 19/02/2019.
- Bassez Arnaud; Salle de Surveillance Post-Interventionnelle, extubation par IDE, qui fait quoi en SSPI, 2 mai 2009 ; <https://sofia.medicalistes.fr/spip/spip.php?article479> ; consulté le 15-03-19.
- Tamburini Stéphanie, juriste, MASCF ; Qui fait quoi en salle de réveil ; <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Actes-de-soins-technique-medicale/qui-fait-quoi-en-salle-de-reveil-anesthesie> ; MAJ 12-11-18, consulté le 15-03-19.
- Inserm 1153-Equipe EPOPé ; <http://www.epopé-inserm.fr/grandes-enquetes/enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles> ; consulté le 12-02-19.

- Service développement de la certification, HAS ; Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance, guide méthodologique de certification, mars 2014.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf ; consulté le 14-02-2019.
- Dima M., juriste, MACSF ; SSPI du bloc obstétrical : présence continue d'un infirmier indispensable !
<https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Analyses-de-decisions/sspi-bloc-obstetrical-presence-infirmier> ; MAJ 07-12-2018 ; 14-02-2019.
- Kaldenberg D.O., Regrut B. ; Do satisfied patients depend on satisfied employees? Or, do satisfied employees depend on satisfied patients ? QRC Advisor : Mai 1999.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10351566> ; consulté le 15-03-2019.
- Grande enquête IADE 2018 ; SNIA.
http://www.snia.net/uploads/7/7/8/5/7785148/geiade_2018_snia.pdf ; consulté le 26/03/2019.
- Bauer D. ; Actusoins ; Les IADE, des infirmiers engagés sur de nombreux fronts ; 22 novembre 2018
<http://www.actusoins.com/author/dbauer> ; consulté le 26/03/2019.
- Favereau Éric ; Libération ; 8 septembre 1998 ;
https://www.liberation.fr/societe/1998/09/08/chevenement-toujours-dans-le-coma-deux-ombres-sur-une-anesthesie-le-ministre-n-a-pas-beneficie-de-la_247704 ; consulté le 23-03-2019.
- Moutot J.M., professeur en management, Audencia Business School ; Mythes et réalité de la co-construction en entreprise ; the conversation ; la tribune ;
<https://www.latribune.fr/opinions/tribunes/mythes-et-realite-de-la-co-construction-en-entreprise-745043.html> ; 26-07-2017 ; consulté le 23-03-2019.
- Quéguiner Thomas ; Hôpitaux et Ehpad sont incités à copier-coller les start-up pour séduire les paramédicaux ; Hospimédia 07/02/2019.
- Bertrand Thomas, Élève Directeur d'Hôpital EHESP ; Loron Antoine, Président de medGo ; Absentéisme et gestion des remplacements dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. <https://www.medgo.fr/resources> ; consulté le 10-04-2019.

Congrès

- Lassner Cl. ; Club de l'Histoire de l'Anesthésie et de la Réanimation ; La Société Française d'Anesthésiologie d'hier et d'aujourd'hui ; 44^{ème} Congrès National d'Anesthésie-Réanimation de la SFAR ; Paris ; 2002.
- Meyssonier R et Roger A. : XVII^{ème} Congrès de l'AGRH, IAE de Lille et Reims Management School ; L'impact du cocooning organisationnel et des opportunités d'emploi sur le lien entre satisfaction au travail et intention de quitter » ; Reims 16 et 17 novembre 2006.

ANNEXES

Annexe 1	Lettre de mission DSIRMT
Annexe 2	Décision de Certification HAS
Annexe 3	Compte de résultat 2017 – 2018 et EPRD 2019 à 2023 du CHRDS
Annexe 4	Activités chirurgicales du CHRDS 2017-2018
Annexe 5	Activités au bloc opératoire et SSPI en dehors des heures d'ouverture de la SSPI 2018 sur six mois
Annexe 6	Évènements indésirables anesthésie/bloc opératoire 2018
Annexe 7	Prise en charge permanence des soins week-end
Annexe 8	Fiche de poste IDE en SSPI de nuit (DAR), mutualisée avec la salle de naissance

ANNEXE 1

Lettre de mission DSIRMT

Désignation du projet :

Une nouvelle organisation des soins du Département d'Anesthésie-Réanimation au CHRDS

Commanditaire :

DSIRMT, Me Chantal Conduché

Nom du responsable du projet :

Nicolas Paulay, Infirmier Anesthésiste DE, DAR

Missions du responsable de projet :

- ❖ Proposer une organisation des soins en anesthésie-réanimation en lien avec les recommandations professionnelles de bonnes pratiques et de sécurité, grâce à une meilleure allocation des ressources humaines.
- ❖ Améliorer les conditions d'exercice des IADE et l'attractivité du département.

Moyens alloués :

- ❖ Rapport d'activité du CHRDS et des différents services concernés.
- ❖ Étude du terrain, travail collaboratif, groupes de travail.
- ❖ Synthèse des entretiens avec les professionnels du bloc opératoire fait par la direction de juin à septembre 2018.
- ❖ Plan d'action proposé par la direction en octobre 2018.
- ❖ Compte-rendu du CERBloc.

Modalités de reporting :

- ❖ Conseil de bloc
- ❖ Copil
- ❖ Réunion de service

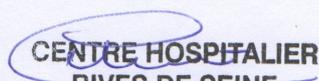
Durée : 2^{ème} semestre 2019

Documents de référence :

Cf. fiche projet : Réglementations législatives, recommandations professionnelles, concepts (souffrance au travail, motivation au travail, reconnaissance, changements organisationnels, hôpitaux magnétiques...)

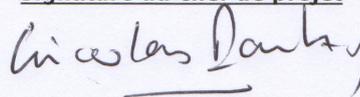
Date : 19-10-2018

Signature du commanditaire



CENTRE HOSPITALIER
RIVES DE SEINE
Direction des Soins

Signature du chef de projet



ANNEXE 2
Décision de Certification
HAS

Décision N°2018.0364/CCES/SCES-31710 du 01/06/2018 de la commission de certification des établissements de santé portant sur la procédure de certification de l'établissement de santé CENTRE HOSPITALIER RIVES DE SEINE

Par délégation du collège, la commission de certification des établissements de santé ayant valablement délibéré en sa séance du 01/06/2018,

Vu le code de la sécurité sociale et notamment ses articles L.161-37, R.161-70 et R.161-74 ; Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L.1414-4, L.6113-3, L.6113-4, L.6113-6, L.6113-7, L. 6132-4, L.6322-1, R.6113-14 et R.6113-15 ; Vu le règlement intérieur du collège ; Vu le règlement intérieur de la commission de certification des établissements de santé ; Vu la procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L. 6147-7 et L.6322-1 du code de la santé publique ; Vu le manuel de certification des établissements de santé V2010 ;

DECIDE :

Article 1^{er}

Le rapport de certification ci-joint est adopté.

L'établissement de santé **CENTRE HOSPITALIER RIVES DE SEINE**, situé **36 boulevard du général Leclerc 92205 Neuilly-Sur-Seine** est certifié avec recommandation(s) d'amélioration (Niveau B) pour une durée de quatre ans.

La présente décision sera remplacée par toute décision prise au titre de la certification conjointe prévue à l'article L 6132-4 du code de la santé publique à compter de la date d'intervention de celle-ci.

Article 2

La directrice de la Haute Autorité de santé est chargée de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au Bulletin officiel de la Haute Autorité de santé.

Fait le 01/06/2018.

Pour la commission de certification des établissements de santé : *Le président de séance*,
Stéphanie GENTILE

ANNEXE 3
Compte de résultat 2017,
2018 et EPRD 2019 à
2023 du CHRDS

EXECUTION DE L'EPRD
 SITUATION SYNTHETIQUE DES PREVISIONS ET REALISATIONS

Compte de résultat principal

CHARGES									
Numéro des titres	Intitulés	CRPP initial	Décisions modificatives	Virements de crédit	Prévisions totales	Net constaté	Écart réalisations - prévisions		
Titre 1	Charges de personnel - chapitres limitatifs	31 023 644,69	1 042 528,02	0,00	32 066 172,71	32 043 523,92	-0,07%		
Titre 1	Charges de personnel - chapitres évaluatifs	18 291 791,55	396 814,38	-14 677,99	18 673 927,94	18 319 402,67	-1,90%		
Titre 1	Charges de personnel	49 315 436,24	1 439 342,40	-14 677,99	50 740 100,65	50 362 926,59	-0,74%		
Titre 2	Charges à caractère médical	5 801 457,47	25 300,00	80 212,93	5 906 970,40	5 683 088,59	-3,79%		
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	7 460 852,20	175 113,51	231 300,62	7 867 266,33	7 442 868,65	-5,39%		
Titre 4	Charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	8 447 624,95	1 576 006,09	-296 835,56	9 726 795,48	9 383 717,09	-3,53%		
TOTAL DES CHARGES		71 025 370,86	3 215 762,00	0,00	74 241 132,86	72 872 600,92	-1,84%		
EXCEDENT		10 400,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%		

PRODUITS									
Numéro des titres	Intitulés	CRPP initial	Décisions modificatives	Virements de crédit	Prévisions totales	Net constaté	Écart réalisations - prévisions		
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	55 989 327,61	-321 805,37	0,00	55 667 522,24	54 436 443,01	-2,21%		
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	9 763 270,68	-1 135 262,21	0,00	8 628 008,47	8 572 332,56	-0,65%		
Titre 3	Autres produits	5 283 173,48	672 935,26	0,00	5 956 108,74	7 668 883,83	28,76%		
TOTAL DES PRODUITS		71 035 771,77	-784 132,32	0,00	70 251 639,45	70 677 659,40	0,61%		
DEFICIT		0,00	3 989 894,32	0,00	3 989 493,41	2 194 941,52	-44,98%		

REGLE DE PRESENTATION POUR LES LIGNES EXCEDENT ET DEFICIT

Lorsque la prévision totale permet de dégager un excédent, seule la ligne "excédent" pour les colonnes "CRPP", "DM" et "VC" sera servie.
 La DM ou le VC entraînant une réduction de l'excédent ne doit pas figurer dans la ligne "déficit", mais sur la ligne "excédent" avec un signe "moins".

Lorsque la prévision totale dégage un déficit, seule la ligne "déficit" pour les colonnes "CRPP", "DM" et "VC" sera servie.
 La DM ou le VC entraînant une réduction du déficit ne doit pas figurer dans la ligne "excédent", mais sur la ligne "déficit" avec un signe "moins".

CENTRE HOSPITALIER RIVES DE SEINE

EPRD 2019 initial (Annexe 1 - PGFP)
COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL PRINCIPAL (CRPP)

Situation examinée au 31/12 de chaque exercice

	PREVISIONS 2019	2020	2021	2022	2023
CHARGES					
Titre 1 - Charges de personnel	40 710 892,12	51 360 365,79	51 580 365,79	51 580 365,79	51 360 365,79
600 (sauf 60311, 60321, 60322, 60371)	38 760 426,33	47 760 370,23	47 760 370,23	47 760 370,23	47 760 370,23
641	23 238 851,31	23 493 267,74	23 493 267,74	23 493 267,74	23 493 267,74
647	5 289 523,71	5 766 835,25	5 766 835,25	5 766 835,25	5 766 835,25
Titre 2 - Charges à caractère hôtelier	4 806 594,05	4 607 500,00	4 607 500,00	4 607 500,00	4 607 500,00
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier & général	8 260 151,63	11 201 000,00	11 201 000,00	11 201 000,00	11 201 000,00
653	444 500,00	548 000,00	548 000,00	548 000,00	548 000,00
654	736 326,00	140 000,00	140 000,00	140 000,00	140 000,00
655	8 655 550,90	8 524 436,99	8 524 436,99	8 524 436,99	8 524 436,99
66	2 069 409,90	1 999 666,96	1 999 666,96	1 999 666,96	1 999 666,96
67 (sauf 675)	739 691,00	712 500,00	712 500,00	712 500,00	712 500,00
675	40 000,00	10 000,00	10 000,00	10 000,00	10 000,00
678 (sauf 6811 et 68742)	6 000 000,00	5 800 000,00	5 800 000,00	5 800 000,00	5 800 000,00
6811	5 310 000,00	5 410 459,14	5 359 936,14	5 359 936,14	5 359 936,14
68742	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DES CHARGES	72 084 838,70	75 693 304,48	75 715 106,34	75 600 014,23	75 586 837,20
PRODUITS					
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	55 468 196,63	59 231 962,99	59 241 071,76	58 491 585,73	58 650 526,31
73111,7312 et 7722	41 375 318,10	42 546 631,99	44 307 495,21	44 714 618,04	44 874 558,62
73112 et 73113	324 313,63	324 319,53	324 319,53	324 313,53	324 313,53
73114	3 147 244,00	3 280 714,16	3 280 714,16	3 280 714,16	3 280 714,16
73115	796 654,00	796 654,00	796 654,00	796 654,00	796 654,00
73116	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
73117	6 490 783,00	6 490 783,00	6 490 783,00	6 490 783,00	6 490 783,00
73118	1 982 251,00	1 726 251,00	1 726 251,00	1 726 251,00	1 726 251,00
73119	1 524 692,00	1 268 692,00	1 268 692,00	1 268 692,00	1 268 692,00
7471	1 355 623,00	1 305 577,00	1 305 577,00	1 305 577,00	1 305 577,00
Titre 2 - Autres produits de facticité hospitalière	8 664 870,57	8 635 249,47	8 635 249,47	9 479 804,08	9 500 226,34
Titre 3 - Autres produits	5 540 849,40	6 505 033,58	6 258 793,58	6 258 793,58	6 258 793,58
7087	342 891,00	360 000,00	360 000,00	360 000,00	360 000,00
76	44 043,22	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00
77 (sauf 7722,775,777)	611 899,26	525 000,00	425 000,00	425 000,00	425 000,00
775	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
777	56 763,58	90 033,58	113 783,58	113 783,58	113 783,58
78 (sauf 78742)	353 500,00	120 000,00	120 000,00	120 000,00	120 000,00
78742	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
60311, 60321, 60322, 60371	374 094,05	360 000,00	360 000,00	360 000,00	360 000,00
6032	50 291,63	50 000,00	50 000,00	50 000,00	50 000,00
609, 619 et 629	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
645, 6429 et 6439	342 126,00	60 000,00	60 000,00	60 000,00	60 000,00
6469, 6319, 6339	6 595,16	6 000,00	6 000,00	6 000,00	6 000,00
649	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DES PRODUITS	69 482 906,60	73 895 424,35	73 920 113,96	74 200 173,39	74 379 536,23
RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT OU DEFICIT)	-2 801 932,10	-1 797 890,13	-1 794 992,38	-1 399 840,84	-1 206 300,97
Résultat / total des produits du CRPP	-3,74%	-2,43%	-2,43%	-1,89%	-1,62%
Résultat hors aides budgétaires, neutralisation des opérations exceptionnelles	-2 495 973,94	-1 641 163,71	-1 641 275,96	-1 246 124,42	-1 052 584,55
Marge brute du CRPP	4 985 392,24	6 027 774,98	6 052 464,59	6 332 524,02	6 511 886,86
Taux de marge brute	7,38%	8,28%	8,31%	8,66%	8,89%
Marge brute du CRPP hors aides	4 985 392,24	6 027 774,98	6 052 464,59	6 332 524,02	6 511 886,86
Taux de marge brute hors aides	7,36%	8,28%	8,31%	8,66%	8,89%

ANNEXE 4
Activités chirurgicales du
CHRDS 2017-2018

Activités chirurgicales CHRDS 2017-2018

Somme de Nombre d'interventions	Médecin	Année 2017												Année 2018												Total 2018
		Mois												Mois												
		Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Total 2017	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Total 2018	
Chirurgie Générale et Digestive		114	105	114	102	110	119	93	58	92	91	81	1079	98	77	90	94	97	99	83	57	66	114	91	966	
Chirurgie Gynécologique		106	75	102	81	97	71	84	75	88	83	86	948	86	66	80	79	73	87	92	57	89	96	83	888	
Chirurgie Rythmologique		4	2	7	4	6	6	3	3		9	5	49	7	3	6	5	6	7		3	5	10	52		
Chirurgie Urologique		9	10	4	4	1			1	6	4	8	47	6	3	9	3	4	6	10	4	5	6	62		
Endoscopies Digestives sous AG		42	33	42	33	32	33	31	23	37	38	52	396	23	29	25	31	33	23	28	13	29	32	23	289	
Total général		275	225	269	224	246	229	211	160	223	225	232	2519	220	178	210	212	213	222	213	131	192	253	213	2257	

Nombre d'interventions par Chirurgiens à fin Novembre 2018 CHRDS

Somme de Nombre d'interventions réalisées	Type de chirurgie	Nom Praticien	Mois												Total général
			janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre		
Chirurgie Générale et Digestive		Branger Frédéric	24	23	31	19	30	26	33	9	21	32	18	266	
		Douchez Frédéric	42	19	34	36	43	41	17	20	36	37	30	355	
		Gizard Anne Sophie	32	35	25	39	24	32	33	28	9	44	42	343	
		Bron Marc										1	1	2	
		Total Chirurgie Générale et Digestive		98	77	90	94	97	99	83	57	66	114	91	966
Chirurgie Gynécologique		Bontoux Laure Marie	10	8	0	4	10	16	16	8	17	19	11	119	
		Daccache Dolly	1	3		1	3		1	1	3	3	2	18	
		Galimard Jérôme	5	2	8	12	1	6	3	8	3	4		52	
		Lambert Sixtine	3	6	1	1							4	15	
		Legoff Solène	7	5	8	3		6	4	2	11	2	10	9	67
		Moser Corinne	1					1		1			1	4	
		Naveau Alix	15	9	13	15	14	11	9	7	6	5	11	115	
		Poujade Olivier	25	18	32	23	15	25	25	6	33	23	19	244	
		Ricbourg Aude	19	15	18	20	23	25	15	8	17	19	14	193	
		Frimigacci Delphine								20	8	8	12	9	57
		Weymuller Victoire											4	4	4
Total Chirurgie Gynécologique		86	66	80	79	73	87	92	57	89	96	83	888		
Chirurgie Rythmologique		Zerhouni Khaled	7	3	6	5	6	7			3	5	10	52	
		Total Chirurgie Rythmologique	7	3	6	5	6	7			3	5	10	52	
Chirurgie Urologique		Ghoneim Tarek	6	3	9	3	4	6	10	4	5	6	6	62	
Total Chirurgie Urologique		6	3	9	3	4	6	10	4	5	6	6	62		
Endoscopies Digestives sous AG		Beloucif Lynda	0							1	0	0	1	3	
		Rosenbaum Alain	23	29	25	31	33	23	27	13	29	31	22	286	
Total Endoscopies Digestives sous AG		23	29	25	31	33	23	27	13	29	31	22	289		
Total général		220	178	210	212	213	222	213	131	192	253	213	2257		

Activité activités bloc opératoire CHRDS 2018

ANALYSE de l'ACTIVITE OPERATOIRE au CHRDS

	DANS TVO = A							HORS TVO = B					TOTAL = A + B					
	PROG	AJOUT	En URG	TOTAL	TVO en Heures	TROS en heures	Taux occupation de la VAC	PROG	AJOUT	En URG	TOTAL	TROS en heures	PROG	AJOUT	En URG	TOTAL	TVO en Heures	TROS en heures
Chirurgie DIGestive	108	24	55	187	464	294,93	63,6%	3	9	72	84	185,62	111	33	127	271	464	480,55
	57,8%	12,8%	29,4%					3,6%	10,7%	85,7%		38,6%						
Chirurgie GYNécologique	117	23	23	163	456	229,7	50,4%	14	6	85	105	150,13	131	29	108	268	456	379,83
	71,8%	14,1%	14,1%					13,3%	5,7%	81,0%		39,5%						
ENDOScopies	76	4	2	82	70,75	36,35	51,4%	0	2	0	2	2,3	76	6	2	84	70,75	38,65
	92,7%	4,9%	2,4%					0,0%	100,0%	0,0%								
RYTHmologie	1	13	0	14	30	18,22	60,7%	0	4	0	4	10,6	1	17	0	18	30	28,82
	7,1%	92,9%	0,0%					0,0%	100,0%	0,0%		37%						
UROlogie	17	0	0	17	58,5	26,43	45,2%	0	0	0	0	0,12	17	0	0	17	58,5	26,55
	100,0%	0,0%	0,0%					#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!								
DONT CESAR					1079,25	605,63	56,1%					348,77				658	1079,3	954,4
URGence			110			150,07						198,70					1079,3	804,33
												24,7%						
	319	64	80	463	1079,25	605,63		17	21	157	195	348,77	336	85	237	658	1079,3	954,4
	94,9%	75,3%	33,8%	70,4%		75,3%		5,1%	24,7%	66,2%	29,6%	36,5%	51,1%	12,9%	36,0%	100,0%		
												24,7%						
				463	70,4%			195	29,6%			658						

NOMBRE INTERVENTIONS PAR MEDECIN				
Service	ETP au CHCNP	Temps affecté au bloc (à titre indicatif)	Médecin	Nbre d'interventions
CHIRURGIE DIGESTIVE	1	0,4	GIZARD	95
ENDOSCOPIE	0,5	0,2	ROSENBAUM	82
ENDOSCOPIE			BELOUCIF	2
GYNECO-OBST	1	0,4	POUJADE	75
GYNECO-OBST	1	0,4	RICBOURG	50
CHIRURGIE DIGESTIVE	1	0,4	DOUCHEZ	103
CHIRURGIE DIGESTIVE			BRON	2
GYNECO-OBST	1	0	GALIMARD	7
CHIRURGIE DIGESTIVE	0,5	0,2	BRANGER	71
GYNECO-OBST	1	0,4	NAVEAU	22
			FRIMIGACCI	29
GYNECO-OBST	0,4	0	DACCACHE	8
GYNECO-OBST			BONTOUX	47
GYNECO-OBST			LAMBERT	4
CARDIOLOGIE	1	0,1	ZERHOUNI	18
GYNECO-OBST			PELISSIER	
GYNECO-OBST	1	0,1	LE GOFF	21
GYNECO-OBST			WEYMULLER	4
CHIRURGIE UROLOGIQUE	0,6	0,1	GHONEIM	17
GYNECO-OBST	0,2	0,1	MOSER	1
Total général				658

ACTIVITE TOUTES SPECIALITES CONFONDUES	2017		2018		Evolution 2018/2017
	Nombre	Part	Nombre	Part	
Interventions programmées	336	51%	223	42%	↑ 113
Interventions urgences	237	36%	225	42%	↑ 12
Interventions ajoutées	85	13%	88		↓ -3
Nombre total d'interventions	658		536		↑ 122

RATIOS MODES D'HOSPITALISATIONS	TOTAL	AMBUS	%	HOSPI	%	Evolution 2017/ 2016
Chirurgie DIGestive	271	85	31,4%	186	68,6%	
Chirurgie GYNécologique	268	89	33,2%	179	66,8%	
ENDOScopies	84	70	83,3%	14	16,7%	
RYTHmologie	18	0	0,0%	18	100,0%	
UROlogie	17	7	41,2%	10	58,8%	
TOTAL interventions	658	251	38,1%	407	61,9%	

HORS Salle 4 CESAR URG

ANNEXE 5

**Activités au bloc
opérateur et SSPI en
dehors des heures
d'ouverture de la SSPI
2018 sur six mois**

ACTIVITE CHIRURGICALE AVEC SORTIE DE SSPI APRES 18h30 en

SEMAINE

Mois de Mai 2018

2^e MAR jusqu'à 21h00

Qd chir en salle 3 si césar en URG faite en salle 1 car 1 seule
IBODE circulante à partir de 17h00 (2^e IBODE en AOP)

Pb ressources

Concomitance

Durée brève en SSPI < 30'

Date	Nom	Prénom	Date arrivée aux URG	Heure arrivée URG	Heure PU	Heure entrée en salle	Sortie de salle	Sortie SSPI	Intervention	Commentaires	
02/05/2018		Alexandre	01/05/2018	17:26		15:30	18:58	19:40	Appendicectomie coelio		
03/05/2018		Caroline	03/05/2018	17:25		19:29	21:00	21:40	Appendicectomie coelio	Mineur	
04/05/2018		Blaise	03/05/2018	10:49		17:33	20:06	21:00	Coelio explo digestive	Déjà venu le 01/05	
09/05/2018		Jorge	08/05/2018	10:25		16:46	19:30	20:30	Cholécystectomie coelio		
						21:52	23:02	00:10	Césarienne		
10/05/2018						00:19	01:01	02:40	Césarienne		
14/05/2018		Liane	13/05/2018	19:10		18:30	20:18	21:40	Appendicectomie coelio		
15/05/2018						02:47	03:36	05:10	Césarienne		
		Konstantin	14/05/2018	14:52		17:23	19:37	20:35	Appendicectomie coelio		
		Agostinho	Programmé à 13:30			16:10	17:46	19:40	Hernie ombilicale		
						21:20	22:02	23:38	Césarienne		
17/05/2018						03:20	03:52	05:45	Césarienne		
18/05/2018						16:54	17:28	18:47	Césarienne		
22/05/2018		Nathan	21/05/2018	21:38		16:27	18:01	19:35	Appendicectomie coelio	Mineur	
		Linda	22/05/2018	09:22		17:47	18:30	19:25	Bartholinite	Déjà venue le 20/05 21:23	
23/05/2018		Caroline	20/05/2018	19:34		15:30	17:37	18:55	Cholécystectomie coelio		
		Fateh	23/05/2018	15:34		19:22	20:00	20:22	Kyste pilonidal		
24/05/2018		Mabilda	Programmé à 11:45			14:17	19:00	20:20	Colectomie coelio		
28/05/2018		Xian	28/05/2018	12:51		20:58	22:06	22:52	GEU Coelio		
29/05/2018		Christian	29/05/2018	11:58		18:31	19:35	20:25	Appendicectomie coelio		
30/05/2018		Sébastien	Programmé à 12:00			12:15	18:00	19:14	Sigmoidectomie coelio		
31/05/2018						00:47	01:19	04:00	Césarienne		
						21:38	22:29	23:49	Césarienne		
Total	23 malades	12	11 chirurgie digestive dont 3 programmés			1 chirurgie gynéco					
		3	dont 1 chirurgie gynéco								
		8	Césarienne								

PAS de CONCOMITANCE SSPI et CESARIENNE ou CHIRURGIE et CESARIENNE

ACTIVITE CHIRURGICALE WEEK END et JOURS FERIES

2^e MAR jusqu'à 18:30 ou USC

Date	Nom	Prénom	Date arrivée aux URG	Heure arrivée URG	Heure PU	Heure entrée en salle	Sortie de salle	Sortie SSPI	Intervention	Commentaires	
05/05/2018		Safae	04/05/2018	22:10		23:38	00:39	00:46	Abcès inguinal		
		Marie	05/05/2018	08:26		13:50	14:47	15:06	Aspiration CB		
06/05/2018		Marwa	05/05/2018	10:47		10:01	11:12	12:30	Appendicectomie coelio		
		Clément	06/05/2018	09:33		11:47	12:27	13:08	Abcès axillaire		
		Nadia	05/05/2018	16:09		13:30	14:41	15:27	Hernie ligne blanche		
08/05/2018						18:06	19:45	21:46	Césarienne		
10/05/2018						00:19	01:01	02:35	Césarienne		
						08:43	09:33	11:09	Césarienne		
12/05/2018		Danielle	11/05/2018	21:43		10:07	11:22	12:06	Appendicectomie coelio		
19/05/2018		Stéphane	11/05/2018	20:20		11:51	13:10	13:36	Appendicectomie coelio		
		Maxime	18/05/2018	23:15		12:08	12:42	13:19	Abcès pied		
		Ilyes	19/05/2018	01:31		13:26	13:55	14:07	Abcès orteil		
						21:00	22:18	23:26	Césarienne		
21/05/2018						04:15	05:11	06:26	Césarienne		
		Valentine	20/05/2018	03:20		09:51	10:51	11:33	Kystectomie		
						17:24	18:20	19:26	Césarienne		
26/05/2018						22:28	23:47	00:44	Césarienne		
		Carmen	25/05/2018	15:57		09:36	10:41	11:43	Appendicectomie coelio		
		Anna	26/05/2018	06:45		08:16	09:15	10:52	Déchirure vaginale		
27/05/2018		Fahmatou	26/05/2018	15:49		11:49	12:28	12:47	Abcès axillaire		
Total	20 malades	12	10 chirurgie digestive			2 chirurgie gynéco					
		1	chirurgie gynéco								
		7	Césarienne								

PAS de CONCOMITANCE SSPI et CESARIENNE ou CHIRURGIE et CESARIENNE

ACTIVITE CHIRURGICALE AVEC SORTIE DE SSPI APRES 18h30 en SEMAINE

 2^e MAR jusqu'à 21h00 Qd chir en salle 3 si César en URG faite en salle 1 car 1 seule (BODE circulante à partir de 17h00 (2^e BODE en AOP))

Mois de Juin 2018

Concomitance Pb ressources Durée brève en SSPI < 30'

Date	Nom	Prénom	Date arrivée aux URG	Heure arrivée URG	Heure PU	Heure entrée en salle	Sortie de salle	Sortie SSPI	Intervention	Commentaires
01/06/2018						22:05	22:45	00:08	Césarienne	
04/06/2018		Joanna	04/06/2018	12:11		17:05	18:09	20:00	Escarresse	
05/06/2018		Cécile	05/06/2018	10:28		16:30	19:25	20:00	GEU	Fin Dr SL 18:47
						18:40	19:55	21:10	Césarienne	Dr SL
07/06/2018		Christian	06/06/2018	23:15		18:30	22:35	23:05	Cholecystectomie coelio	
08/06/2018						17:27	18:30	20:32	Césarienne	
11/06/2018						23:32	00:23	01:50	Césarienne	
						01:54	02:43	04:20	Césarienne	
		Encamacao	Programmé à 13:20			15:49	18:00	19:10	Repose anneau gastrique	Dégradé IADE GEU à insérer dans programmation à froid
						18:27	19:01	21:15	Césarienne	
12/06/2018						00:18	00:55	03:45	Césarienne	
		Karl	10/06/2018	02:24		19:20	20:28	21:40	HID étranglée	
13/06/2018		Nicolas	13/06/2018	16:39		19:06	20:18	21:40	Torsion testiculaire	
14/06/2018		Cécile	14/06/2018	09:12		16:08	18:13	19:40	Appendicectomie coelio	
15/06/2018						22:50	00:01	01:15	Césarienne	
18/06/2018		Reshma	Programmé à 09:45			14:07	17:40	19:15	Myomectomie	
						16:48	17:31	19:15	Césarienne	
19/06/2018						23:24	00:19	02:00	Césarienne	
21/06/2018						02:47	03:35	04:45	Césarienne	
		Pascal	Programmé à 12:30			11:36	17:20	19:40	Colectomie	
		Paula	Programmé à 16:23			16:52	18:50	19:00	Pose de PM	
		Ilyes	21/06/2018	02:35		17:38	19:34	19:50	Appendicectomie coelio	
25/06/2018		Alama	Programmé à 13:30			14:10	16:42	19:10	Sleeve	
26/06/2018		Nadia	23/06/2018	13:30		17:19	19:25	22:54	Cholecystectomie coelio	
		Annaëlle	26/06/2018	05:30		19:29	20:51	22:06	Appendicectomie coelio	
		Chloe	26/06/2018	12:43		21:29	22:17	23:16	Appendicectomie coelio	
27/06/2018		Aboubacar	27/06/2018	13:07		18:15	19:43	20:50	Appendicectomie coelio	
28/06/2018		Valérie	27/06/2018	12:51		15:00	19:45	20:55	Colectomie gauche coelio	
		Frédéric	27/06/2018 à 16:43	Reconvoqué 28/06/2018 10:30		17:22	18:15	18:45	Abcès inguinal G	en UCA
		Gozef	27/06/2018 à 05:16	Reconvoqué 28/06/2018 10:16		18:18	19:10	20:20	Abcès paroi abdominal	
		Panteha	27/06/2018 à 00:08	Reconvoqué 28/06/2018 11:52		19:21	22:20	23:30	Coelio explo digestive	
29/06/2018						03:08	04:23	05:40	Césarienne	
Total	32 malades	13	10 chirurgie digestive dont 3 programmées			2 gynéco dont 1 programmé		1 Pace Maker		
		7	7 chirurgie digestive							
		12	Césarienne			1 CONCOMITANCE GEU et césarienne				

ACTIVITE CHIRURGICALE WEEK END et JOURS FERIES

Date	Nom	Prénom	Date arrivée aux URG	Heure arrivée URG	Heure PU	Heure entrée en salle	Sortie de salle	Sortie SSPI	Intervention	Commentaires
02/06/2018		Stéphanie	01/06/2018	21:12		00:14	01:19	02:10	Torsion ovarienne	
						06:42	07:28	09:29	Césarienne	
		Rabia	02/06/2018	00:46		12:48	13:10	13:49	Abcès cuisse	
		Eugénie	02/06/2018	08:55		13:53	14:17	14:56	Abcès pubis gynéco	
03/06/2018		Hamidou	03/06/2018	00:32		11:01	11:56	12:33	Rectoscopie	
09/06/2018						09:52	10:46	13:21	Césarienne	
						11:14	12:30	13:40	Césarienne	
		Nicolas	09/06/2018	12:52		14:28	15:05	15:40	Ablation CÉ rectal	
10/06/2018						10:39	11:25	13:00	Césarienne	
		Shirel	08/06/2018	19:06		15:05	17:11	17:21	Appendicectomie coelio	
						23:32	00:23	01:52	Césarienne	
16/06/2018						22:50	00:01	01:12	Césarienne	
		Domitille	15/06/2018	18:31		09:30	10:30	11:30	Appendicectomie coelio	
		Kevin	15/06/2018	21:19		10:42	11:46	13:06	Appendicectomie coelio	
17/06/2018		Sacha	16/05/2018	09:55		11:51	12:44	13:15	Abcès fesse	
		Betty	17/06/2018	11:32		17:09	18:14	19:15	Hernie étranglée	
18/06/2018						02:47	03:55	05:10	Césarienne	
22/06/2018						03:35	04:23	05:57	Césarienne	
						04:38	05:21	07:14	Césarienne	
23/06/2018		Islande	23/06/2018	05:10		09:55	10:34	12:12	Abcès axillaire	
						10:55	13:08	14:39	Césarienne	
						13:49	15:10	16:41	Césarienne	
		Aurélié	22/06/2018 à 19:31	Reconvoquée 23/06 à 09:10		17:19	18:02	18:30	Abcès gynéco	
30/06/2018		Baye	30/06/2018	11:09		13:48	15:51	16:54	Coelio exploratrice	
Total	24 malades	13	10 chirurgie digestive			3 chirurgie gynéco				
		11	Césarienne			2 CONCOMITANCES dont 1 hors règle définie				

ACTIVITE CHIRURGICALE AVEC SORTIE DE SSPI APRES 18h30 en SEMAINE

2^e MAR jusqu'à 21h00

Od chir en salle 3 si césar en URG faite en salle 1 car 1 seule
IBODE circulant à partir de 17h00 (2^e IBODE en AOP)

Mois de Juillet 2018

Concomitance Pb ressources

Durée brève en SSPI < 30'

Date	Nom	Prénom	Date arrivée aux URG	Heure arrivée URG	Heure PU	Heure entrée en salle	Sortie de salle	Sortie SSPI	Intervention	Commentaires	
02/07/2018		François	01/07/2018 à 17:26	Reconvoqué 02/07/2018 09:18		17:23	18:26	19:20	Fistule anale		
03/07/2018						03:16	04:05	05:40	Césarienne		
							16:51	18:08	19:30	Césarienne	
04/07/2018							17:21	18:26	19:49	Césarienne	NC a appelé
		Sandrine	Programmée à 18:30				17:32	18:25	18:48	Reveal	administrateur
		Dorian	04/07/2018	10:54			19:02	20:07	20:45	Appendicectomie coelio	de garde
05/07/2018							00:05	01:19	02:35	Césarienne	
06/07/2018							01:47	02:31	04:05	Césarienne	
		Sévérino	06/07/2018		13:10		18:50	20:12	20:55	Hernie étranglée	
10/07/2018		Wassim	10/07/2018		16:33		19:01	20:05	21:55	Appendicectomie coelio	
11/07/2018		Camille	11/07/2018		12:49		18:28	20:00	20:25	Appendicectomie coelio	
12/07/2018							16:22	17:23	18:45	Césarienne	
		Roukayalou	Programmée à 13:20				14:10	18:35	20:35	Hystérectomie	
							20:12	20:54	22:20	Césarienne	
13/07/2018							01:50	02:41	04:30	Césarienne	
16/07/2018							15:42	17:01	18:35	Césarienne	
							19:40	20:35	22:22	Césarienne	
17/07/2018		Badr	15/07/2018		21:50		17:08	20:20	21:00	Cholécystectomie coelio	
18/07/2018		Joseph	12/07/2018 00:55 au 15/07		HOSP 17/07 10:58		15:16	18:43	20:00	Cholécystectomie coelio	
							23:25	23:57	01:25	Césarienne	
20/07/2018		Amanda	18/07/2018 à 06:40		Reconvoqué 20/07/2018 10:57		18:00	18:59	19:50	Thrombose hémorroïdaire	
25/07/2018		Romain	25/07/2018		08:16		17:42	18:55	20:05	Appendicectomie coelio	
26/07/2018		Jeannine	17/07/2018		23:16 et Hospi en médecine		16:53	18:27	19:35	Escarres sacrée	
31/07/2018		Geneviève	20/07/2018		17:22		18:06	19:21	20:02	Evacuation hématome	
							19:01	19:59	21:20	Césarienne	
Total	25 malades	12	10 chirurgie digestive	1 Reveal programmé	1 chirurgie gynéco programmée						
		1	chirurgie digestive								
		12	Césarienne								

4 CONCOMITANCES (4 CHIRURGIE (3 DIGESTIVE 1 CARDIO) et CÉSARIENNE)

ACTIVITE CHIRURGICALE WEEK END et JOURS FERIES

Date	Nom	Prénom	Date arrivée aux URG	Heure arrivée URG	Heure PU	Heure entrée en salle	Sortie de salle	Sortie SSPI	Intervention	Commentaires	
01/07/2018		Yann	30/06/2018	22:02		10:29	12:15	12:45	Appendicectomie coelio		
		Thierry	30/06/2018	22:10		14:42	15:52	16:28	Appendicectomie coelio		
		Isabelle	30/06/2018	04:46		18:22	18:46	19:23	Aspiration CB		
07/07/2018		Margarita	05/07/2018		19:23		10:41	12:45	13:43	Cholécystectomie coelio	
							09:10	10:06	11:31	Césarienne	
		Fatima	07/07/2018		10:51		16:52	17:12	17:47	Bartholinite	
08/07/2018							09:06	09:50	11:26	Césarienne	
		Marie-Pierre	08/07/2018		10:33		12:23	13:41	14:43	GEU	
							21:32	22:34	23:54	Césarienne	
14/07/2018		Waqas	13/07/2018		17:58		14:02	15:21	16:25	APP(péritonite)	
							19:03	19:54	21:18	Césarienne	
15/07/2018		Abdenacer	14/07/2018		15:23		10:27	11:33	12:33	Appendicectomie coelio	
21/07/2018		Kambourian	20/07/2018		17:22		12:02	15:24	15:54	Hernie étranglée	
		Jimmy	20/07/2018 à 11:47		Reconvoqué 21/07 08:57		16:36	17:31	18:02	Abcès	
		Maud	21/07/2018		20:17		22:48	23:17	23:39	Fausse couche	
22/07/2018		Ameline	21/07/2018		05:29		09:44	10:40	12:01	RU	
		Jonathan	21/07/2018 de 18:45 à 02:45		Reconvoqué 22/07 08:38		12:05	13:04	13:49	Sinus pilonidal	
23/07/2018							04:21	05:16	06:46	Césarienne	
29/07/2018							03:48	04:29	05:46	Césarienne	
Total		19 malades	13	8 chirurgie digestive		5 chirurgie gynéco					
			6	Césarienne							

PAS de CONCOMITANCE SSPI et CÉSARIENNE ou CHIRURGIE et CÉSARIENNE

ACTIVITE CHIRURGICALE AVEC SORTIE DE SSPI APRES 18h30 en SEMAINE

2° MAR jusqu'à 21h00	Qd chir en salle 3 si césarién en URG faite en salle 1 car 1 seule IBODE circulante à partir de 17h00 (2° IBODE en AOP)
Concomitance	Pb ressources
Durée brève en SSPI < 30'	

Mois de Aout 2018

Date	Nom	Prénom	Date arrivée aux URG	Heure arrivée URG	Heure PU	Heure entrée en salle	Sortie de salle	Sortie	Intervention	Commentaires	
02/08/2018		Charlotte	01/08/2018	19:32		17:04	18:11	19:15	Appendicectomie coelio		
						18:35	19:15	21:00	Césarienne		
06/08/2018						18:31	19:10	21:00	Césarienne		
08/08/2018		Ouria	08/08/2018	21:07		22:23	23:13	23:50	Curetage (FC)		
10/08/2018		Audrey	10/08/2018	16:38		19:08	19:41	21:25	Bartholinite		
13/08/2018						20:05	21:13	22:57	Césarienne		
17/08/2018		Gheorghe	16/08/2018	12:02		13:57	17:25	19:07	Cholécystectomie coelio		
						15:50	17:05	19:53	Césarienne		
20/08/2018						17:40	19:18	21:10	Césarienne		
21/08/2018						02:47	03:54	05:30	Césarienne		
		Maimouna	21/08/2018	16:13		20:06	20:34	21:12	Curetage (FC)		
22/08/2018						17:59	18:40	20:23	Césarienne		
27/08/2018		Alex	26/08/2018	13:08		17:23	19:00	19:42	Appendicectomie coelio		
		Mariane	27/08/2018	15:31		16:54	17:30	19:45	Révision utérine		
28/08/2018						02:35	03:30	04:50	Césarienne		
29/08/2018		Guillaume	28/08/2018	15:40		14:49	16:45	19:10	Appendicectomie coelio		
		Pierre				Hospi en médecine le 11/08	19:59	20:21	20:28	Cystoscopie	
30/08/2018							03:40	04:21	05:55	Césarienne	
31/08/2018		Emeline	31/08/2018	16:16		Déjà venue 30/08 14:27 à 16:19	17:56	18:36	19:00	Curetage (FC)	
Total	19 malades	7	4 chirurgie digestive	1 uro	2 chirurgie gynéco						
		3	3 chirurgie gynéco								
		9	Césarienne								

PAS de CONCOMITANCE SSPI et CESARIENNE ou CHIRURGIE et CESARIENNE

ACTIVITE CHIRURGICALE WEEK END et JOURS FERIES

Date	Nom	Prénom	Date arrivée aux URG	Heure arrivée URG	Heure PU	Heure entrée en salle	Sortie de salle	Sortie SS	Intervention	Commentaires
05/08/2018		Dorothee	05/08/2018	00:56	SSPI Chirurgie gynéco et césarienne	01:53	02:28	04:19	Aspiration CB	
						03:49	04:55	05:18	Césarienne	
11/08/2018						23:57	01:22	02:29	Césarienne	
12/08/2018		Angela	12/08/2018	20:02		23:42	01:00	01:47	GEU	
14/08/2018						00:52	01:18	03:18	Césarienne	
15/08/2018						08:35	09:46	11:09	Césarienne	
18/08/2018		Audra	17/08/2018 à 22:54 / 00:06	2° MAR	Reconvoquée 18/08 08:53	14:37	15:15	16:05	Bartholinite	
					21:30	22:50	01:01	Césarienne		
26/08/2018						10:43	11:55	13:25	Césarienne	
Total	9 malades	3	3 chirurgie gynéco							
		6	Césarienne							1 CONCOMITANCE (1 SSPI CHIRURGIE GYNECO / CESARIENNE)

ACTIVITE CHIRURGICALE AVEC SORTIE DE SSPI APRES 18h30 en SEMAINE

2^e MAR jusqu'à 21h00

Qd chir en salle 3 si césar en URG faite en salle 1 car 1 seule IBODE circulante à partir de 17h00 (2^e IBODE en AOP)

Mois de Septembre 2018

Concomitance

Pb ressources

Durée brève en SSPI < 30'

Date	Nom	Prénom	Date arrivée aux URG	Heure arrivée URG	Heure PU	Heure entrée en salle	Sortie de salle	Sortie SSPI	Intervention	Commentaires
03/09/2018		Christine	03/09/2018	10:32		17:19	18:30	19:35	Appendicectomie coelio	
						21:25	22:34	00:37	Césarienne	
06/09/2018						01:32	02:44	04:00	Césarienne	
		Zainabou			Programmée à 13:10	14:00	16:30	18:47	Hystérectomie	
						20:31	21:19	23:10	Césarienne	
07/09/2018		Sabah	06/09/2018	20:25		16:03	18:07	18:51	Infection génitale	
		Noah	07/09/2018	13:01		17:40	18:44	19:45	Appendicectomie coelio	
10/09/2018						16:05	17:00	18:58	Césarienne	
		Marian	09/09/2018	15:39		17:04	18:16	19:53	Appendicectomie coelio	
		Ilyes	10/09/2018	09:58		18:00	19:29	19:59	Appendicectomie coelio	
		Steffie	10/09/2018	14:44		20:03	20:37	22:07	Bartholinite	
12/09/2018		Assia	12/09/2018	15:41		18:46	19:45	21:32	Appendicectomie coelio	
						20:55	21:40	23:52	Césarienne	
17/09/2018		Pierre	16/09/2018	09:28		16:11	19:30	20:35	Cholécystectomie coelio	
18/09/2018		MarieT			Programmé à 16:10	14:54	18:25	18:44	Colectomie	USC post op
		Ilaria			Post accouchement	17:55	19:30	21:08	Rupture utérine	
21/09/2018		Sophia			Programmé à 12:09	14:02	16:36	18:44	Sleeve	
24/09/2018		Ornella	24/09/2018	14:41		21:23	22:35	23:22	GEU	
26/09/2018		Alexis	26/09/2018	12:33		18:23	20:30	21:10	Appendicectomie coelio	
27/09/2018		Sandra	26/09/2018	22:10		23:15	01:01	01:20	GEU	
						02:15	03:13	04:24	Césarienne	
28/09/2018		Jean Louis	27/09/2018	17:49		16:11	17:54	19:03	Cholécystectomie coelio	
						18:32	19:47	21:00	Césarienne	
		Charlotte	27/09/2018	22:45		19:37	21:00	22:02	Appendicectomie coelio	

Total	24 malades	10	8 chirurgie digestive dont 2 programmés	2 chirurgie gynéco dont 1 programmée
		7	4 chirurgie gynéco	3 chirurgie digestive
		7	Césarienne	
1 CONCOMITANCE possible SSPI chirurgie digestive et décret Périnat HORS REGLES				

ACTIVITE CHIRURGICALE WEEK END et JOURS FERIES

Date	Nom	Prénom	Date arrivée aux URG	Heure arrivée URG	Heure PU	Heure entrée en salle	Sortie de salle	Sortie SSPI	Intervention	Commentaires
08/09/2018						06:28	07:39	08:51	Césarienne	
		Alexandre	07/09/2018	15:21		09:44	11:01	11:40	Appendicectomie coelio	
15/09/2018						00:17	01:10	06:14	Césarienne	
16/09/2018						14:27	15:04	16:32	Césarienne	
22/09/2018		Philippe	22/09/2018	05:06		08:38	09:24	09:50	Torsion testiculaire	
		Guimy	21/09/2018	11:22		10:12	11:37	12:25	Cholécystectomie coelio	
						13:58	14:52	16:18	Césarienne	
						18:01	18:58	20:00	Césarienne	
23/09/2018						03:17	04:29	05:30	Césarienne	
						04:46	05:21	07:00	Césarienne	
29/09/2018		Emilie	28/09/2018	04:11		09:21	12:38	13:44	Cholécystectomie coelio	
		Steve	28/09/2018	11:13		14:03	15:25	15:59	Abcès scrotum	
		Joël	26/09/2018	08:38		16:09	17:40	18:45	Occlusion	
		Dejan	29/09/2018	16:56		18:55	20:18	21:15	Torsion testiculaire	
30/09/2018		Miantsa	30/09/2018	10:45		16:04	16:58	17:30	Abcès marge anale	

Total	15 malades	6	6 chirurgie digestive	
		2	2 Chirurgie digestive	
		7	Césarienne	
3 CONCOMITANCES (1 SSPI CESARIENNE et CESARIENNE et 2 SSPI CHIRURGIE DIGESTIVE ET DECRET)				

ACTIVITE CHIRURGICALE AVEC SORTIE DE SSPI APRES 18h30 en SEMAINE

 2^e MAR jusqu'à 21h00

 Od chir en salle 3 si césar en URG faite en salle 1 car 1 seule
 (BODE circulante à partir de 17h00 (2^e BODE en AOP))

Mois d'Octobre 2018

Concomitance

Pb ressources

Durée brève en SSPI < 30'

Date	Nom	Prénom	Date arrivée aux URG	Heure arrivée URG	Heure PU	Heure entrée en salle	Sortie de salle	Sortie SSPI	Intervention	Commentaires
01/10/2018			Programmée à 13h30			16:20	17:28	19:10	Césarienne	
						18:40	19:55	20:55	Césarienne	
						23:35	00:30	01:46	Césarienne	
02/10/2018		Mohamad	01/10/2018	23:35		16:02	17:15	18:51	Appendicectomie coelio	
		Samuel	01/10/2018	20:17		17:48	18:54	19:31	Appendicectomie coelio	
						23:50	00:40	02:06	Césarienne	
03/10/2018		Julie	02/10/2018	17:42		02:21	02:44	03:13	Aspiration FC	
						21:07	22:45	23:46	Césarienne	
04/10/2018						01:53	02:33	04:05	Césarienne	
		Kirils	04/10/2018	03:00	12:40	16:28	18:07	18:51	Appendicectomie coelio	
05/10/2018		Alexandre	03/10/2018	16:38		13:47	18:27	19:41	Cholécystectomie coelio	
		Pauline	04/10/2018	21:34	13:55	18:31	20:00	21:14	Appendicectomie coelio	
		Fatima	05/10/2018	17:10		18:58	19:51	20:34	Bartholinite	
08/10/2018						04:50	05:41	07:04	Césarienne	
		Clémence	08/10/2018	12:00		17:15	18:26	19:16	Appendicectomie coelio	
		Anne	08/10/2018	08:26	16:48	18:57	20:58	21:48	Appendicectomie coelio	
10/10/2018		Lucie	Reprise du 02/10/2018			15:25	18:52	19:39	Péritonite	
		Fatène	10/10/2018	11:25	16:36	17:04	18:23	19:11	GEU	
17/10/2018		Youssef	14/10 10:00 à 18:11 16/10 18:52 à 02:50 Reconvoqué 17/10 09:18			16:25	17:05	18:35	Kyste pilonidal	
		Christine	17/10/2018	11:28	17:30	18:22	20:50	20:58	Péritonite	USC post op

Total	20 malades	13	10 chirurgie digestive	3 chirurgie gynéco
		3	1 chirurgie gynéco et 2 chir digestive	
		7	Césarienne	

PAS de CONCOMITANCE SSPI et CESARIENNE ou CHIRURGIE et CESARIENNE

ACTIVITE CHIRURGICALE WEEK END et JOURS FERIES

 2^e MAR jusqu'à 18:30 ou USC

Date	Nom	Prénom	Date arrivée aux URG	Heure arrivée URG	Heure PU	Heure entrée en salle	Sortie de salle	Sortie SSPI	Intervention	Commentaires
06/10/2018						02:04	02:45	04:45	Césarienne	
						03:45	14:22	05:51	Césarienne	
						10:35	11:42	13:07	Césarienne	
		Sirine	05/10/2018	21:48		14:16	15:11	15:39	Abcès axillaire	Mineur Post Op aux URG Pédiatrique
		Coralie	Césarienne du matin retour SSPI à					22:39	Surveillance HPP	
		Alexia	06/10/2018	11:22		20:01	20:28	21:19	Curetage	
07/10/2018		Sébastien	06/10/2018	22:50		11:28	13:45	14:24	Appendicectomie coelio	
		Yvette	06/10/2018	02:38		14:50	15:15	15:25	Examen anal	
13/10/2018		Nathalie	10/10/2018	11:10		12:10	13:50	14:37	Péritonite	
		Kenny	13/10/2018	08:41		14:47	15:44	16:54	Appendicectomie coelio	
14/10/2018						09:10	09:45	11:18	Césarienne	
		Patrick	13/10/2018	14:50 à 22:50 Reconvoqué 14/10 09:18		12:28	13:01	13:53	Abcès inguinal	
						05:45	06:20	08:09	Césarienne	
20/10/2018		Emma	20/10/2018	10:38		12:46	13:44	14:39	Appendicectomie coelio	
21/10/2018						19:09	20:10	???	Césarienne	Rien sur OPESIM
						20:32	21:58	22:46	Césarienne	USC post OP

Total	16 malades	7	7 chirurgie digestive	
		2	2 (1 chirurgie gynéco et 1 HPP)	
		7	Césarienne	

PAS de CONCOMITANCE SSPI et CESARIENNE ou CHIRURGIE et CESARIENNE

TRACABILITE ACTIVITE SSPI par IADES après 18h30 sur 6 mois CHRDS

2018	SEMAINE 18h30 / 21h00	SEMAINE > 21h00	Total	Dont Césarienne	Concomitance SSPI / Chir en salle >18h30	Concomitance SSPI / César > 21h00	Weekend	Dont Césarienne	Concomitance SSPI chir /césar ou SSPI césar / césar
Mai	13	10	23	8	0 et 3 en A	0	20	7	0 et 1 Pb ressource (chir si césar)
Juin	15	17	32	12	1 GEU / César + 7 Pb ressources (chir si césar) et 3 en A	0	24	11	2
Juillet	16	9	25	12	4 et 12 en A	0	19	6	0
Aout	10	9	19	9	0 et 9 en A	0	9	6	1
Septembre	13	12	25	8	0 et 10 en A	1	15	7	3
Octobre	12	8	20	7	3 Pb ressources (chir si césar) et 12 en A		16	7	0 + 2 Pb ressources SSPI si césar)
Sous Total	79	65	144	56	4	1	103	44	6
TOTAL	144			56	4		103	44	6

A= 2 IADE et 2 MAR

ANNEXE 6
Évènements indésirables
anesthésie/bloc
opératoire
2018

Etat		N°	Service	Fonction déclarant	Date	Faits	Mesures mises en place	Proposition d'actions	Personnes informées	Catégorie	Pilote	Synthèse / Suivi par le BQ
						1ère instruction				2ème instruction		
Chirurgie - Anesthésie												
Clôture	780	Anesthésie / Bloc opératoire / SSI / Pré-Sterilisation	IBODE - Infirmier(e) de Bloc Opérateur		11/02/2018	-12H appel du docteur et sans pour une PU (pièces des chrs patient diabétique) Ce sera l'anesthésiste des soins qui prendra en charge le patient. Je demande à madame Gerard d'appeler l'administrateur de garde, comme me l'avait demandé madame Cognat suite au précédent eve. Docteur Goudou est surpris de ce nouveau fonctionnement dont elle n'a pas été avertie : -problématique de place d'hospitalisation - Docteur Turlet n'a pas de code opécin - patient opéré à 13H50 ce jour /arrivée urgences le 10/02 vers 13H.	- gestion des lits - tracabilité anesthésie sur papier - patient opéré		administrateur de garde	Dossier patient	KEROUAULT Sylviane	Conflits inter-équipe.
Clôture	788	Anesthésie / Bloc opératoire / SSI / Pré-Sterilisation	Médecin - Praticien Contractuel		13/02/2018	-10/02: problème d'optique et ou de cable: changement x2: idem: pas de luminosité -ce jour: problème optique: voile flou presque pixelisé et lumière moyenne malgré mise au point adéquate.	- 10/02: laparocconversion - ce jour: on a fait avec, ou plutôt sans...	- vérifier les cables et les optiques, le faire réparer, surtout si le problème est signalé par l'ibode circulaire comme c'est a priori toujours fait... ou bien les changer? - apprendre à opérer dans le noir et/ou dans le flou?		Matériel	KEROUAULT Sylviane	Clôture Problème résolu
Clôture	818	Anesthésie / Bloc opératoire / SSI / Pré-Sterilisation	ADE - Infirmier(e) Aide Anesthésiste		23/02/2018	Annouce par le chirurgien de garde de l'arrivée du patient pour appendicite à opérer en urgence. L'ADE de garde et l'IBODE de garde prépare la salle pour cette intervention. Anesthésiste prévenu et fait la consultation aux urgences. Vers 12h20 l'IBODE tente de joindre le brancardier pour faire venir ce patient au bloc. Sans réponse, l'IBODE décide d'appeler le chirurgien puis l'infirmière des urgences pour savoir si le patient était prêt pour l'intervention. Le patient est arrivé au bloc opératoire à 13H40 et est remonté aussitôt dans le service car l'équipe a été appelée pour une césarienne code orange et il a été opéré le lendemain en 2ème position.	Chirurgien prévenu	alerter et signaler l'évènement à la cellule qualité	Organisation des soins	RAHMANI Jamil	Clôture Information donnée à Mme LELARGE, en charge des brancardiers	
Clôture	854	Anesthésie / Bloc opératoire / SSI / Pré-Sterilisation	IBODE - Infirmier(e) de Bloc Opérateur		10/03/2018	matelovigilance: housse de protection pour sonde endovaginale ref: 86608/ lot:20160091/ per:30/01/2019 protection trouéx3	retirer le lot			Vigilance	LECLERCQ Anne	Clôture Problème résolu
Clôture	944	Anesthésie / Bloc opératoire / SSI / Pré-Sterilisation	Médecin - Praticien Hospitalier		12/04/2018	PATIENTE AUX ATCD D'EMBOLE PULMONAIRE ET TRAITE A VIE PAR COUMADINE QUI A ETE ARRETEE 5 JOURS AVANT LE BLOC PUIS RELEE PAR LOVENOX 6000U LA DOSE DE LOVENOX 6000 U/D ET ARRETEE SELON LES RECOMMANDATIONS AU MOIN 12 HEURES AVANT LE BLOC. Afin D'EVITER TOUTE HEMORRAGIE PER OPERATOIRE ET QUI SERAIT ALORS, NON ANTAGONISABLE PAR MESURE DE SECURITE POUR LA PATIENTE, ET APRES CONCERTATION AVEC MES COLLEGUES, ET INFORMATION DE LA PATIENTE, NOUS AVONS DECIDE DE REPORTER L'INTERVENTION LE JOUR MEME, A 10 HEURES DU MATIN CAR LA PATIENTE N'AVAIT PAS ENCORE ATTEIN LES 12 HEURES D'ARRET DE TRAITEMENT QUI SONT RECOMMANDES POUR LA DOSE DE 4000U DE LOVENOX. LE CHIRURGIEN EST VENU AU BLOC CONTRARIEE, ET M'A MEME DEMANDE DE LUI MONTRER CETTE RECOMMANDATION!!! ALORS QUE JE SUIS PRATICIEN HOSPITALIER EN ANESTHESIE RESANATION ET MEMBRE DE LA SFAR, ET M'A MEME DEMANDE SI J'AVAIS PEUR QUE MON INTUITION FASSE SAIGNER LA PATIENTE SUR UN TON IRONIQUE	JE RESTE SUR MA POSITION POUR LE BIEN DE LA PATIENTE (J'AI BIEN EXPLIQUE LE RISQUE D'HEMORRAGIE à la patiente) LA PATIENTE POURRA ETRE OPEREE A PARTIR DE 10 HEURES CAR C'EST UNE PATIENTE PROGRAMMEE.		PATIENTE, CADRE DU BLOC, collègues anesthésistes	Organisation interne au service		Problème pluri professionnelle
Clôture	946	Anesthésie / Bloc opératoire / SSI / Pré-Sterilisation	Médecin - Praticien Contractuel		12/04/2018	Suite à la déclaration d'El N°944... Quelques rectif: 1/ Concernant la patiente: Patientte disait s'être faite son injection de LOVENOX 6000 à 21h et non 22h (NB: non totalement curative, étant donnée la dose prescrite par rapport à son poids, probablement pour tenir compte de l'heure du début du bloc, i.e. 8h30). Heure d'injection VALIDÉE entre la patiente et l'anesthésiste lors de la consultation d'anesthésie pré-opératoire. Posologie d'aillieurs diminuée par rapport à la dose-poids habituelle (6000 versus 8000). 2/ Concernant le problème du jour: Ai eu demandé (est-ce un crime!) à l'anesthésiste pourquoi attendre jusqu'à 10h et non 9h, ou même pourquoi ne pas la mettre en salle dès maintenant, car le temps de 12h, de la pré-ovgner, etc etc (gestes qui ne font pas saigner)... le délai des 12h serait largement atteint. Car même sans être pris Nobel: 21h - 12h = 9h... et non... 10h...	M'airs été répondu brutalement que c'était 10h et pas 9h. Ai alors fait remarquer que 21h 12h = 9h et non 10h. Lui ai donc demandé la recommandation de la SFAR disant pourquoi il fallait attendre 12h plutôt que 12h. S'est alors mis à crier qu'il était anesthésiste et que c'était lui qui décidait!! Quoi dire de plus... Au final: La patiente est rentrée dans la salle à... 10h30. Soit après un délai de presque 1h30. Non 12h, pardon... Au total: à 12 heures après 21h, il est... 10h30, alors c'est que le temps passe très vite... Ce qui N'A PAS été le cas ce jour là pour la patiente. !!!	1/ Apprendre aux chirurgiens à compter: dorénavant 21h 12h = 10h30 et non 9h... 2/ Faire en sorte que les chirurgiens s'inscrivent à la SFAR... 3/ Apprendre aux chirurgiens à faire la synthèse entre des avis divergents de différents intervenants de la même spécialité... 4/ Hospitaliser les patients la veille et non le jour même, même s'ils ont toutes leurs capacités physiques et mentales et ainsi allonger la durée de séjour d'un jour.	Cadre de bloc Patiente	Organisation interne au service		Différent entre praticiens
Clôture	1080	Anesthésie / Bloc opératoire / SSI / Pré-Sterilisation	ADE - Infirmier(e) Aide Anesthésiste		31/05/2018	Une patiente venait de sortir de la salle 4, prise en charge pour césarienne code rouge par l'équipe de garde (IADE-MAR-IBODE-obstétricien). (20:20) Alors que la patiente était en surveillance en sspi, l'obstétricien de garde a insisté auprès du MAR de garde pour débiter une nouvelle césarienne (patiente en stagnation code vert). Le MAR a expliqué à l'obstétricien qu'il fallait d'abord attendre que la salle 4 de la patiente en sspi s'achève pour libérer l'IADE ou alors trouver une personne compétente pour assurer la continuité de la surveillance. L'obstétricien n'a pas compris cette exigence réglementaire et exiger que ton puisse débiter cette césarienne au plus vite. Le MAR a décidé de contacter l'administrateur de garde pour trouver une solution, mais son appel n'a pas abouti. A minima, le MAR a proposé qu'une sage femme vienne relayer l'IADE jusqu'à l'extraction, mais il a essuyé un refus. L'obstétricien m'a alors contacté pour évaluer l'heure possible d'entrée de la seconde césarienne.	Nous avons rappelé le cadre réglementaire de la surveillance d'une parturiente césarienne en sspi. Nous avons assuré la continuité de cette surveillance. Nous avons fait entrer en salle 4, la seconde césarienne, dès que la patiente était sortie de sspi (21:35).	Protocoler la possibilité de mobiliser à minima une infirmière pour relayer l'IADE de garde entre 20h et 7:30. Nous avons déjà évoqué ce sujet et notamment la création d'un poste d'infirmière en N 1 qui se partagerait entre la salle de naissance et, prioritairement la sspi, en cas de besoin.	Le MAR, l'IADE, l'IBODE, l'obstétricien de garde, les sages femmes et l'administrateur de garde.	Organisation des soins	KEROUAULT Sylviane	Réponse de Martine LELARGE : Le brancardier avait avisé le bloc de son problème de DICT et avait demandé de lui tel sur le 2.82.26 en cas de besoin. En outre, il s'avère que c'est la base sur lequel est rechargé le tel qui est HS. Un bon de travaux a été fait pour qu'elle soit remplacée
Clôture	1081	Anesthésie / Bloc opératoire / SSI / Pré-Sterilisation	ADE - Infirmier(e) Aide Anesthésiste		31/05/2018	Le brancardier n'était pas joignable notamment pour amener le lit d'une patiente césariée en salle 4. Puis à 23:45, le problème s'est à nouveau posé pendant 20 minutes.	Je suis allé chercher personnellement le lit de la première patiente en matériel et j'ai été rejoint par le brancardier. Pour la seconde patiente, nous (l'IADE et l'IBODE) avons brancardé cette patiente dans sa chambre.	Faire réviser les DICT. Créer un numéro unique pour contacter le brancardier. Créer un système d'appel ou de mobilisation prioritaire du brancardier, si la situation l'exige(Transfusion, bilan urgent...)	MAR, IADE, IBODE, Sage femme	Organisation des soins	LELARGE Martine	Réponse de Martine LELARGE : Le brancardier avait avisé le bloc de son problème de DICT et avait demandé de lui tel sur le 2.82.26 en cas de besoin. En outre, il s'avère que c'est la base sur lequel est rechargé le tel qui est HS. Un bon de travaux a été fait pour qu'elle soit remplacée
Clôture	1100	Anesthésie / Bloc opératoire / SSI / Pré-Sterilisation	ADE - Infirmier(e) Aide Anesthésiste		10/06/2018	Patiente mineure admise aux urgences pédiatriques ce jour. Vu par le chirurgien vers 12:00 puis par le réanimateur. Avec le réanimateur, nous avons convenu une prise en charge à partir de 13:30, après avoir libéré la sspi. Les pédiatres ont été appelés à 14:00 et nous avons appris que la patiente venait finalement d'arriver dans le service. Depuis plus de 2 heures, l'équipe d'astreinte attend!!!	Nous avons informés le personnel des urgences de la marche à suivre.	Revoir l'information sur le circuit du patient pris en charge pour l'urgence chirurgicale: informer (de nouveau) tous les intervenants de la marche à suivre (1 hospitalisation, 2 transferts au bloc depuis son service (initialement accompagné des parents pour l'identitévigilance avec le personnel du bloc opératoire).	Médecin des urgences, brancardier	Organisation des soins		Clôture
Clôture	1115	Anesthésie / Bloc opératoire / SSI / Pré-Sterilisation	ADE - Infirmier(e) Aide Anesthésiste		12/05/2018	Lors du contrôle quotidien des salles de naissances nous avons constaté que la salle de naissance numero 2 a été déséquipé DE TOUT LE MATERIEL DE SURVEILLANCE D'ANESTHESIE: oxygène aspiration scope arrivée de fluide. Aucun personnel du service d'anesthésie n'a été informé	le matériel a été réinstallé pour la sécurité des parturientes en salle de naissance numero 21		Cadre de bloc Anesthésistes	Organisation des soins	BOMBLED Florence	Réponse de F. BOMBLED : Réception de moniteur adulte courant juillet en attendant prêt de matériel de la société Philips. Pré-1 équipe si pose de APD comme une salle de naissance validé par Dr Rahmani, réactivité de l'équipe d'IADE mais qui ne m'a pas contacté pour avoir des explications sur l'organisation de la SDN.
Clôture	1117	Anesthésie / Bloc opératoire / SSI / Pré-Sterilisation	ADE - Infirmier(e) Aide Anesthésiste		13/06/2018	brancardier injoignable à aucun DICT, phénomène récurrent				Organisation des soins	LELARGE Martine	Réponse de M. LELARGE : Un rappel a été fait auprès des brancardiers de nuit

Clôture	1163	Anesthésie / Bloc opératoire / SSPI / Pré-Stérilisation	IBODE - Infirmier(e) de Bloc Opérateur	23/06/2018	En sortant des vestiaires du bloc, j'aperçois une jeune femme venant du service de gynécologie ouvrir la porte des vestiaires femmes, prendre une pile de tenues pyjama tissus et repartir avec. Je l'interlope et lui demande pourquoi elle prend toutes ces tenues réservées au personnel du bloc alors qu'elle travaille en service. Cette personne m'explique qu'elle n'a plus aucune blouse pour travailler et ses collègues non plus.	Je lui demande de tout reposer et lui propose exceptionnellement de prendre une tenue jetable.	Trouver une solution afin que les vestiaires du bloc soient plus sécurisés.	CS Bloc opératoire Mme COGNET	Matériel	COHEN Raphaël	Réponse de la société ELIS : Après avoir échangé avec l'élèves ELIS, nous nous mettrons à disposition dès le week-end à venir, 30 draps en plus en surdotation et plus d'ensembles de pyjamas bleus. J'imagine que l'activité est plus forte en ce moment, ce qui explique ces manques du week-end. Nous surveillerons par la suite pour ajuster cette surdotation à l'activité.
Clôture	1164	Anesthésie / Bloc opératoire / SSPI / Pré-Stérilisation	IADE - Infirmier(e) Aide Anesthésiste	23/06/2018	Nous avons installé une patiente pour une césarienne programmée en salle d'opération 1 juste après avoir mis cette patiente sur la table d'opération nous avons été appelé pour un accouchement par siège qui posait problème je suis donc partie en salle de travail avec le MAR de garde rapidement en laissant la patiente sur la table avec l'ibode de garde. Le mar d'astreinte était avec une patiente en SSPI L'équipe d'anesthésie est donc venue 40 min plus tard.			Madame Cognet	Organisation des soins	COGNET Nadine	Clôture Information des équipes
Clôture	1175	Anesthésie / Bloc opératoire / SSPI / Pré-Stérilisation	IADE - Infirmier(e) Aide Anesthésiste	26/06/2018	Trois urgences chirurgicales se sont déroulées entre 17:16 et 22:18, alors que de façon concomitante, une parturiente était annoncée pour une césarienne dans les moments à venir. L'équipe IADE,IBODE,MARK et chirurgien se sont mobilisés, pour réaliser ces interventions dans des conditions exceptionnelles: L'IADE en 12 heures est resté jusqu'à 21:30. Le MAR d'astreinte est resté jusqu'à 23:30 L'IADE de garde était consacré à la sspi, avec notamment une transfusion, l'accueil et jusqu'à trois patients à gérer sans Aide-soignant, pour les nursing. Au cours de cette surveillance en SSPI, j'ai reçu plusieurs appels pour des interventions en dehors du bloc auxquelles je n'ai pas pu répondre (pose de VVP, changement de poche de PCEA). Nous avons assuré avec l'IBODE de garde le transfert des derniers patients en unité de soins. La parturiente initialement annoncée n'a pas donné de nouvelles, mais nous n'aurions eu pour celle-ci aucune marge de manœuvre. Et c'est en cela que l'organisation nous a semblé périlleuse.				Organisation des soins	KEROUALUT Sylvain	Clôture Situation exceptionnelle
Clôture	1286	Anesthésie / Bloc opératoire / SSPI / Pré-Stérilisation	Médecin - Praticien Contractuel	27/08/2018	Patient entré pour un abcès de la marge anale d'indication opératoire formelle posée en urgence vers 11h (cf. feuille de PU). De plus, chez ce même patient, forte présomption clinique de gale. Mesures d'hygiène et d'isolement prises en conséquence. Patient de toute façon prévu en dernière position. Avant dernière intervention terminée par le chirurgien à 18h30. Mais pas de possibilité de faire descendre le dernier patient alors que le bloc/salle de réveil est censé accueillir des patients. Jusqu'à 21h, et sachant que l'intervention est courte. La raison invoquée serait la difficulté de décontamination de la salle d'intervention et de tous les endroits où le patient serait passé. Or ce serait juste le produit "Dermalipid" et le temps d'attente après désinfection de 3 heures qui changent. Le patient peut être amené directement au bloc puis se réveiller en salle de bloc pour remonter directement dans sa chambre. On condamne certes une salle pendant 3 h, mais comme il y en a 3 autres à côté, où est le problème?	CONSEQUENCES : -Patient laissé à jeun jusqu'à 18h30... puis remis à jeun de nouveau ce jour jusqu'à...??? -Patient douloureux à cause de son abcès qui n'est donc toujours pas traité -Patient reporté au lendemain sans horaire fixe or avait RDV ce jour à 17h en dermatologie (bloc informé de cette échéance importante) -Patient semblait assez bien cadré. Et pourtant tout s'est effondré en une fraction de seconde hier. Parce qu'il a été décidé que le bloc/salle de réveil = fermat = ses portes après notre avant-dernier patient à 19h et NON 21h... Alors qu'il y avait largement le temps en 2h de prendre en charge ce dernier patient sur le plan anesthésie, chirurgie et réveil...	-19h n'est pas 21h: ferme-t-on 2 h à l'avance pour être sûrs d'être fermés à l'heure, comme dans certaines administrations? Il faut alors mieux faire circuler l'information... poser une indication en URGENCE est une indication médicale et NDM paramédicale: il ne faut me dire d'opérer un patient dans 3 jours, nous prévoyons que ce jour là est "vide", si le patient a une indication opératoire dans les 10 h!! Si nous pensions que le patient pouvait attendre 3 j, alors nous attendrions 3 j. Nous avons, nous aussi, quelque certaine personne au bloc en pensie, une petite idée de l'organisation du bloc, puisque cette dernière impacte directement sur notre propre organisation dans le service et notre propre organisation au niveau individuel. "arrêter 1/ de SOUFFRIR dès qu'un patient est annoncé en urgence au bloc et 2/ d'embêter "FFF" ça va pas être possible aujourd'hui"... Nous ne choisissons pas exprès de reporter des patients en urgence juste pour être désagréables!			Organisation des soins	RAHMANI Jamil
Clôture	1378	Anesthésie / Bloc opératoire / SSPI / Pré-Stérilisation	Médecin - Praticien Contractuel	17/10/2018	Ai appris que les lames de Delbet habituelles n'existaient plus. Ai eu à la place, puisque ces lames de Delbet ont été a priori remplacées par elles, une énorme plaque de silicone de la taille et de l'aspect d'une plaque à gîteaux sillonnée, très épaisse, très rigide et surtout très grande. L'ai récupérée à la salle volante mais elle ne passait pas dans les trocarts (trop rigide, trop épaisse, pas assez glissante), à moins de la découper en spaghetti, ce qui perd de son intérêt, ou à moins de faire une laparotomie, ce qui gêne un peu le coeloscopie.	Ai pris un autre type de lame...	Consulter les chirurgiens lors que des produits courants ne sont plus disponibles et voir avec eux par quels produits ils pourraient être remplacés. Pour le confort de l'opérateur mais SURTOUT pour le confort du patient, qui, lui, va devoir supporter le drainage pendant plusieurs jours. Par ailleurs, nous consulter peut éviter certains gaspillages. D'une part, ce format est beaucoup trop grand pour n'être utilisé que pour un seul humain; une seule lame conviendrait soit pour plusieurs humains, soit pour un éléphant si l'on faisait de la chirurgie vétérinaire. D'autre part, risque de sous-utilisation et donc de péremption étant données les difficultés rencontrées.		Matériel		Réponse de S. LE POOLE : Effectivement, le fournisseur habituel (Petrari) est en rupture de les lames de Delbet. Nous nous sommes donc approvisionnés auprès d'un autre fournisseur, avec une dimension plus grande, mais nous avons validé avec le bloc que la découpe ne posait pas de problème. Toutefois, nous n'avons pas bien évalué l'écart de taille ni de rigidité. Une présentation de la référence de dépannage aurait dû être faite aux chirurgiens avant disposition pour nous assurer que cela leur convenait. Actions d'amélioration : mieux informer les utilisateurs lors des ruptures fournisseur, rassurer de la validation des références de dépannage, avec traçabilité de l'accord - revoir avec les chirurgiens les DMS disponibles au bloc opératoire, ce après réévaluation de l'ensemble des drains avec les 3 chirurgiens concernés, il s'avère qu'ils n'ont pas connaissance de tout ce qui est en stock dans l'armoire du bloc : visite à programmer avec eux chez ou IBODE référence pharmacien/opérateur. Finalement le drain multibulbaire en silicone, disponible, pourrait remplacer la lame de Delbet suite à notre évaluation satisfaisante.
Clôture	1477	Anesthésie / Bloc opératoire / SSPI / Pré-Stérilisation	Agent des Services Hospitaliers (Nuit)	25/11/2018	lors d'une césarienne en urgence le brancardier de nuit a refusé d'aller chercher le lit de la patiente. l'équipe du service de mater a dû s'en occuper de le descendre aussi!		l'équipe du 4ème a mis le lit dans l'ascenseur et l'a du bloc l'a récupéré au 2ème dans l'ascenseur		Organisation des soins	BOMBLED Florence	Réponse de Mme BERCKMANS : Procédure PRO 1200 TRANSPORT DES PATIENTS UNITE. BLOC OPERATOIRE réactualisé et diffusé à l'ensemble des professionnels. Clôture
Suivi	1536	Anesthésie / Bloc opératoire / SSPI / Pré-Stérilisation	IADE - Infirmier(e) Aide Anesthésiste	18/12/2018	patiente en sspi pour une césarienne arrivée sans le résultat des Rai prélevés dans le service en urgences mais le bilan est parti à l'hôpital américain malgré la demande en urgences et dans un sachet rouge la patiente est obligée de patienter en sspi en attendant les résultats retard de prise en charge la da	appel du labo		Mar dr Benabdallah madame Cognet dr Bontoux	Prestataires internes	ROUSSY Francine	En cours
Suivi	1537	Anesthésie / Bloc opératoire / SSPI / Pré-Stérilisation	IADE - Infirmier(e) Aide Anesthésiste	13/12/2018	patiente prélevée en urgences pour des Rai césarienne prévus depuis le matin malgré une demande en urgences le bilan est parti à l'hôpital américain retard de prise en charge de la patiente stress supplémentaire	appel du labo		Dr Dinulicu et Legoff Madame Cognet	Prestataires internes	ROUSSY Francine	En cours
Clôture	1703	Anesthésie / Bloc opératoire / SSPI / Pré-Stérilisation	IBODE - Infirmier(e) de Bloc Opérateur	15/02/2019	Patiente arrivée en SSPI par le brancardier extérieur du bloc du jour sans brocette d'identification, appel pour lui signaler l'oubli de son contrôle d'identité avant de prendre en charge une patiente, ainsi qu'à l'infirmière de FUCA	Vérification de l'identité par rapport au dossier médical et interventionnel, pose d'un brocette avec étiquette à la patiente en SSPI		N. COGNET CSS BLOC DES UCA M. LELARGE CSS CHIRURGIE/UCA	Vigilance	LELARGE Martine	Réponse de Mme LELARGE : Rappel de la procédure fait à l'IDE et au brancardier

ANNEXE 7
Prise en charge
permanence des soins
week-end



Prise en charge intervention

Permanence des Soins Samedi et Dimanche

QUI ?	ACTIONS	COMMENT ?
Chirurgien Digestif	<ul style="list-style-type: none">  Décision d'intervention chirurgicale  Disponibilité de lit d'hospitalisation  Demande de consultation d'Anesthésie 	<ul style="list-style-type: none">  IDE du service 2.85.41  Samedi : 8h30 à 13h00 MAR sur place 2.85.58 Samedi : 13h00 à 18h30 MAR de garde 2.82.56 Dimanche : 8h30 à 18h30 MAR de l'USC 2.82.07
Anesthésiste-Réanimateur (MAR)	<ul style="list-style-type: none">  Validation de la demande d'intervention 	<ul style="list-style-type: none">  Dr BRANGER 2.86.38 Dr DOUCHEZ 2.86.20 Dr GIZARD 2.87.55
Chirurgien Digestif	<ul style="list-style-type: none">  Prévient l'IBODE de garde  Fiche Programmation d'Urgence  Heure de faisabilité en fonction de l'activité des salles de naissances 	<ul style="list-style-type: none">  IBODE de garde 2.82.15  Fax Bloc 8.62.68  Gynéco-Obstétricien de garde 2.87.59
OK 		
MAR d'astreinte ou de garde	<ul style="list-style-type: none">  Heure de faisabilité en fonction de l'activité de la SSPI 	<ul style="list-style-type: none">  IADE de garde 2.82.05
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">OK </div> <div style="text-align: center;">NON </div> </div>		
IBODE de garde	<ul style="list-style-type: none">  Contacte l'IBODE d'astreinte  Demande le malade 	<ul style="list-style-type: none">  par le standard selon la liste PDES  Brancardier 2.82.23
IBODE de garde	<ul style="list-style-type: none">  Salle 1 armée pour césarienne Code VERT, si césarienne pendant la Chirurgie  Salle 4 Si absence de Chirurgie 	<ul style="list-style-type: none">  Sage-Femme 2.86.72 ou 8.61.62
Arrivée de l'IBODE d'astreinte sur place		
IBODE de garde	<ul style="list-style-type: none">  Contacte le Chirurgien  Installation en salle 	<ul style="list-style-type: none">  Aide opératoire IBODE d'astreinte

Césarienne Codes **ROUGE** et **ORANGE** en **salle 4**

SORTIE DE SALLE DERNIÈRE INTERVENTION À 18H

ANNEXE 8

**Fiche de poste IDE en
SSPI de nuit (DAR),
mutualisé avec la salle de
naissance en seconde
intention**

FICHE DE POSTE IDE EN SSPI DE NUIT (Département d'Anesthésie-Réanimation), MUTUALISE AVEC LA SALLE DE NAISSANCE EN SECONDE INTENTION

DESCRIPTIF

Infirmier DE de soins généraux, profession régie par le décret 2002-194 11/02/2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (R 4311-4-5 du CSP version 2008)

Grade Infirmier cat B

DEFINITION (SELON RNFPH)

Évaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins.

Concevoir, définir et planifier des projets de soins personnalisés.

Dispenser des soins de nature préventive, curative ou palliative visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé.

Réaliser l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des patients.

POSITION DANS LA STRUCTURE

Liaisons hiérarchiques : DSIRMT, Cadre Supérieur de Santé Anesthésie, Chef de service DAR, MAR, Gynécologues-obstétriciens.

Liaisons fonctionnelles : IADE, SF, SFCU, IDE de jour SSPI, IDE services de soins, internes, AP, ASH, Brancardage, Laboratoire, pharmacie.

Présentation de la structure et de l'équipe :

Département d'anesthésie-réanimation : SSPI, bloc opératoire, consultations.

Service de gynéco-obstétrique : urgences gynéco-obstétrique, salle de naissance, bloc obstétrical, suites de couche et grossesses pathologiques, chirurgie gynécologique, consultations.

LOCAUX

2^{ème} étage du CH

SSPI de 8 postes, 4 salles d'interventions dont 3 polyvalentes et 1 dédiée au bloc obstétrical pour césarienne en urgence. Une salle de naissance de 5 box d'accouchements, projet d'une sixième, un pré-travail de 3 box, 2 box d'urgences.

Equipe de garde : 1 GO, 1 interne GO, 1 MAR, 1 IADE, 3 SF, 2 AP, 1 ASH

Horaire : 19 :30 – 7 :30

MISSIONS ET RESPONSABILITES

Surveiller le patient de sa sortie de la salle d'intervention, jusqu'au retour de ses fonctions vitales, en assurant la prise en charge de la douleur.

S'engage dans la démarche d'Assurance Qualité et propose des améliorations du processus.

1- Garantir l'opérationnalité du site SSPI

Respecter la procédure d'ouverture de la SSPI dans la présence et le bon fonctionnement du matériel.

Réapprovisionner la SSPI en matériel.

Vérifier les dates de péremption du matériel et des médicaments.

2- Assure la prise en soins et la surveillance du patient:

Prise en soin du patient ayant bénéficié d'une chirurgie et/ou d'une prise en soins anesthésiques par une surveillance constante et adaptée :

- . Oxygénation et la ventilation adaptée à la garantie d'une hématose optimale sur PM (oxygénothérapie, ventilation mécanique...)
- . Tracé cardioscopique, FC, SaO₂, FR, PANI ou PAI
- . Etat de conscience, neurologique
- . Température
- . Surveillance des effets résiduels de l'anesthésie générale, de la sédation ou de l'anesthésie locorégionale

- . Evaluation des différents scores (Aldrète, Chung, EVA...)

- . Evaluation et quantification des pertes sanguines
- . Diurèse

- . Globe utérin, expression par SF ou médecin

- . Surveillance pansement ou zone opérée

- . Evaluation bloc moteur, sensitif et sympathique si ALR

- . Différents systèmes de drainages

- . Evaluation de la douleur (EVA EVN)

. Mise en place de tous les traitements adaptés et nécessaire sur PM et notamment les antalgiques de différents paliers y compris la morphine péridurale.

. Travaille en lien avec les différents intervenants, les médecins anesthésistes, IADE, et assure la transmission des informations.

. Informe l'anesthésiste de l'évolution de l'état médical du patient. Assiste l'anesthésiste et/ ou l'IADE dans la réalisation de certains actes (Extubation, pose de KTC, KTA, Blood patch, réanimation...).

. Traçabilité des paramètres de surveillance, des actes de soins et de toutes informations jugées importantes sur la feuille informatisée de surveillance post interventionnelle.

. Transversalités : participer au réassort du matériel, commandes DMS et NS, médicaments, contrôle des stupéfiants, collaborations avec les différents comités du CH.

EN SITUATION DE SSPI VIDE

(Site SSPI opérationnel et missions logistiques effectuées)

Mutualisation des compétences avec la SDN

. Assister la SF pour la pose de l'APD par le MAR de garde : mise en place de la parturiente, surveillance hémodynamique, surveillance monitoring réservé à la SF).

. Liaison fonctionnelle avec le binôme MAR/IADE

. Soins infirmiers sur PM (SF et Médecins) pour les parturientes en pré, per et post partum (pose de VVP, Bilan sanguin, médicaments injectables...)

. Prises de constantes

. Surveillance des voies d'abords

. Conditionnement d'une parturiente en vue d'une césarienn

TRANSVERSALITES

CES PRÉROGATIVES ÉTANT PRIORITAIREMENT DU RESSORT IADE, IL S'AGIT DE COLLABORATION.

- . *Participe au réapprovisionnement en matériel des chariots APD.*
- . *Participe à garantir l'opérationnalité du matériel d'anesthésie-réanimation (chariot d'urgence, défibrillateurs, IOT, respirateur...).*
- . *Participe aux commandes de matériel et médicaments d'anesthésie en SDN.*
- . *Participe au contrôle des stupéfiants.*

- . Bonne application des protocoles d'hygiène
- . Participe aux différents comités de l'institution.
- . Participe à la bonne application du projet de soins

Master Management des Organisations Soignantes M2MOS@18-19

TITRE DU DOCUMENT

« **Fidéliser les Infirmiers Anesthésistes du Centre Hospitalier Rives-de-Seine par la sécurisation du parcours de soins en anesthésie.** »

AUTEUR

Nicolas PAULAY

Mots clés : Infirmier Anesthésiste – Insatisfaction – Activité croissante – Sécurité – Organisation – Attractivité

Keywords: Nurse-Anesthetist – Dissatisfaction – Activity increase – Safety – Organization Attractiveness

RÉSUMÉ

Ce projet managérial consiste à répondre à un contexte d'insatisfaction des Infirmiers Anesthésistes (IADE) entraînant perte de sens donné au travail, départs et intentions de départ du Centre Hospitalier Rives-de-Seine. Cette profession spécialisée est en tension sur le marché du travail. Tout se négocie, en raison d'offres et de besoins exponentiels, rémunération comme conditions de travail. Le Département d'Anesthésie-Réanimation doit réagir afin de retrouver une attractivité et éviter un recours extravagant à des vacataires extérieurs. Il doit s'adapter à un développement du service de gynéco-obstétrique ainsi qu'à une redistribution de l'activité chirurgicale due à l'autorisation de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France d'assurer la permanence des soins. Une Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI) qui est ouverte par des Infirmiers aux horaires limités et fermée la nuit et week-end. Des hyper sollicitations d'IADE non disponibles mettent en relief un défaut organisationnel, qui ne garantit pas un parcours sécurisé du patient en anesthésie. En se positionnant comme expert consultant, il convient d'abord de faire un focus sur la réglementation et les recommandations sur la sécurité en anesthésie et de surcroît en secteur obstétrical. Par ailleurs, la sociologie du travail peut nous éclairer et être un levier de compréhension du phénomène d'insatisfaction. Après avoir analysé un rapport évocateur de l'augmentation de l'activité, notamment en dehors des heures d'ouverture de SSPI, une analyse quantitative et qualitative des actes IADE hors bloc opératoire sera faite. Des groupes de travail se formeront pour implémenter en co-construction avec la direction un nouveau mode organisationnel : améliorer les conditions de travail des IADE par la sécurisation du parcours de soins en anesthésie.

ABSTRACT

This project involves managing a context of dissatisfaction of a Nurse-Anesthetists' team having as consequences the loss of the meaning of work, many departures, and professionals who want to leave the "Rives-de-Seine" Hospital Center. This specialized profession is currently in tension in the labor market. Everything can be negotiated because of exponential offers and needs, such as salary and working conditions. The Department of Anesthesia has to respond in order to regain its attractiveness and avoid exaggerated use of external contractors. It also has to adapt to an increase in obstetrical activity and to surgical activity reorganization to guarantee continuing care as requested by the Île-de-France Health Regional Agency. A post-operative room is staffed by nurses with limited schedules of opening and it is closed during nights and weekends. Nurse-Anesthetists feel overburdened as they are unavailable, highlight an organizational defect which does not guarantee a safe patient anesthetic care pathway. First of all, by positioning myself as a consultant expert in the field of anesthesia, it should be understood that we need to focus on anesthesia safety regulations and recommendations, particularly in obstetrics. Furthermore, sociology of work allows for further understanding of professional dissatisfaction. After having analyzed significant increase of activity, notably outside the recovery room's fixed hours, we will also do a quantitative and qualitative study of the actions of Nurse-Anesthetists outside operating rooms. Work groups were formed to implement a new organizational pattern in co-construction with the hospital's board: to improve Nurse-Anesthetists' working conditions by securing the patient care pathway in anesthesia.