

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

PROJET MANAGÉRIAL
**Le développement de la chirurgie « Hors Bloc » en
consultation gynécologique**

ECUE 7.2
Patrick FARNAULT
Abdenour KHELIL

Valerie BONFIGLIOLI
Année 2024/2025

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

Note aux lecteurs

Les travaux des étudiants du Master 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

Je tiens à exprimer ma sincère reconnaissance à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'ESM pour leur soutien et leur accompagnement tout au long de la réalisation de ce mémoire. Je souhaite adresser une mention particulière à M. Farnault, mon référent, pour sa disponibilité et la pertinence de ses conseils.

Je remercie également tous les intervenants du Master, dont la qualité des enseignements a grandement contribué à l'enrichissement de mes connaissances et à leur application concrète sur le terrain.

Ma gratitude s'étend aussi à mes collègues de la promotion 2024/2025, avec une pensée spéciale pour Céline, dont la présence et le soutien ont été précieux tout au long de cette année.

Je tiens à adresser une reconnaissance toute particulière à mon époux, Laurent, pour son soutien sans faille, ainsi qu'à mes enfants, Julien et Valentin, pour leurs encouragements constants. Merci de m'avoir toujours portée et d'avoir cru en moi sans réserve.

Enfin, j'adresse mes remerciements les plus sincères aux professionnels de santé qui ont contribué à nourrir ma réflexion et à la mise en œuvre de mon projet managérial.

Table des matières

Introduction	4
1 Contexte territorial et présentation de l'établissement	5
1.1 Le territoire: Le Val de Marne	5
1.2 Présentation Générale de l'APHP	7
1.3 Les hôpitaux du Val-de-Marne : une complémentarité essentielle	10
1.4 Présentation de l'Hôpital Bicêtre	11
1.5 Présentation de la maternité de l'Hôpital Bicêtre	12
1.5.1 Les unités obstétricales et gynécologiques	12
1.5.2 Organisation et fonctionnement général du bloc opératoire gynécologique-obstétrical	15
1.5.3 Le fonctionnement actuel des consultations gynécologiques- obstétricales	16
2 Le cadre conceptuel du projet	17
2.1 Définition de la chirurgie « Hors Bloc »	17
2.2 Exigences réglementaires et conditions de réalisation des actes hors bloc	18
2.3 Objectifs nationaux de santé publique	19
2.4 Principes de gestion des changements organisationnels	20
3 Contexte d'émergence du projet : constats et motivations	21
3.1 Limites actuelles du bloc opératoire	21
3.2 Motivations de la chirurgie «Hors Bloc»	21
3.3 Adaptation des consultations pour des actes chirurgicaux	22
3.4 Opportunités et actes éligibles à la chirurgie « Hors Bloc »	23
3.5 Les Objectifs et bénéfices attendus	24
3.5.1 Contexte et enjeux du projet pour la maternité	24
3.5.2 Les bénéfices spécifiques du projet	24
4 Pilotage du projet	27
4.1 Approche méthodologique	27
4.1.1 Définition d'un projet	27
4.1.2 Qu'est-ce qu'un chef de projet	29
4.1.3 Évolution de mon rôle managérial et nouvelle dynamique	30
4.1.4 Concertation des parties prenantes, passage en Comité Social et Économique(CSE)	31
4.1.5 Communication interne et externe : un levier essentiel pour le projet	32
4.2 Gestion du changement et sensibilisation des équipes	33
4.3 Formation et accompagnement des professionnels	38
5 Outils et techniques de mise en œuvre	40
5.1 Diagramme de GANTT	40
5.2 Mise en place du COPIL et du groupe de travail	40
5.3 Co construire pour réussir	42
5.4 Quels sont les atouts du groupe de travail	43
5.5 Benchmarking	44

5.6	Évaluation des effets du changement et qualité de vie au travail	46
6	Mise en œuvre du projet	47
6.1	Aménagement des espaces et des équipements de consultation	47
6.1.1	Exigences réglementaires et sanitaires	47
6.1.2	Organisation des espaces	48
6.1.3	Gestion des déchets et hygiène	48
6.1.4	La validation des aménagements par l'EOH	49
6.1.5	Préparation du matériel nécessaire (instruments spécifiques et stérilisation)	49
6.1.6	Respect des normes de sécurité et de confort pour les patientes	49
6.2	Élaboration de protocoles et gestion des urgences	50
6.2.1	Critères de sélection des patientes pour la chirurgie « Hors bloc »	50
6.2.2	Création de protocoles pour chaque acte chirurgical ciblé	51
6.2.3	Gestion des urgences : procédures et matériel dédié	52
6.2.4	Étapes clés du parcours : orientation, préparation préopératoire, réalisation de l'intervention, suivi post-opératoire	52
6.2.5	Communication claire avec les patientes pour réduire l'anxiété et assurer leur compréhension du processus	53
6.2.6	Implication des usagers dans le projet	54
7	Évaluation et perspectives	54
7.1	Indicateurs de suivi et performance pour mesurer les résultats (satisfaction, coûts, délais)	54
7.2	Retour d'expérience et ajustements après mise en œuvre	57
7.3	Perspectives d'évolution à court, moyen et long terme	58
8	Et si c'était à refaire	60
	Conclusion	62
	Bibliographie	64
	Table des annexes	71

Abréviations

A

AG *Anesthésie Générale*
AL *Anesthésie Locale*
AP *Auxiliaires de Puériculture*
AS *Aides-Soignantes*

C

cSE *Comité Social et Économique*
CTI *Commission des Travaux et Investissements*

D

DASRI *Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux*

E

ETP *Équivalent Temps Plein*

G

GHU *Groupes Hospitalo-Universitaires*

H

HAS *Haute Autorité de Santé*
HC *Hospitalisation Complète*
HDJ *Hospitalisation De Jour*

I

IADE *Infirmières Anesthésiste Diplômé d'Etat*
IBODE *Infirmières de Bloc Opératoire*
IDE *Infirmières Diplômées d'État*

O

ORL *Otorhinolaryngologiste*

P

PM *Personnel médical*
PNM *Personnel non médical*

S

SF2H *Société Française d'Hygiène Hospitalière*

V

VMC *Ventilation Mécanique Contrôlée*

Introduction

En France, près d'un quart des actes de chirurgie gynécologique pourraient être réalisés en dehors du bloc opératoire, ce qui permettrait de simplifier le parcours des patientes et de réduire significativement les délais. Face à la saturation des blocs opératoires, à l'évolution des pratiques professionnelles et aux attentes croissantes en matière de qualité, de confort et de rapidité de la prise en charge, la maternité de l'hôpital Bicêtre (AP-HP) initie une transformation organisationnelle ambitieuse : le développement de la chirurgie « Hors Bloc » en consultation gynécologique.

Cette démarche s'inscrit dans un contexte de transformation du système de santé, où l'optimisation des ressources hospitalières, la gradation des soins, le développement de l'ambulatoire et la reconnaissance des compétences paramédicales deviennent des priorités nationales. Elle prend également tout son sens dans un territoire contrasté comme le Val-de-Marne, où les inégalités sociales et de santé sont marquées, et où les patientes doivent pouvoir accéder à des soins différenciés, sécurisés et accessibles dans des délais raisonnables.

Cadre supérieur sage-femme(coordonnatrice en maïeutique), à la maternité de l'hôpital Bicêtre, j'ai été missionnée pour piloter ce projet stratégique. Mon rôle de cheffe de projet m'a placée à l'interface entre les professionnels de santé, les directions fonctionnelles, les instances institutionnelles et les usagers. Cette position exige de conjuguer rigueur méthodologique, anticipation, capacité à fédérer les équipes et à donner du sens au changement. Ce projet managérial reflète un processus vivant, ancré dans la réalité du terrain. Il a été marqué par les tensions rencontrées, les leviers mobilisés, les compromis négociés et les ajustements opérés au fil de la mise en œuvre.

Le projet de chirurgie « Hors Bloc » vise à réaliser, dans un environnement dédié, des actes chirurgicaux simples sous anesthésie locale habituellement réalisés au bloc opératoire. Cette délocalisation permet non seulement de libérer des créneaux pour des interventions plus complexes, mais aussi d'améliorer l'expérience des patientes, de fluidifier les parcours de soins, de valoriser les compétences infirmières et d'aligner l'organisation avec une exigence croissante de performance et de qualité. Elle constitue une réponse concrète aux constats établis localement tout en s'inscrivant dans les priorités institutionnelles de l'AP-HP et dans les recommandations nationales.

La maternité de Bicêtre constitue un terrain favorable pour expérimenter ce nouveau modèle organisationnel. Toutefois, sa mise en place implique une transformation en profondeur du fonctionnement des consultations.

Ce projet managérial s'articule autour de plusieurs axes. Il débute par une présentation du contexte territorial et institutionnel afin de situer les enjeux spécifiques du projet dans l'écosystème de santé du Val-de-Marne et de l'AP-HP. Il expose ensuite le cadre conceptuel mobilisé, basé sur les références réglementaires, les objectifs nationaux en santé publique et les principes fondamentaux du management du changement. Il analyse enfin les constats locaux ayant conduit à la mise en œuvre du projet : freins identifiés, opportunités saisies et perspectives d'amélioration. Le pilotage est détaillé à travers ses modalités concrètes : concertation avec les parties prenantes, outils mobilisés, formation et accompagnement des équipes. Enfin, une évaluation est proposée pour examiner les résultats obtenus, ajuster le dispositif si nécessaire et réfléchir aux enseignements managériaux tirés de cette démarche.

Ce projet managérial représente bien plus qu'une innovation organisationnelle : il vise à repenser les modalités de prise en charge en gynécologie tout en valorisant le travail des équipes soignantes et en améliorant la qualité du service rendu aux patientes.

1 Contexte territorial et présentation de l'établissement

1.1 Le territoire: Le Val de Marne

Le Val de Marne: un département contrasté

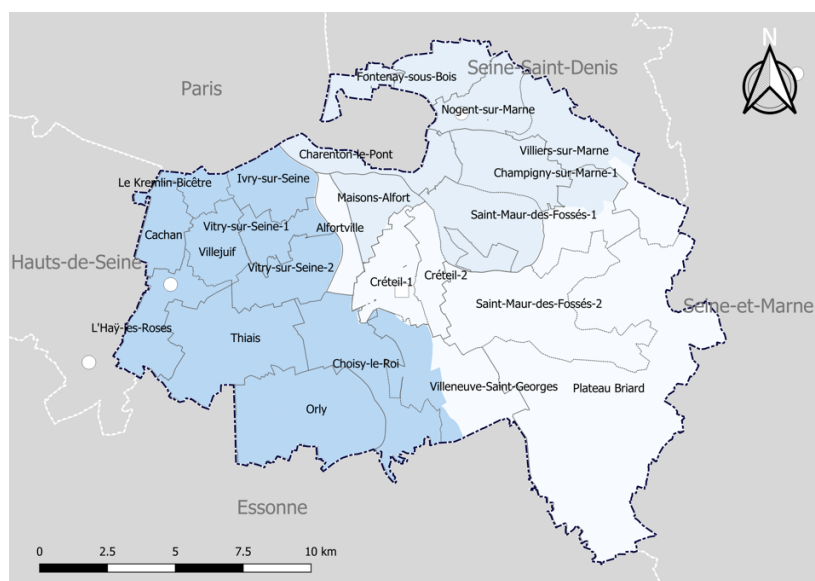


Figure 1 : Découpage cantonal du département du Val de Marne

Le Val-de-Marne a été créé officiellement le 1^{er} janvier 1968, à la suite de la loi du 10 juillet 1964. Il est issu de la réorganisation des départements de la Seine et de Seine-et-Oise pour mieux répondre aux défis démographiques et économiques de la région parisienne¹.

Ce département fait partie de la région Île-de-France et est intégré à la Métropole du Grand Paris. Il couvre une superficie de 245 km², ce qui en fait le plus vaste département de la petite couronne parisienne².

La Marne, rivière qui traverse son territoire, lui donne son nom.

La population est marquée par une grande diversité sociale et culturelle, avec une proportion significative d'immigrés et une répartition socio-économique contrastée entre les territoires¹.

Il partage ses frontières avec plusieurs départements : la Seine-Saint-Denis au nord-est, la Seine-et-Marne à l'est, l'Essonne au sud, les Hauts-de-Seine à l'ouest et Paris au nord-ouest.

Il représente un écosystème dynamique, marqué par des contrastes saisissants entre les communes du département du Val-de-Marne. Certaines sont situées à proximité de Paris, comme Ivry-sur-Seine ou Vitry-sur-Seine. Ces dernières se caractérisent par une forte urbanisation et une population jeune, souvent composée d'étudiants et de jeunes actifs³. En revanche, des communes comme Saint-Maur-des-Fossés ou Nogent-

¹ L'histoire. (s. d.). Les services de l'État dans le Val-de-Marne. Consulté le 11 avril 2025, à l'adresse <https://www.val-de-marne.gouv.fr/Services-de-l-Etat/Le-departement/L-histoire>

² Territoire. (s. d.). valdemarne.fr. Consulté le 11 avril 2025, à l'adresse <https://www.valdemarne.fr/vivre-en-val-de-marne/territoire>

³ d'Ivry-sur-Seine, V. (s. d.). Le projet municipal 2020-2026. Ville d'Ivry-sur-Seine; Ville d'Ivry-sur-Seine. Consulté le 17 décembre 2024, à l'adresse <https://www.ivry94.fr/1541/le-projet-municipal-2020-2026.htm>

sur-Marne offrent un cadre de vie plus paisible, attirant principalement les familles et les retraités ⁴.

Cette diversité se reflète dans les besoins en matière de santé, qui varient selon les zones et les populations.

Dans le Val-de-Marne, la diversité des communes se traduit par des besoins de santé variés. Les villes fortement urbanisées comme Ivry-sur-Seine ou Vitry-sur-Seine, où la population est majoritairement jeune et active, requièrent un accès rapide à des soins de proximité et des services adaptés à un rythme de vie soutenu. À l'inverse, des communes résidentielles telles que Saint-Maur-des-Fossés proposent une offre de santé davantage orientée vers les familles et les personnes âgées.

Ces disparités mettent en lumière la nécessité d'adapter et d'innover dans l'offre de soins pour répondre aux attentes spécifiques de chaque territoire. Par ailleurs, certaines communes situées en bord de Marne ou en périphérie, comme Orly ou Villeneuve-le-Roi, conservent des caractéristiques héritées de leur passé rural et forestier. Ces différences se traduisent également par des écarts notables en termes de densité de population, d'infrastructures et de dynamisme économique⁵.

Une démographie en croissance : En 2021, la population du Val-de-Marne s'élevait à 1 415 367 habitants, contre 1 327 732 en 2010, une augmentation significative qui place le département au 13ème rang national⁶.

POP T0 - Population par grandes tranches d'âges

Âge	2010	%	2015	%	2021	%
Ensemble	1 327 732	100,0	1 372 389	100,0	1 415 367	100,0
0 à 14 ans	260 268	19,6	269 378	19,6	271 694	19,2
15 à 29 ans	270 341	20,4	272 404	19,8	285 875	20,2
30 à 44 ans	294 469	22,2	296 378	21,6	298 866	21,1
45 à 59 ans	260 211	19,6	266 478	19,4	271 905	19,2
60 à 74 ans	151 268	11,4	169 610	12,4	185 832	13,1
75 ans ou plus	91 175	6,9	98 141	7,2	101 196	7,1

Sources : Insee, RP2010, RP2015 et RP2021, exploitations principales, géographie au 01/01/2024.

Figure 2 : Evolution et structure de la population en 2021
Département du Val-De-Marne

Cette croissance s'explique par un équilibre naturel positif (taux de natalité supérieur au taux de mortalité), même si le solde de l'immigration reste négatif, indiquant que plus de personnes quittent le département qu'il n'en attire⁶.

⁴ Ville de Saint-Maur-des-Fossés. (s. d.). Consulté le 18 décembre 2024, à l'adresse <https://www.saint-maur.com/>

⁵ Region, L. P. (s. d.). L'Institut Paris Region. L'Institut Paris Region. Consulté le 17 décembre 2024, à l'adresse <https://www.institutparisregion.fr/>

⁶ Dossier complet – Département du Val-de-Marne (94) | Insee. (s. d.). Consulté le 17 décembre 2024, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-94>

L'hôpital Bicêtre, établissement de l'AP-HP, joue un rôle central dans la vie du Kremlin-Bicêtre. En tant que l'un des principaux employeurs de la commune, il participe activement à la dynamique économique locale en faisant appel à de nombreux professionnels qualifiés. Son statut universitaire donne aussi à la ville un rayonnement académique et scientifique important. L'hôpital attire chaque année des étudiants, internes et soignants qui cherchent à vivre à proximité, ce qui renforce l'attractivité du territoire et dynamise le marché immobilier, les commerces et les services. Sur le plan social, l'hôpital permet aux habitants d'accéder facilement à des soins de qualité et répond aux besoins de santé de l'ensemble de la région.

Après avoir décrit le territoire et la diversité des besoins de santé dans le Val-de-Marne, il est important de montrer en quoi cela influence l'organisation des soins. L'offre doit en effet s'adapter à différents publics : les jeunes actifs attendent une prise en charge rapide, tandis que les personnes âgées ont besoin d'un suivi régulier et de proximité.

Dans ce cadre, l'AP-HP joue un rôle essentiel en Île-de-France. Son organisation en Groupes Hospitalo-Universitaires (GHU) permet de mieux répartir les ressources et de favoriser l'innovation pour répondre aux besoins spécifiques de chaque territoire.

1.2 Présentation Générale de l'APHP

Face à ces disparités territoriales et à la pression démographique croissante, l'AP-HP, premier centre hospitalier universitaire d'Europe, joue un rôle central dans la structuration de l'offre de soins en Île-de-France.

Depuis 2019, l'AP-HP compte 38 hôpitaux dans Paris, la petite couronne et certaines provinces. Elle est composée de six GHU, chacun rattaché à une université francilienne⁷. La création des Départements Médico-Universitaires (DMU) à l'AP-HP constitue une réforme majeure s'inscrivant dans le cadre de la « Nouvelle AP-HP »⁸. Cette initiative vise à réorganiser et moderniser l'institution en remplaçant les anciens pôles par des DMU. Au sein des six nouveaux groupes hospitalo-universitaires, les DMU ont été créés pour promouvoir l'élaboration de nouveaux projets médicaux alignés avec les initiatives de recherche, afin d'anticiper et d'améliorer les parcours patients à l'échelle territoriale. Les DMU ont également pour mission de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et des conditions de travail des équipes au quotidien. Structurés autour des filières de soins du territoire, ils sont dirigés par un directeur médical, soutenu par un comité exécutif.

L'AP-HP accomplit donc trois tâches principales : prendre soin, former et faire de la recherche. Chaque année, elle accueille environ 8 millions de patients grâce à ses 100 000 professionnels et 18 000 lits. Elle joue un rôle capital dans l'innovation médicale en se basant sur une structure unique, élaborée pour encourager la collaboration et satisfaire les besoins des territoires.

L'organisation en GHU depuis 2019 permet de mieux répondre aux besoins locaux tout en favorisant la mutualisation des ressources et la collaboration entre établissements⁷.

- Les six GHU de l'AP-HP sont :

- **AP-HP. Centre – Université Paris Cité** : Ce groupe réunit les hôpitaux Coeurin-Celton, Hôpital européen Georges-Pompidou, Vaugirard Gabriel-Pallez, Necker-Enfants malades, Hôtel-Dieu, La Collégiale, Broca et Cochin-Port Royal ;

⁷ Groupes hospitalo-universitaires de l'AP-HP. (2024, septembre 13). Consulté le 17 décembre 2024, à l'adresse <https://www.aphp.fr/groupes-hospitaliers-de-lap-hp>

⁸ La création des départements médico-universitaires (DMU). (2019, juillet 5). Réseau HU Paris Ile-de-France Ouest. Consulté le 17 décembre 2024, à l'adresse <https://hupifo.aphp.fr/dmu/>

- **AP-HP. Sorbonne Université** : Il comprend les hôpitaux Tenon, Saint-Antoine, Rothschild, Armand-Trousseau, Pitié-Salpêtrière, La Roche-Guyon et Charles-Foix ;
- **AP-HP. Nord – Université Paris Cité** : Ce groupe regroupe les hôpitaux Louis-Mourier, Beaujon, Bichat-Claude-Bernard, Bretonneau, Lariboisière, Fernand-Widal, Saint-Louis et Robert-Debré ;
- **AP-HP. Université Paris Saclay** : Il rassemble les hôpitaux Sainte-Périne, Ambroise-Paré, Raymond-Poincaré, Antoine-Béclère, Bicêtre, Paul-Brousse et le Hôpital maritime de Berck ;
- **AP-HP. Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis** : Ce groupe inclut les hôpitaux Avicenne, René-Muret et Jean-Verdier ;
- **AP-HP. Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor** : Il comprend les hôpitaux Henri-Mondor, Albert-Chenevier, Émile-Roux, Dupuytren et Georges-Clemenceau.



Grâce à cette réforme, les établissements ont pu se regrouper autour d'axes communs, tout en renforçant leur autonomie et leur intégration locale.

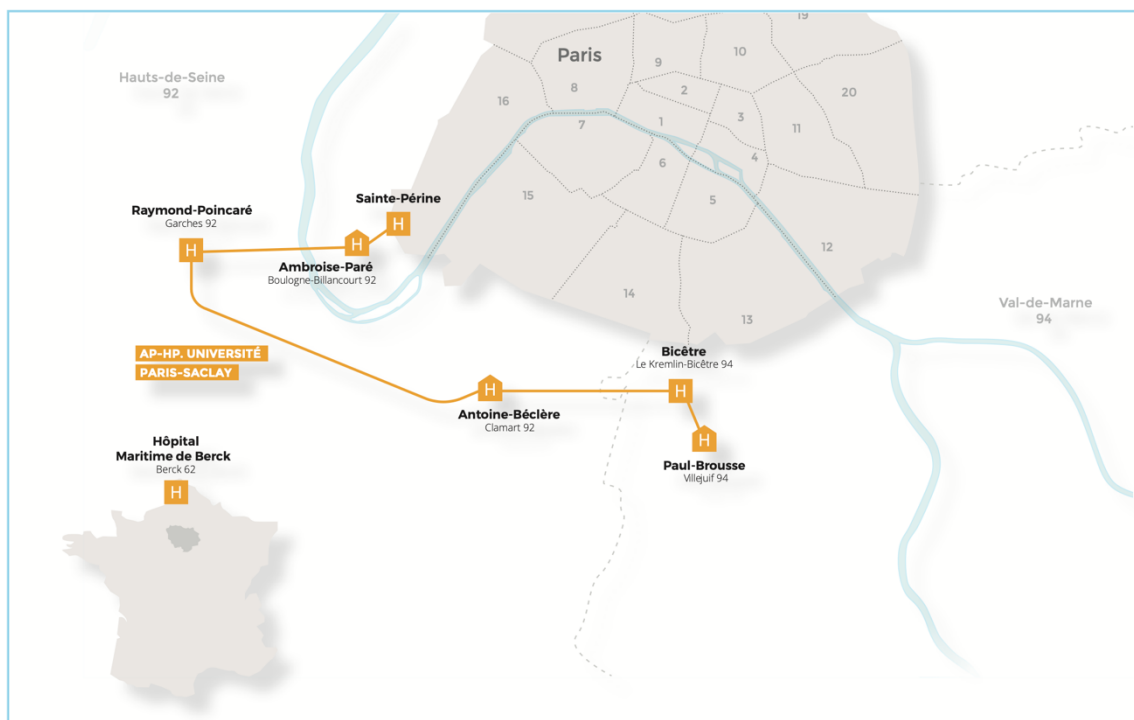
L'AP-HP, comme tous les établissements publics de santé, a défini son projet d'établissement 2021-2025 avec des orientations stratégiques.

Le projet d'établissement de l'AP-HP met l'accent sur l'innovation pour renforcer son rôle de leader hospitalo-universitaire en Europe. Il a été construit de manière collective, en associant les usagers, les professionnels de santé et les partenaires du territoire. Il vise à améliorer la qualité des soins, à moderniser les hôpitaux et à améliorer les conditions de travail. L'innovation, au cœur de cette stratégie, se traduit par une évolution rapide vers le numérique et une meilleure utilisation des données de santé pour rendre les parcours de soins plus efficaces. En parallèle, l'AP-HP mène des projets importants pour faire avancer la recherche médicale et moderniser ses hôpitaux, tout en prenant en compte les enjeux environnementaux pour aller vers un hôpital plus respectueux de l'environnement.

En mettant en place des solutions innovantes, l'AP-HP veut mieux répondre aux besoins des patients, soutenir les professionnels dans leur travail au quotidien, et renforcer son rôle dans la santé publique et la recherche, en France comme à l'étranger.

- Le GHU AP-HP Université Paris-Saclay incarne cette organisation fédérative et innovante. Il regroupe sept hôpitaux, chacun spécialisé dans des domaines complémentaires. Ces hôpitaux regroupés, ont chacun une spécialisation dans des domaines complémentaires:

- **Hôpital Bicêtre (Le Kremlin-Bicêtre)** : référence en pédiatrie, neurologie et neurochirurgie, avec une maternité de type 3 ;
- **Hôpital Paul-Brousse (Villejuif)** : reconnu pour l'hépatologie, les transplantations hépatiques et l'oncologie ;
- **Hôpital Antoine-Béclère (Clamart)** : spécialisé en obstétrique, néonatalogie et médecine de la reproduction ;
- **Hôpital Raymond-Poincaré (Garches)** : centre d'excellence en rééducation et réadaptation fonctionnelle ;
- **Hôpital Ambroise-Paré (Boulogne-Billancourt)** : expert en orthopédie, traumatologie et chirurgie plastique ;
- **Hôpital Sainte-Périne (Paris 16^e)** : dédié à la gériatrie et aux soins de suite ;
- **Hôpital Maritime de Berck (Pas-de-Calais)** : orienté vers les soins de suite pour les affections de l'appareil locomoteur⁹.



9

Figure 4 : LE GHU AP-HP Universitaire Paris Saclay

Grâce à cette structuration, les ressources sont partagées et les collaborations entre les établissements sont renforcées, ce qui favorise une alliance bénéfique pour la qualité des soins et la recherche.

1.3 Les hôpitaux du Val-de-Marne : une complémentarité essentielle

Le Val-de-Marne dispose d'un réseau hospitalier diversifié, associant une vingtaine d'hôpitaux publics et de cliniques privées répartis sur l'ensemble du territoire¹⁰, incluant des centres de santé spécialisés et des hôpitaux généraux.

Parmi ces établissements figurent des centres de référence reconnus au niveau national et international, spécialisés notamment en transplantation, cancérologie ou rééducation, tels que l'hôpital Henri-Mondor (AP-HP), l'Institut Gustave Roussy, l'Hôpital privé Armand Brillard, la Clinique Paris-Bercy, l'Hôpital Saint Camille, ou encore le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil¹⁰. Cette diversité répond mieux aux besoins du territoire aux réalités sociales et géographiques très variées. Chaque établissement joue un rôle complémentaire, en apportant son expertise et en s'adressant à des publics différents. Ensemble, ils assurent une bonne couverture du territoire et facilitent l'accès aux soins pour tous.

Dans ce réseau hospitalier, l'hôpital Bicêtre joue un rôle important, notamment en chirurgie gynécologique. C'est dans ce cadre qu'a émergé le projet de chirurgie « Hors Bloc », une nouvelle organisation pensée pour mieux utiliser les ressources disponibles et améliorer le parcours des patientes.

⁹ [2024-12-17-livret-A4-DMU-AP-HP.Université-Paris-Saclay](#)

¹⁰ Hôpital ou clinique Val-de-Marne | Le Guide Santé. (s. d.). Consulté le 17 décembre 2024, à l'adresse <https://www.le-guide-sante.org/le-guide/ile-de-france/val-de-marne>

1.4 Présentation de l'Hôpital Bicêtre

L'Hôpital Bicêtre est un acteur central.



Figure 5 : L'hôpital Bicêtre

L'hôpital Bicêtre est un des principaux établissements du GHU Paris-Saclay, situé au Kremlin-Bicêtre. Les origines de l'hôpital Bicêtre remontent au XVII^e siècle, lorsque Louis XIII acquiert une propriété pour y établir un hospice destiné aux soldats invalides. En 1656, l'établissement devient un hospice, puis une prison d'État et enfin un asile d'aliénés¹¹.

Il est constitué des services suivants¹² : Les services pédiatriques qui incluent plusieurs spécialités destinées aux enfants et adolescents. Parmi elles, nous trouvons la chirurgie pédiatrique viscérale et urologique, l'endocrinologie et le diabète de l'enfant, ainsi que l'hépatogastro-entérologie pédiatrique. D'autres domaines pédiatriques essentiels incluent la neuropédiatrie, la neuroradiologie interventionnelle partagée entre adultes et enfants, la pédiatrie générale, la radiologie pédiatrique, ainsi que la rhumatologie et les maladies inflammatoires pédiatriques. Les services de réanimation pédiatrique et néonatale sont également cruciaux, tout comme les soins pour les troubles du langage et des apprentissages.

En ce qui concerne les services médicaux généraux et spécialisés adultes, on retrouve la cardiologie, l'endocrinologie, la gastro-entérologie, et la gériatrie aiguë. S'ajoutent à cela la médecine intensive et réanimation, la médecine interne et immunologie, ainsi que les spécialités traitant des maladies infectieuses et tropicales, de la néphrologie, de la pneumologie et de la rhumatologie.

Les services chirurgicaux se composent de la chirurgie générale et digestive, de la chirurgie orthopédique et traumatologique incluant le rachis, ainsi que de la neurochirurgie. Ces spécialités sont complétées par l'otorhinolaryngologiste (ORL) et la chirurgie cervico-odonto-faciale, l'urologie, ainsi que la gynécologie médicale et la gynécologie-obstétrique. Bicêtre possède un centre de chirurgie ambulatoire qui favorise des hospitalisations de courte durée, permettant une prise en charge rapide et efficace.

¹¹ Hôpital royal de Bicêtre. (s. d.). Consulté le 17 décembre 2024, à l'adresse <https://archives.valdemarne.fr/patrimoine--histoire-1/a-vous-de-jouer-/puzzles/action-sociale-sante/hopital-royal-de-bicetre>

¹² Présentation. (2012, août 20). Hôpital Bicêtre. Consulté le 17 décembre 2024, à l'adresse <https://hopital-bicetre.aphp.fr/44-2/>

Les services d'imagerie et d'exploration fonctionnelle englobent la biophysique et la médecine nucléaire, la radiologie pour adultes et pour enfants, ainsi que la neuroradiologie interventionnelle. On y intègre également les activités liées à la physiologie et aux explorations fonctionnelles.

Les services biologiques et de laboratoire jouent un rôle fondamental. Ils couvrent l'anatomie et la cytologie pathologiques, la biochimie, la génétique moléculaire, la pharmacogénétique et l'hormonologie. S'ajoutent les expertises en hématologie biologique, immunologie biologique et microbiologie.

Enfin, les services de soins spécialisés et de support apportent une prise en charge complémentaire, notamment grâce à l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), à l'équipe mobile douleur et aux soins palliatifs. On y inclut aussi la médecine pour adolescents, le service hospitalo-universitaire de psychiatrie, les urgences, ainsi que les soins de suite et de réadaptation en neurologie et neurochirurgie. Parallèlement, des services orientés recherche et santé publique, tels que le centre de recherche clinique et les activités d'épidémiologie, viennent compléter cette offre.

L'hôpital Bicêtre se distingue par une offre de soins exceptionnelle, couplant une large gamme de services médicaux et spécialisés à une expertise de pointe. Il abrite 20 centres de référence pour les maladies rares et un centre dédié aux cancers rares, contribuant ainsi activement à la recherche et à l'innovation médicale. Son histoire riche est associée à une expertise moderne et pluridisciplinaire. L'hôpital dispose de 954 lits et emploie plus de 4 000 professionnels, dont 3 644 paramédicaux et 444 médecins, assurant ainsi une prise en charge de qualité dans de nombreux domaines.

Grâce à ces atouts et à sa position stratégique dans la région, l'hôpital Bicêtre est devenu un des principaux acteurs des soins de santé, notamment en neurochirurgie et dans la prise en charge des maladies rares.

L'Hôpital Bicêtre se distingue également par son expertise en gynécologie-obstétrique, avec une maternité de type 3 capable de gérer des grossesses complexes et des pathologies gynécologiques spécifiques.

Cette expertise repose sur une organisation hospitalière solide, notamment autour de son bloc opératoire gynécologique. Mais avec les contraintes actuelles rencontrées au bloc, il devient nécessaire de repenser l'organisation pour gagner en efficacité, d'où l'intérêt croissant pour le développement de la chirurgie « Hors Bloc ».

Je travaille actuellement en tant que coordonnateur en maïeutique au sein de la maternité de cet établissement, où se déroulera mon projet managérial.

1.5 Présentation de la maternité de l'Hôpital Bicêtre

1.5.1 Les unités obstétricales et gynécologiques

L'hôpital Bicêtre abrite une maternité de type 3 (une maternité de type 3 prend en charge les grossesses à haut risque et dispose d'une unité de réanimation néonatale), intégrée au DMU n°2 « Santé des Femmes et des Nouveau-nés », qui joue un rôle central dans la prise en charge des grossesses à haut risque et des situations obstétricales complexes. Grâce à un plateau technique de pointe, elle assure un suivi complet des patientes, depuis les consultations prénatales et le diagnostic anténatal jusqu'à la préparation à la naissance. Son infrastructure comprend un service d'urgences gynécologiques et obstétricales, des espaces pour le travail et l'accouchement, ainsi qu'un bloc opératoire adjacent, permettant une gestion immédiate des césariennes et autres interventions chirurgicales gynécologiques.

En combinant des soins intensifs mère-enfant avec des innovations technologiques, la maternité offre également des services de pointe en oncologie et en gynécologie. L'usage de techniques mini-invasives, comme la robotique, améliore le confort et accélère la récupération des patientes. Une approche pluridisciplinaire garantit un accompagnement optimal dans des domaines tels que l'endométriose, les cancers gynécologiques, et les maladies utérines, renforçant ainsi son rôle de référence dans la santé des femmes et des nouveau-nés¹³.

Pour réaliser ces missions, la maternité de l'hôpital Bicêtre s'appuie sur des équipes médicales et paramédicales composées de professionnels qualifiés et spécialisés dans la prise en charge des patients.

- Effectif total en Équivalent Temps Plein (ETP):
 - Personnel Médical (PM) : 14 ETP
 - Personnel Non Médical (PNM) : 238 ETP

Ces personnels comprennent des obstétriciens-gynécologues, des anesthésistes, des sages-femmes, des Infirmières Diplômées d'Etat (IDE), des Infirmières De Bloc Opératoire Diplômées d'Etat (IBODE), des Infirmières Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE), des Auxiliaires de Puériculture (AP), des Aides-Soignantes (AS), des brancardiers, ainsi que du personnel administratif et de logistique. L'allocation de ces ressources humaines est essentielle pour assurer un fonctionnement optimal des différentes unités de soins et d'accompagner les patientes tout au long de leur parcours de soins. L'organisation de l'équipe permet une activité continue 24h/24 et 7j/7, répondant ainsi aux exigences d'une maternité de type 3¹⁴.

Dans le cadre du développement de la chirurgie « Hors Bloc », ces effectifs joueront un rôle essentiel en permettant une meilleure répartition des ressources et en valorisant la prise en charge des patientes dans un environnement plus adapté.

En 2023, au total, 4 473 interventions chirurgicales ont été réalisées au bloc opératoire sous anesthésie générale (AG) ou anesthésie locale (AL), en Hospitalisation De Jour (HDJ) ou Hospitalisation Complète (HC). Ce nombre s'élève à 4 541 en 2024, confirmant la poursuite de l'activité et la forte demande pour les ressources du bloc.

Parmi ces actes, 461 ont été réalisés sous AL en 2023, et 525 en 2024. Certaines de ces chirurgies peuvent être transférées vers le secteur des consultations gynécologiques-obstétricales dans le cadre du projet de chirurgie « Hors Bloc ».

Ce transfert permettra de:

- Libérer des créneaux opératoires pour les interventions nécessitant des plateaux techniques plus lourds ;
- Améliorer le parcours patient en réduisant les contraintes liées au bloc opératoire ;
- Optimiser l'utilisation des ressources humaines et matérielles en mobilisant les équipes de manière plus souple, sans recourir à l'ensemble du personnel ni au matériel du bloc opératoire.

Les actes concernés par cette transition sont répertoriés dans le tableau ci-dessous, qui précise les interventions actuellement réalisées au bloc sous anesthésie locale et pouvant être effectuées en consultation. J'ai mis en évidence les actes les plus fréquemment réalisés au bloc.

¹³ 2025-01-10-livret-accueil-A5-patiente-maternité-Hôpital-Bicêtre. (s. d.). calameo.com. Consulté le 27 avril 2025, à l'adresse <https://www.calameo.com/books/0040218271d7829d2161f>

¹⁴ Maternité. (2012, octobre 31). Hôpital Bicêtre. Consulté le 17 décembre 2024 sur le site <https://hopital-bicetre.aphp.fr/gynecologie/maternite/>

GHU APHP SITE KREMLIN BICETRE Volume d'actes en HDJ avec ou sans AL (2023 et 2024)		
Libellé long du code acte CCAM	2023	2024
Exérèse de polype de l'utérus, par hystéroscopie	164	178
Section et/ou destruction de synéchies de l'utérus, par hystéroscopie	169	118
Injection de toxine botulique dans la musculature vésicale, par urétrocystoscopie	50	32
Conisation du col de l'utérus	45	48
Destruction de la muqueuse utérine par thermocontact, par voie vaginale ¹⁵	22	36
Hystéroscopie	14	15
Prélèvement cervicovaginal	7	8
Destruction de lésion du col de l'utérus, du vagin, de la vulve, du périnée et de la région périanale, avec laser	6	11
Exérèse de lésion vulvopérinéale	6	3
Biopsie ou frottis de l'endomètre, sans hystéroscopie	5	8
Destruction de lésion du col de l'utérus par colposcopie, avec laser ¹⁶	4	5
Microperforations unilatérales ou bilatérales de l'ovaire, par pélycoscopie [culdoscopie] [cœlioscopie transvaginale]	2	0
Changement d'un dispositif intra-utérin	2	1
Exérèse de lésion du vagin	2	3
Destruction de lésion du vagin, avec laser	2	6
Colposcopie	1	3
Injection sous muqueuse intra-urétrale de matériel hétérologue, par endoscopie	1	1
Microperforations unilatérales ou bilatérales de l'ovaire, par cœlioscopie	1	0
Exérèse de lésion pédiculée de l'utérus accouchée par le col, par voie vaginale ¹⁷	1	0
Destruction de lésion du col de l'utérus par colposcopie, sans laser	1	0
Destruction de lésion du vagin, sans laser	1	13
Biopsie du col de l'utérus	0	1
Injection sous muqueuse périurétrale de matériel hétérologue par voie transvaginale, avec guidage endoscopique	0	1
Résection de myome de l'utérus, par hystéroscopie	0	2
Exérèse de lésion du col de l'utérus, par colposcopie	0	1
Pose de dispositif intravaginal	0	31

Figure 6 : L'activité au bloc gynécologique

Ces chirurgies représentent des opportunités d'optimisation organisationnelle, dont certaines ont été retenues comme priorités dans le cadre du projet de chirurgie « Hors Bloc », piloté par une mission dédiée.

¹⁵ AAP Chirurgie Ambulatoire_VC (004) .pdf. (s. d.). Consulté le 27 avril 2025, à l'adresse https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2021-04/AAP%20Chirurgie%20Ambulatoire_VC%20%28004%29%20.pdf

¹⁶ Laser col en Gynécologie – Chirurgie Gynécologie. (2024, mars 10). Consulté le 17 décembre 2024 à l'adresse <https://www.chirurgie-gynecologie.fr/page-chirurgie-gyn/laser-col.html>

¹⁷ Comment se déroule une hystéroscopie diagnostique. (s. d.). hysteroscopiecm. Consulté le 14 mai 2025, à l'adresse <https://www.hysteroscopie-diagnostique.com/en-pratique>

1.5.2 Organisation et fonctionnement général du bloc opératoire gynécologique-obstétrical

Le bloc opératoire gynécologique-obstétrical est rattaché au bloc principal et fonctionne en lien étroit avec la salle de naissance et la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) de la maternité.

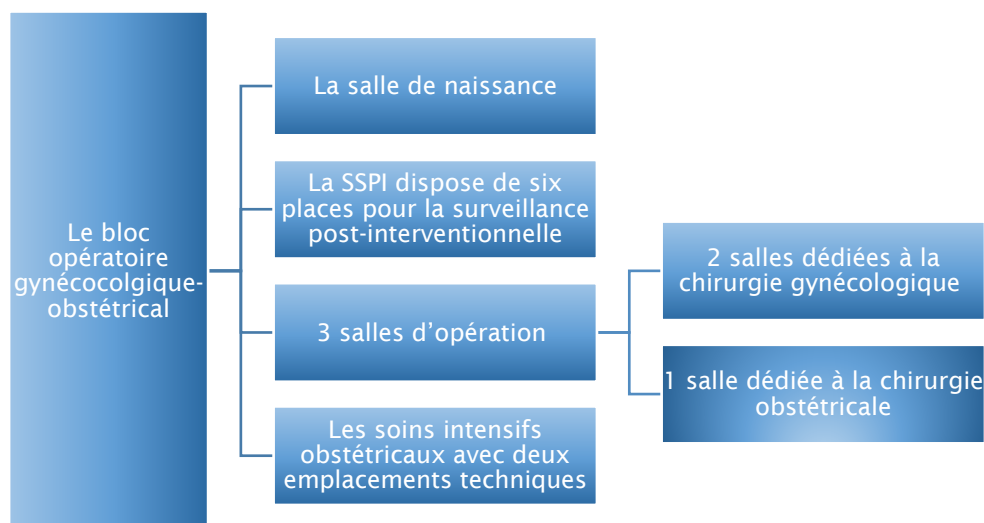


Figure 7 : Le bloc opératoire gynécologique-obstétrical

Le bloc opératoire gynécologique-obstétrical est organisé pour répondre aux besoins des patientes tous les jours de la semaine. Trois salles sont ouvertes du lundi au jeudi : une pour l'obstétrique, ouverte en permanence 24h/24, et deux pour la gynécologie, ouvertes de 7h30 à 17h.

Du jeudi soir au lundi matin et les jours fériés, seules deux salles sont ouvertes : l'une pour l'obstétrique en permanence et l'autre pour les urgences gynécologiques.

Le vendredi, il n'y a pas de programmation, sauf pour les césariennes et les semi-urgences, ou en cas d'accord préalable.

Si les salles sont surchargées, les urgences vitales sont transférées vers le bloc central afin d'assurer une prise en charge immédiate¹⁸.

Le personnel se compose en semaine, durant la journée, d'un anesthésiste pour les deux salles de gynécologie, d'un anesthésiste pour la salle d'obstétrique et la salle de naissance, ainsi qu'une IADE par salle. Chaque salle est également dotée d'un ou deux IDE/IBODE par salle en fonction de l'intervention, et une équipe de deux à quatre AS répartis entre le jour et l'après-midi.

La nuit, les week-ends et les jours fériés, une seule salle d'urgence est utilisée pour accueillir l'obstétrique ou la gynécologie. Cette organisation repose sur la présence d'un anesthésiste pour le bloc opératoire et la salle de naissance, d'un interne en anesthésie, d'un IADE, d'un IDE/IBODE et d'un aide-soignant uniquement en journée.

Le bloc opératoire gynécologique-obstétrical est bien équipé et fonctionne efficacement. Cependant, réaliser certains actes en dehors du bloc pourrait améliorer l'organisation et le confort des patientes.

¹⁸ Zanon, S. (2023, mai). Fonctionnement du Bloc Opératoire Gynéco-Obstétrical : Annexe à la Charte du Bloc Opératoire Commun (Hôpital Bicêtre). Consulté le 17 décembre 2024

1.5.3 Le fonctionnement actuel des consultations gynécologiques-obstétricales

Le service des consultations gynécologiques-obstétricales occupe une place centrale dans le parcours de soins, garantissant une prise en charge optimale des patientes. Il regroupe des consultations d'obstétrique, de gynécologie, de gynécologie médicale, des colposcopies, des consultations d'urodynamique et des hystérosopies diagnostiques¹⁹.

Le tableau ci-dessous (figure 8) montre les différentes consultations réalisées sur la maternité de Bicêtre en 2023 et 2024.

Synthèse du nombre de consultations à la maternité de l'hôpital Bicêtre, 2023-2024			
CS OBSTETRIQUE	CS PRE NATALE	13 788	14 715
CS OBSTETRIQUE	CS POST NATALE	598	604
CS GYNECOLOGIE	CS GYNECOLOGIE	9 369	8 565
CS GYNECOLOGIE	CS URODYNAMIQUE	76	690
CS GYNECOLOGIE	CS GYNECOLOGIE MEDICALE	1 421	1 645

Figure 8 : L'activité des consultations gynécologiques-obstétricales

L'équipe pluridisciplinaire de ce service est composée de :

- 6 infirmiers diplômés d'État qui assurent l'accompagnement des patientes et l'assistance technique lors des actes spécialisés ;
- 11 aides-soignantes, qui jouent un rôle essentiel dans l'accueil, la préparation des patientes et le soutien aux équipes médicales ;
- 2 secrétaires médicales, garantes du bon fonctionnement administratif et de la coordination des rendez-vous.

L'organisation de l'équipe permet d'assurer des soins en continu, adaptés aux besoins des patientes. Mais face à l'évolution des attentes en matière de confort, de délais et de personnalisation des soins, une réorganisation s'impose. Le bloc opératoire gynécologique-obstétrical et le service des consultations gynécologiques-obstétricales, avec leurs spécificités organisationnelles, constituent les piliers actuels du parcours de soins chirurgicaux à la maternité de l'hôpital Bicêtre.

Même si le bloc répond globalement aux besoins habituels, il montre aujourd'hui certaines tensions, notamment face aux enjeux d'optimisation des ressources et d'amélioration du confort des patientes. Cela montre qu'une réorganisation est nécessaire, pour proposer un parcours plus fluide et mieux adapté aux attentes actuelles.

C'est dans ce contexte qu'a émergé le projet de développer la chirurgie « Hors Bloc », pour lequel, j'ai été missionnée afin d'organiser une nouvelle forme de prise en charge plus efficiente et centrée sur les besoins des patientes.

Dans le chapitre suivant, j'aborde le cadre conceptuel du projet, définissant les principes de la chirurgie « Hors Bloc », ses bases réglementaires, ainsi que les objectifs nationaux de santé publique qui encouragent son développement.

¹⁹ Deffieux, X., Gauthier, T., Ménager, N., Legendre, G., Agostini, A., & Pierre, F. (2013). Prévention des complications de l'hystérocopie : Recommandations pour la pratique clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 42(8), 1032-1049. Consulté le 17 décembre 2024 à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.09.008>

2 Le cadre conceptuel du projet

Ce chapitre décrit les cadres réglementaires, les politiques de santé publique et les principes de gestion qui soutiennent le développement de la chirurgie « Hors Bloc » au sein des consultations gynécologiques-obstétricales.

2.1 Définition de la chirurgie « Hors Bloc »

La chirurgie « Hors Bloc » désigne toute intervention chirurgicale pratiquée par un chirurgien sans consommer toutes les ressources du bloc opératoire.

- Ces interventions peuvent s'appuyer sur différents moyens, techniques variées, telles que l'analgésie verbale, l'hypnose, le protoxyde d'azote, le masque de réalité virtuelle ou l'anesthésie locale²⁰. Ces techniques permettent d'éviter une anesthésie générale ;
- Les conditions techniques respectent les normes en vigueur : hygiène, équipements adaptés, et protocoles de gestion des urgences ;
- Cette approche présente de nombreux atouts : elle simplifie le parcours des patientes, permet un retour à domicile plus rapide et améliore leur confort. En parallèle, elle permet à l'hôpital de mieux utiliser ses ressources. Elle contribue également à renforcer l'image attractive de la consultation gynécologique, en proposant une prise en charge moderne, adaptée et centrée sur les besoins des patientes.

Pour mieux situer la chirurgie « Hors Bloc » dans le spectre des pratiques chirurgicales, il est pertinent de la comparer à une autre approche : la chirurgie ambulatoire vs Office Based Surgery²¹.

Chirurgie ambulatoire	Office based surgery
• Retour à domicile prévu le jour même de l'intervention, • Prise en charge d'une durée inférieure ou égale à 12 heures et sans hébergement • Intervention au sein d'un bloc opératoire avec des moyens dédiés (anesthésiste sur site notamment). • Tous moyens d'anesthésie utilisés, y compris l'anesthésie générale.	• Pas de définitions ni recommandations • Apparenter au niveau 1 des environnements techniques HAS • Actes techniques interventionnels mineurs : • Durée maximale d'environ 1h à 1h30 • Ne nécessitant pas d'hébergement ni de surveillance post-interventionnelle • Anesthésie ne modifiant pas les fonctions vitales et ne nécessitant pas la présence d'un anesthésiste. • Topique, locale et locorégionale distale

²¹ Figure 9 : Chirurgie ambulatoire vs Office based surgery : Définitions

²⁰ Analgésie inhalatoire : Expérience et soulagement des patients (Étude Sérénia). EM-Consulte. Masson, E. (2012). Consulté le 17 décembre 2024 à l'adresse <https://www.em-consulte.com/article/733245/analgesie-inhalatoire-experience-et-soulagement-de>

²¹ Pres-SF2H-Air-hors-bloc-GBIRGAND-01-06-2023.pdf. Consulté le 17 décembre 2024 à l'adresse <https://www.gabrielbirgand.fr/wp-content/uploads/2023/06/Pres-SF2H-Air-hors-bloc-GBIRGAND-01-06-2023.pdf>

2.2 Exigences réglementaires et conditions de réalisation des actes hors bloc

En l'absence d'un cadre législatif spécifique à la chirurgie « Hors Bloc », cette pratique s'appuie sur un ensemble de textes réglementaires qui garantissent la sécurité, l'asepsie et la traçabilité des actes réalisés en dehors du bloc opératoire.

Le décret du 28 février 2020²² établit des bases essentielles : Les actes chirurgicaux mineurs peuvent être réalisés hors bloc opératoire si les conditions d'asepsie, de sécurité et de traçabilité sont respectées.

Ces principes sont renforcés par plusieurs dispositions du Code de la santé publique :

- Par exemple, l'article D 6124-30²³ souligne que ces prestations doivent garantir une qualité et une sécurité équivalentes à celles des structures hospitalières traditionnelles;
- De même, les articles D 6124-91 et D 6124-10²⁴ imposent que toute anesthésie générale ou locorégionale, même hors bloc opératoire, soit réalisée dans des conditions garantissant la même qualité et sécurité qu'en hospitalisation complète. Ces exigences ne s'appliquent pas aux actes sous anesthésie locale, qui relèvent d'un cadre plus souple ;
- En complément, l'article R.6122-25²⁵ du Code de la santé publique et l'arrêté du 6 avril 2009²⁶ précisent les conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent répondre les établissements de santé pour être autorisés à exercer une activité interventionnelle. Ces textes insistent notamment sur: la qualification des professionnels, les équipements nécessaires à la réalisation d'actes en toute sécurité, l'organisation du circuit patient, incluant la gestion des urgences et les procédures d'assurance qualité.

Bien que ces textes concernent principalement les blocs opératoires, leurs exigences s'appliquent aussi aux actes programmés hors bloc, dès lors qu'ils relèvent d'une activité interventionnelle.

Les établissements doivent par ailleurs se conformer aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) notamment en ce qui concerne le contrôle de la qualité de l'air, les normes d'hygiène des locaux et du matériel, ainsi que les protocoles de gestion des urgences, afin de prévenir les infections associées aux soins²⁷. Pour garantir la mise en œuvre sécurisée de la chirurgie « Hors Bloc » au sein des consultations, il est essentiel que l'environnement respecte pleinement ces normes. L'aération de la salle doit être garantie par une Ventilation Mécanique Contrôlée (VMC) ou une aération naturelle après ouverture des fenêtres, conformément aux recommandations de

²² Prestation-MCO-JO-2020.pdf. (s. d.). Consulté le 18 décembre 2024, à l'adresse <https://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2020/09/Prestation-MCO-JO-2020.pdf>

²³ Article D6124-301—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté le 14 mai 2025, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000026305997

²⁴ Article D6124-91—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté le 14 mai 2025, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006917085/

²⁵ Article R6122-25—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté le 8 mai 2025, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041767601/

²⁶ Arrêté du 6 avril 2009 portant définition de listes de diplômes, titres et certificats pour l'application des articles L. 331-2 (3°) et R. 331-1, D. 343-4, L. 311-3 et D. 341-7 (3°) du code rural.

²⁷ SF2H_surveiller-et-prevenir-les-IAS-2010.pdf. (s. d.). Consulté le 18 décembre 2024, à l'adresse https://www.sf2h.net/k-stock/data/uploads/2010/09/SF2H_surveiller-et-prevenir-les-IAS-2010.pdf

l'HAS. « Selon le rapport d'évaluation de l'HAS sur les niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels, aucun traitement d'air spécifique n'est nécessaire pour les actes mineurs de niveau 1 »²⁸.

Pour les anesthésies locales, la présence d'un Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR) n'est pas obligatoire, contrairement aux anesthésies générales ou locorégionales, selon les recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)²⁹. Elle peut être pratiquée par des non-anesthésistes, sous réserve qu'ils disposent de la formation et de l'expérience nécessaires, et sans qu'il soit obligatoire de mettre en place les mêmes mesures de surveillance et d'organisation que pour l'anesthésie générale ou locorégionale.

Enfin, comme pour tout acte médical, l'article L 1111-4 du Code de la santé publique³⁰ impose au praticien d'obtenir le consentement libre et éclairé de la patiente après l'avoir informée des bénéfices, des risques et des alternatives possibles. Cette disposition est essentielle pour s'assurer du respect des droits des patientes et de l'éthique médicale dans le cadre de la chirurgie hors bloc.

La chirurgie « Hors Bloc » ne se limite pas à répondre aux obligations légales : elle s'inscrit aussi dans la stratégie nationale de réforme du système de santé. Elle répond aux objectifs fixés par les politiques publiques récentes, qui cherchent à moderniser l'organisation des soins, à mieux utiliser les ressources hospitalières et à rendre le parcours patient plus efficace.

2.3 Objectifs nationaux de santé publique

La chirurgie « Hors Bloc » s'inscrit dans une volonté nationale de faire évoluer le système de santé. Le plan Ma santé 2022³¹, ainsi que les recommandations de l'HAS³², encouragent des parcours de soins plus simples et plus rapides, avec des délais d'attente réduits. Ils préconisent aussi une meilleure utilisation des ressources hospitalières, en réservant le bloc opératoire aux actes les plus complexes.

Dans ce cadre, les prises en charge de moins d'une journée sont valorisées financièrement via des forfaits spécifiques. Chaque séjour est classé dans un Groupe Homogène de Malades (GHM), auquel correspond un tarif appelé Groupe Homogène de Séjours (GHS). Pour pouvoir appliquer ce type de prise en charge, l'établissement doit disposer de locaux, de matériel et de personnel adaptés.

L'HAS encourage une gradation des soins, préconisant l'usage du bloc opératoire pour les actes complexes, et le développement d'alternatives pour les gestes plus simples. La chirurgie « Hors Bloc » constitue une réponse pertinente pour les actes chirurgicaux mineurs, en réduisant l'impact sur les ressources humaines et matérielles.

²⁸ Gilles, A., Raoul, B., Marie-Francoise, B., Béatrice, P., Strauss, C. P., Anne-Marie, R., & Francoise, T.-G. (s. d.). GROUPE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (SFHH).

²⁹ 196-reco-anesth-chir-autres-2001.pdf. (s. d.). Consulté le 13 mai 2025, à l'adresse <https://sfar.org/wp-content/uploads/2014/04/196-reco-anesth-chir-autres-2001.pdf>

³⁰ Article L1111-4

³¹ DGS_Laetitia.B, DGS_Pauline.J, DGS_Laetitia.B, & DGS_Pauline.J. (s. d.). Ma santé 2022 : Un engagement collectif. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. Consulté le 22 décembre 2024, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/archives/masante2022/>

³² Rapport_definition_environnements_techniques.pdf. (s. d.). Consulté le 18 décembre 2024, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-02/rapport_definition_environnements_techniques.pdf

Dans cette même logique, l'instruction « Frontière » de 2020³³, relayée par l'AP-HP dans ses recommandations, précise les règles de facturation des hospitalisations de jour et des actes ambulatoires. Elle encourage à reclasser certains actes réalisés en externe, en hospitalisation de jour, lorsque cela est possible. Elle reconnaît également la pertinence de ces prises en charge, sous réserve du respect des normes de sécurité et de surveillance.

Les recommandations de l'HAS rappellent également l'importance de respecter les normes de sécurité, comme l'asepsie, la gestion des urgences et la traçabilité des actes réalisés hors bloc opératoire. Ces exigences sont indispensables pour garantir des soins sûrs et de qualité dans le cadre de la chirurgie « Hors Bloc »³⁴.

Cette démarche s'inscrit pleinement dans les orientations nationales. La mise en œuvre de la chirurgie « Hors Bloc » ne peut donc se limiter à une simple évolution technique; elle nécessite une réelle gestion du changement, qui doit être accompagnée à différents niveaux. C'est dans cette optique que l'analyse des principes de gestion du changement organisationnel devient essentielle.

Elle vient conforter la nécessité d'une réorganisation des actes en consultation, fondée sur les recommandations nationales et enrichie par les retours d'expérience d'autres structures.

2.4 Principes de gestion des changements organisationnels

Comme l'a souligné M. Dumond dans son cours « transformer les organisations »³⁵, comprendre le changement implique de prendre en compte l'ensemble de ses dimensions : il ne s'agit pas seulement de modifier des pratiques, mais aussi d'intégrer les aspects fonctionnels, politiques et culturels.

Dans ce contexte, les IDE des consultations doivent acquérir de nouvelles compétences pour intégrer une activité chirurgicale. Ce changement ne se limite pas à l'aspect technique. Il demande aussi l'adhésion de tous les professionnels concernés, une meilleure coordination entre les services et une communication claire autour des objectifs du projet.

Cette transformation touche également à la culture professionnelle : elle redéfinit la place et les missions des IDE en consultation, en valorisant leur rôle dans des actes auparavant réservés au bloc. Ce qui suppose une appropriation progressive et un engagement réel de la part des équipes.

Pour que cette transition se déroule dans les meilleures conditions, il est essentiel de soutenir les IDE tout au long du processus, afin qu'elles puissent s'approprier ces nouvelles pratiques et gagner en autonomie.

Le cadre conceptuel défini dans ce chapitre a permis d'établir les fondations théoriques, réglementaires et organisationnelles nécessaires à la mise en œuvre et à la pérennisation de cette nouvelle approche en consultation gynécologique.

La section suivante analyse les constats effectués localement à la maternité de Bicêtre, en identifiant les leviers, freins et enjeux qui ont motivé ce projet de transformation.

³³ « Médecine Ambulatoire Instruction « frontière 2020 » gradation des prises en charge ambulatoires », APHP, CME, du 01/06/21. Consulté le 29 Mars 2025.

³⁴ 1503307437-hpth_sj_charte_uca_2017.pdf. (s. d.). Consulté le 27 avril 2025, à l'adresse https://www.hpth-saint-jean.fr/fichiers/1503307437-hpth_sj_charte_uca_2017.pdf

³⁵ Dumond, J.-P. (2024, décembre 17). Transformation des organisations 2/2 secrétariats médicaux. ECUE 5.2 MOS M2 Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne, relu le 29/12/24.

3 Contexte d'émergence du projet : constats et motivations

Ce chapitre présente les constats effectués au sein de la maternité de l'Hôpital Bicêtre tout en identifiant les limites actuelles de son fonctionnement et en développant les motivations à la mise en oeuvre de ce projet.

3.1 Limites actuelles du bloc opératoire

Le bloc opératoire gynécologique-obstétrical de la maternité de l'Hôpital Bicêtre prend en charge de nombreuses interventions. Il s'agit d'actes complexes et de gestes moins invasifs. Parmi ces derniers figurent des interventions sous anesthésie locale, telles que la résection de synéchie, le retrait de dispositifs intra-utérins, la conisation ou la résection de polypes. En 2023, ces actes représentaient 15 % de l'activité opératoire.

Bien que ces gestes soient techniquement réalisables sous anesthésie locale, leur réalisation au bloc opératoire entraîne :

- Une saturation des salles, mobilisées pour des interventions ne nécessitant pas un plateau technique lourd ;
- Une charge administrative équivalente à celle des interventions complexes ;
- Une anxiété accrue pour les patientes, confrontées aux contraintes d'un parcours opératoire complexe.

Ces actes nécessitent également l'intervention des MAR et des IADE, des ressources précieuses pour les interventions chirurgicales majeures.

3.2 Motivations de la chirurgie «Hors Bloc»

Face aux limites identifiées à la partie précédente, la délocalisation de certains actes vers une salle dédiée en consultation, appelée salle « blanche », apparaît comme une solution pertinente. Son efficacité a déjà été prouvée dans plusieurs structures en France et en Europe, notamment en Italie et en Espagne, où elle est devenue une pratique courante³⁶.

Les avantages d'une telle organisation sont multiples :

- Réduction des contraintes associées au parcours opératoire traditionnel (la multiplication des rendez-vous, hospitalisation de jour, durée de présence à l'hôpital, attente prolongée liée à la mobilisation des équipes soignantes, à l'installation en chambre ou à la disponibilité du brancardier) ;
- Diminution de l'anxiété et amélioration de l'expérience patient ;
- La libération des blocs opératoires pour les interventions complexes permet une meilleure mobilisation des MAR et des IADE ;
- Allègement de la charge de travail des médecins, grâce à un parcours ne nécessitant pas systématiquement une consultation postopératoire.

Ces actes de chirurgie, actuellement pratiqués au bloc opératoire, sont éligibles à une conversion en HDJ sans lit au sein du secteur des consultations gynécologiques-obstétricales, sous réserve d'adaptations organisationnelles, incluant :

- Un planning de rendez-vous pour la chirurgie « Hors Bloc » ;
- La création d'une zone d'accueil et de surveillance post-intervention en consultation ;

³⁶ GUIDE-PRATIQUE-CHIR-HORS-BO-2022-CPIAS.pdf. (s. d.). Consulté le 18 décembre 2024, à l'adresse <https://www.cpias-pdl.com/wp-content/uploads/2022/09/GUIDE-PRATIQUE-CHIR-HORS-BO-2022-CPIAS.pdf>

- La valorisation financière des actes, via des forfaits adaptés (HDJ sans lit) en cohérence avec les priorités nationales évoquées en 2.3, est développée plus en détail à la partie 3.5.2.

Aménager une salle dédiée en consultation est une étape essentielle. Elle doit à la fois répondre aux exigences sanitaires, garantir la sécurité et le confort des patientes et s'intégrer de façon pratique dans le fonctionnement du service. Son installation doit valoriser les infrastructures existantes tout en facilitant le parcours des patientes.

3.3 Adaptation des consultations pour des actes chirurgicaux

La salle dédiée à la chirurgie « Hors Bloc » correspond à l'actuelle salle d'hystéroscopies, située au rez-de-chaussée de la maternité, au sein des consultations. Sa situation à proximité immédiate de la salle de surveillance facilitera la prise en charge des patientes avant et après l'intervention. Ses dimensions permettent une bonne circulation du personnel et elle est déjà équipée d'un système de ventilation régulant température, humidité et débit d'air, conforme aux exigences sanitaires. L'existence de cette salle permet ainsi de démarrer l'activité sans travaux d'aménagement dans un premier temps.

Cette « salle blanche » sera toutefois mutualisée avec l'activité d'amniocentèses, ce qui implique une coordination fine entre les équipes gynécologiques et obstétricales.

La salle « blanche » dédiée à la chirurgie « Hors Bloc » est située dans les locaux des consultations, comme indiqué sur le plan ci-joint.

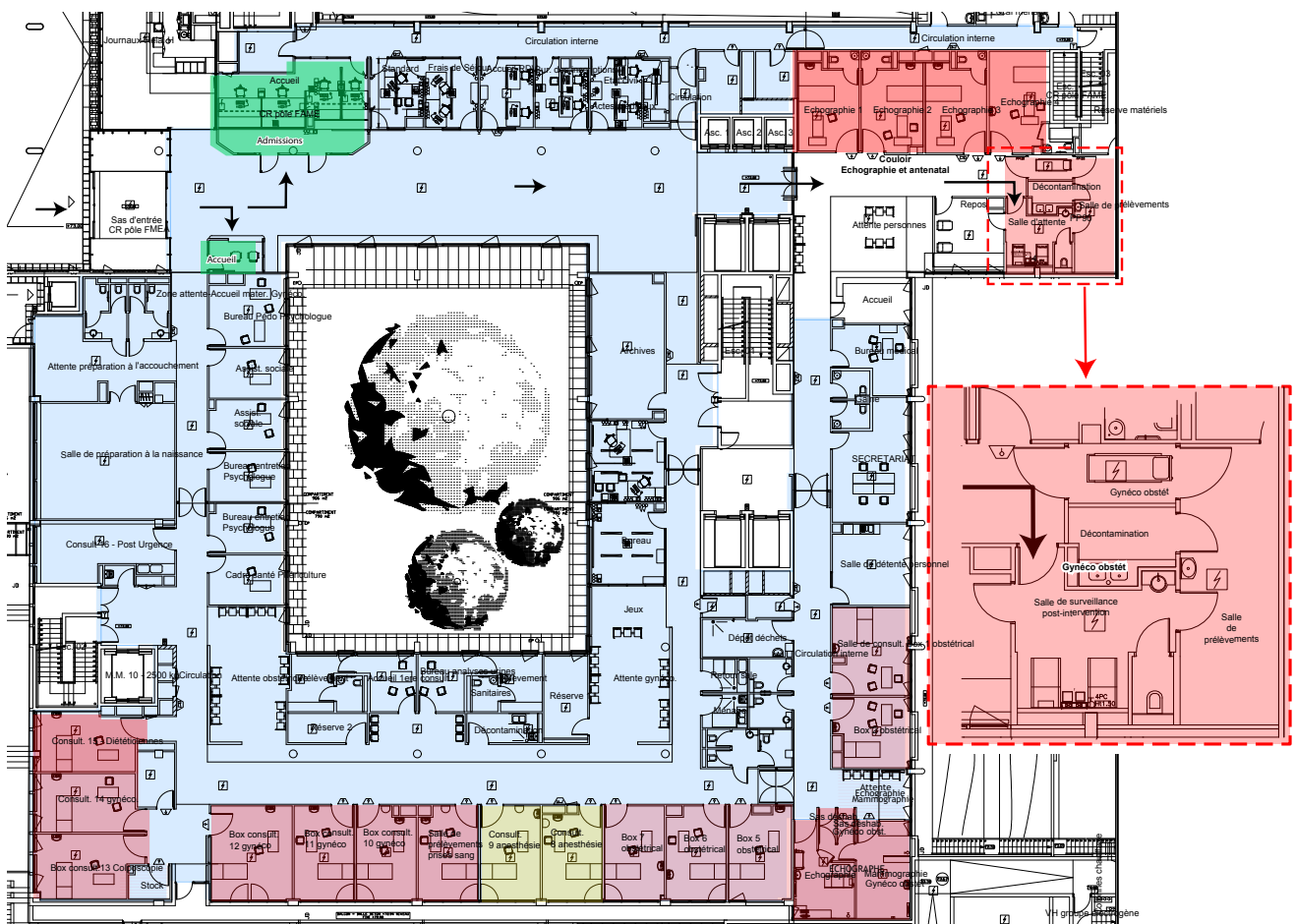


Figure 10 : Plan des locaux des consultations gynécologiques-obstétricales à la maternité de Bicêtre et extraction de la salle « blanche »

Ces éléments respectent les recommandations pour garantir un environnement sûr et conforme aux normes sanitaires³⁷.

Le choix d'une salle dédiée à la chirurgie « Hors Bloc » au sein des consultations permet désormais d'envisager quels actes peuvent y être réalisés.

3.4 Opportunités et actes éligibles à la chirurgie « Hors Bloc »

Les hystérosopies diagnostiques, actuellement réalisées sur le plateau de consultations et facturées en externe (environ 600 gestes par an), pourraient être mieux organisées. Nous prévoyons d'optimiser les procédures gynécologiques en consultation en élargissant le champ des actes pouvant y être réalisés.

Extension des actes réalisables en consultation: Procédures simples	Procédures gynécologiques avancées	Procédures hystéroscopiques
• Ablation de DIU • Biopsies de l'endomètre • Section de synéchies très simples • Traitement de lésions vulvaires • Ablation d'implant contraceptif • Ablation de Port-à-Cath (PAC)	• Conisation • Injections (Botox, Bulkamid)	• Ablation de polypes (Myosure manual, Truclear) • Section de synéchies simples et de cloisons • Ablation de myomes • Traitement des rétentions • Destruction de l'endomètre • Radiofréquence (optionnel)

Figure 11 : Extension des actes réalisables en consultation

Certaines patientes ayant eu une hystéroscopie diagnostique pourraient être immédiatement traitées en cas de diagnostic de pathologies intra-cavitaires éligibles au « Hors Bloc ». Ce « see and treat » permettrait à certaines patientes d'éviter :

-Une consultation d'anesthésie ;

-Une hospitalisation en ambulatoire avec prise en charge chirurgicale au bloc opératoire différée.

Conformément aux recommandations de l'HAS, nous avons identifié des gestes simples réalisables hors bloc, afin d'optimiser le parcours des patientes.

³⁷ Gilles, A., Raoul, B., Marie-Francoise, B., Béatrice, P., Strauss, C. P., Anne-Marie, R., & Françoise, T.-G. (s. d.). GROUPE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (SFHH). Consulté le 18 décembre 2024.

Cette approche renforce la nécessité d'optimiser l'organisation des actes en consultation, en cohérence avec les recommandations nationales et les pratiques mises en place dans d'autres établissements de santé.

Les constats présentés dans ces différentes parties soulignent la nécessité d'une réflexion stratégique pour optimiser les ressources et améliorer le parcours patient. Dans cette perspective, les motivations et bénéfices attendus prennent tout leur sens, en définissant les enjeux organisationnels, cliniques et économiques de cette transformation.

3.5 Les Objectifs et bénéfices attendus

3.5.1 Contexte et enjeux du projet pour la maternité

L'approche présente des bénéfices organisationnels et structurels importants. Elle augmente l'attrait du dispositif pour les patientes et positionne l'établissement à la pointe des nouvelles approches chirurgicales en gynécologie.

L'objectif principal de cette initiative est de libérer des créneaux au bloc opératoire en transférant certains gestes simples, réalisés sous anesthésie locale, vers le secteur des consultations gynécologiques-obstétricales. Cette organisation facilitera l'utilisation ciblée des compétences spécialisées (MAR, IBODE, IADE), tout en rassurant les patientes et en allégeant les formalités administratives. Enfin, cette méthode d'accompagnement met en valeur l'activité en utilisant une cotation en HDJ³⁸ plutôt qu'en externe, ce qui permet d'optimiser considérablement les recettes attendues.

3.5.2 Les bénéfices spécifiques du projet

L'objectif est de délocaliser des actes de chirurgie ciblés, réalisés actuellement au bloc opératoire, vers le secteur des consultations.

Dans le domaine de la gestion de projet, les objectifs structurent la planification, la mise en œuvre et le suivi. H. Marchat³⁹ définit un projet en s'appuyant sur des objectifs stricts répartis en trois axes essentiels : qualité, temps et coût. Ces dimensions, souvent représentées par le triangle de gestion de projet, sont interdépendantes : toute modification apportée à l'une d'elles influence inévitablement les deux autres.

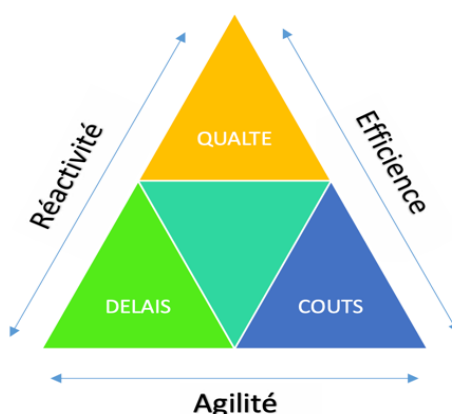


Figure 12 : Triangle d'or en gestion de projet

La qualité, pilier central, reflète la satisfaction des parties prenantes à travers des

³⁸ INSTRUCTION N° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires | Fédération Hospitalière de France. (s. d.). Consulté le 17 décembre 2024, à l'adresse <https://www.fhf.fr/expertises/finances/finances-budget-eprd/instruction-ndeg-dgos/r1/dss/1a/2020/52-du-10-septembre-2020-relative-la-gradation-des-prises-en>

³⁹ Marchat, H. (2023). Le Kit du chef de projet (7eme édition). Eyrolles. Lu le 29 décembre 2024

caractéristiques clairement définies et des dispositifs d'assurance qualité. H.Marchat insiste sur la nécessité de trouver un équilibre entre les attentes de ces parties et les contraintes du projet. De son côté, H. Kerzner⁴⁰ rappelle que qualité ne signifie pas perfection, mais adéquation aux exigences préalablement fixées, soulignant ainsi l'importance de viser juste, plutôt que toujours plus.

Les délais, eux, jouent un rôle crucial en définissant un cadre temporel précis pour l'accomplissement des tâches et des étapes. Pinto et Slevin⁴¹ insistent sur l'importance d'un calendrier réaliste et d'une coordination efficace pour gérer les priorités et anticiper les imprévus.

La gestion des dépenses fixe des limites budgétaires, intégrant coûts directs et indirects. H.Marchat et d'autres experts, comme Gray et Larson⁴², soulignent la nécessité d'une gestion proactive des risques financiers et des imprévus pour maintenir l'équilibre financier et éviter les dépassements budgétaires.

Ce modèle met en lumière l'importance de maintenir un équilibre délicat entre qualité, temps et coût, garantissant ainsi une gestion de projet harmonieuse et performante.

Le confort des patientes

Ce projet propose des procédures moins invasives grâce à un matériel spécifique adapté aux patientes éligibles. Il introduit de nouvelles méthodes chirurgicales, incluant des techniques d'analgésie et des alternatives à la douleur et au stress selon les préférences de la patiente :

- MEOPA⁴³;
- Masque de réalité virtuelle pour favoriser la détente⁴⁴;
- Analgésie verbale et techniques de respiration pour accompagner et rassurer la patiente durant l'intervention.

Ces actes sont donc réalisés sans anesthésie générale ni recours à un plateau technique lourd, ce qui rend possible l'intervention « Hors Bloc » tout en garantissant un haut niveau de sécurité.

Cela limite les arrêts de travail, réduit les déplacements à l'hôpital, favorise des parcours de type « *see and treat* », diminue l'anxiété liée à l'intervention, et améliore nettement le confort et la satisfaction des patientes. En proposant une prise en charge plus souple, plus rapide et mieux adaptée à leurs besoins , ce projet transforme en profondeur l'expérience de soin.

L'optimisation des conditions de travail pour les chirurgiens et les IDE

Ce projet renforce l'attractivité pour les gynécologues-obstétriciens et les professionnels paramédicaux, en particulier les IDE, en leur offrant l'opportunité de se former et de s'impliquer dans des organisations de soins repensées, centrées sur la qualité, l'efficience et la proximité avec les patientes

⁴⁰ Kerzner, H. (2017). Project management : A systems approach to planning, scheduling, and controlling (Twelfth edition). Wiley. Lu le 29 décembre 2024

⁴¹ Pinto, J. K., & Slevin, D. P. (1987). Critical factors in successful project implementation. IEEE Transactions on Engineering Management, EM-34(1), 22-27. IEEE Transactions on Engineering Management. Consulté le 29 décembre 2024 à l'adresse <https://doi.org/10.1109/TEM.1987.6498856>

⁴² Larson, E. W., & Gray, C. F. (2020). Project Management : The Managerial Process (8th edition). McGraw Hill. Lu le 29 décembre 2024

⁴³ Masson, E. (2012). Analgésie inhalatoire : Expérience et soulagement des patients (Étude Sérénia). EM-Consulte. Consulté le 12 avril 2025, à l'adresse. <https://www.em-consulte.com/article/733245/analgesie-inhalatoire-experience-et-soulagement-de>

⁴⁴ Ioeizahamon. (2025, février 19). La réalité virtuelle : Un allié contre la douleur | VR Show. VR Show | Agence Réalité virtuelle. Consulté le 12 avril 2025, à l'adresse <https://www.vr-show.fr/la-realite-virtuelle-un-allie-contre-la-douleur/>

L'optimisation pour le territoire et l'APHP

Le développement de la chirurgie « Hors Bloc » répond à plusieurs priorités institutionnelles, tant au niveau local qu'à celui de l'AP-HP :

- Pour le territoire, il répond à la nécessité d'élargir l'offre de soins de proximité dans le Val-de-Marne, face à une demande croissante.
- Pour l'AP-HP, il illustre la capacité d'innovation du GHU et des DMU, en lien avec les enjeux de qualité, de mutualisation et de recherche.
- Pour l'hôpital Bicêtre, il représente une opportunité de porter une organisation novatrice, soutenant les équipes au quotidien et améliorant le parcours des patientes.

Alignement avec les objectifs de coût

La valorisation financière des actes réalisés en HDJ sans lit est essentielle pour garantir l'équilibre économique du modèle de chirurgie « Hors Bloc ».

Ce modèle permet de reconnaître de manière juste le travail effectué en dehors du bloc opératoire, en tenant compte des coûts engagés : temps médical, personnel soignant et matériel utilisé.

L'HDJ sans lit concerne des actes où le patient est pris en charge dans la journée, sans hébergement prolongé. La facturation repose sur un forfait ambulatoire couvrant l'ensemble des soins liés à l'intervention.

Une tarification spécifique est nécessaire pour éviter que ces actes ne soient considérés comme de simples consultations, car ils demandent une organisation particulière, du personnel et des équipements adaptés.

Intégrer un forfait dédié permet de valoriser correctement ces actes, de soutenir la chirurgie ambulatoire et de mieux maîtriser les dépenses hospitalières.

Pour les établissements de santé, ce modèle offre plusieurs avantages : il assure un financement cohérent par rapport aux coûts réels, favorise la gestion des flux de patients en désengorgeant les blocs opératoires, et suit les recommandations nationales qui encouragent le développement de la chirurgie ambulatoire comme alternative à l'hospitalisation traditionnelle⁴⁵.

En conclusion, l'introduction d'un forfait adapté HDJ sans lit est essentielle pour assurer la reconnaissance et la viabilité des actes de chirurgie « Hors Bloc ». Ce modèle garantit une prise en charge de qualité tout en améliorant les ressources hospitalières et en assurant un équilibre financier durable pour les établissements⁴⁶.

Ces constats et motivations posent les bases du développement de la chirurgie « Hors Bloc ».

Pour mettre ce projet en place, il m'a paru important d'organiser sa réalisation en définissant une méthode, en associant les acteurs principaux et en assurant un suivi sérieux. C'est ce que je vais présenter dans la partie suivante, consacrée au pilotage du projet.

⁴⁵ Prise en charge chirurgicale en mode hyper-ambulatoire. (2021, septembre 30). Sénat. Consulté le 17 décembre 2024, à l'adresse <https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ21091829S.html>

⁴⁶ Article—Arrêté du 23 avril 2001 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté le 1 mars 2025, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001811775

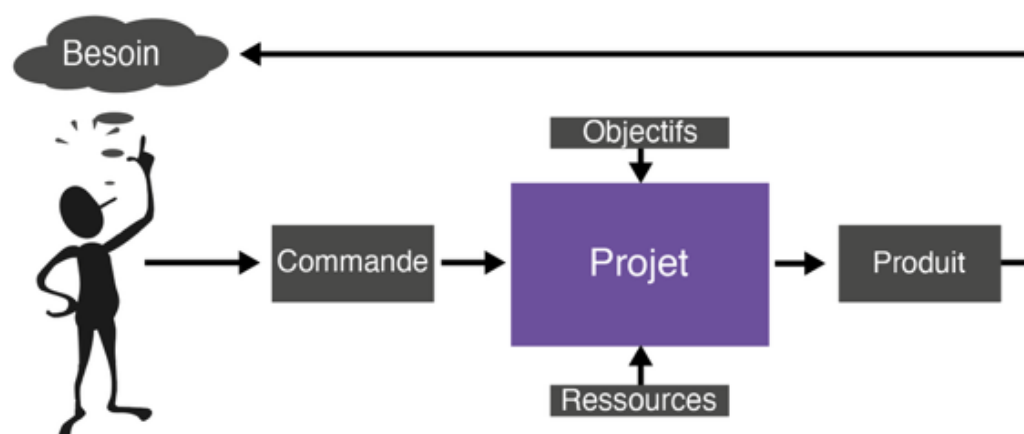
4 Pilotage du projet

4.1 Approche méthodologique

4.1.1 Définition d'un projet

D'après Jean-Jacques Néré⁴⁷, un projet consiste à transformer une idée en réalité, en tenant compte des contraintes et des imprévus. Il s'agit d'un ensemble d'activités coordonnées visant à atteindre un objectif précis dans un délai défini. Ces principes soulignent l'importance de définir dès le départ les objectifs, les livrables et les parties prenantes.

Hugues Marchat⁴⁸, quant à lui, le définit comme « *un ensemble fini qui part d'une commande pour aboutir à un produit* ». Cette approche met en avant la nature structurée d'un projet, avec un point de départ clairement identifié et un résultat attendu, répondant à une demande spécifique. Pour H.Marchat, la réussite repose sur une organisation méthodique et une gestion rigoureuse des ressources, avec des objectifs bien définis, des délais clairs et une anticipation des risques.



48

Figure 13 : Le système projet

Le projet du développement de la chirurgie « Hors Bloc » m'a été confié par la chef d'unité, gynécologue et commanditaire.

Dans un premier temps, nous avons réfléchi ensemble à sa faisabilité en utilisant le processus « Go/No Go ». « *Le Go/NoGo' est utilisé dans différentes situations pour décider si 'on y va ou pas' concernant la gestion de projet. Sa finalité est de statuer si un projet doit être réalisé* »⁴⁹.

Mon commanditaire et moi-même avons utilisé la méthode de MJ. Esteve expliquée dans son cours « Savoir mener un projet »⁵⁰, nous avons effectué un calcul de GO. Les

⁴⁷ Néré, J. (2015). Comment manager un projet (4eme édition). PUF. Lu le 03 janvier 2025

⁴⁸ Marchat, H. (2023). Le Kit du chef de projet (7eme édition). Eyrolles. Page 9, relu le 29 décembre 2024

⁴⁹ Go/No Go: Décider en gestion de projet. (s. d.). Consulté 16 février 2025, à l'adresse <https://www.manager-go.com/gestion-de-projet/dossiers-methodes/go-no-go>

⁵⁰ Esteve, M. J. (2024, octobre 22). Savoir mener un projet. ECUE 7.2 MOS M2, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne. Relu le 29/12/24

résultats de cette analyse ont mis en évidence la nécessité de conduire ce travail selon une organisation en mode projet.

Le commanditaire m'a alors confié le projet via une lettre de mission (cf. Annexe 1), avec le soutien de la directrice des soins.

Cette lettre a servi de base à la rédaction de la fiche projet. Comme l'a également expliqué M. Farnault dans son cours « Le projet managérial »⁵¹, le commanditaire, ou « maître d'ouvrage », est la personne à l'origine du projet et responsable de sa mise en œuvre. Il joue le rôle de donneur d'ordre.

En m'appuyant sur les travaux de H. Marchat⁵², j'ai construit mon projet en suivant une démarche méthodique et rigoureuse, pour garantir une organisation claire et adaptée aux contraintes du terrain. H. Marchat souligne l'importance de partir d'une demande précise pour arriver à un résultat bien défini. Cette approche m'a permis de poser dès le départ un cadre précis et de planifier les différentes étapes de façon cohérente. Pour formuler les objectifs de ce projet managérial, j'ai utilisé la méthode SMART, en veillant à ce qu'ils soient Spécifiques, Mesurables, Ambitieux, Réalistes et Temporels.

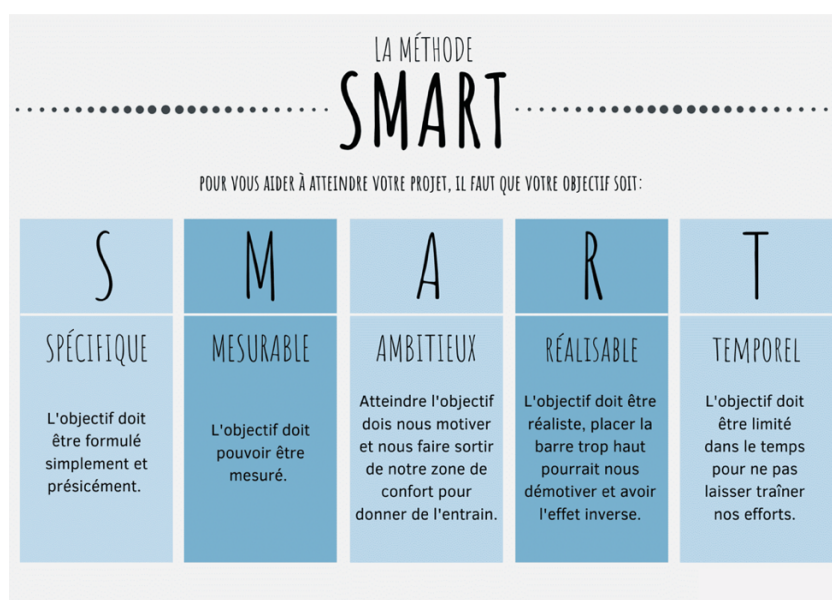


Figure 14 : Les objectifs SMART

L'acronyme original proposé par le Dr George Doran est développé en entreprise dans le cadre d'une démarche participative auprès de managers⁵³. Cependant, au fur et à mesure de l'avancement, j'ai également dû intégrer la vision de J.J. Néré⁵⁴, qui considère le projet comme l'art de transformer une idée en réalité, tout en naviguant entre contraintes et imprévus. Si la structure définie initialement m'a offert une base stable, les imprévus ont nécessité une certaine agilité et une capacité d'adaptation pour maintenir le cap tout en répondant aux aléas. Ainsi, j'ai structuré les étapes du projet comme suit :

⁵¹ FARNAULT, P. (2024, octobre 3). Le projet managérial. ECUE 7.2 MOS M2, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne. Relu le 29/12/24

⁵² Marchat, H. (2023). Le Kit du chef de projet (7ème édition). Eyrolles. Relu le 29 décembre 2024

⁵³ Objectifs SMART – EVAL. (s. d.). Consulté 16 février 2025, à l'adresse <https://www.eval.fr/objectifs-smart-2/>

⁵⁴ Néré, J. (2015). Comment manager un projet (4ème édition). PUF. Lu le 03 janvier 2025

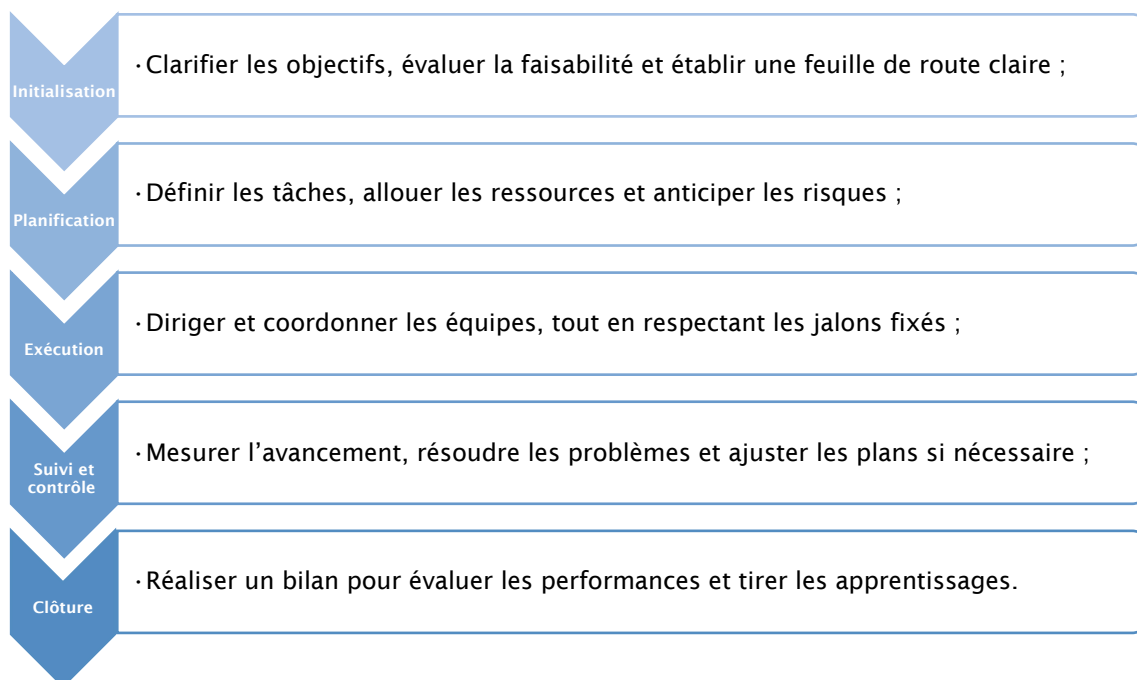


Figure 15 : Etapes du projet

Comme le souligne J.J. Néré⁵⁵, un projet bien défini est déjà à moitié réalisé, mais il faut aussi naviguer entre contraintes et imprévus pour atteindre ses objectifs. En conciliant ces deux approches, j'ai pu adapter ma démarche, entre rigueur méthodologique et flexibilité afin de garantir la réussite de mon projet.

Ces principes m'ont permis de structurer le projet. J'ai également pris pleinement conscience que pour garantir la réussite de cette démarche, il est indispensable de s'appuyer sur une figure centrale : le chef de projet. J'ai donc joué un rôle décisif dans la coordination des parties prenantes, la gestion des imprévus et l'atteinte des objectifs, comme nous le verrons dans la partie suivante.

4.1.2 Qu'est-ce qu'un chef de projet

Comme mentionné précédemment, le chef de projet est essentiel pour transformer une vision structurée en réalité opérationnelle. D'après J.J. Néré, un chef de projet doit savoir motiver les équipes et faire preuve de leadership. Cela rejoint les enseignements du cours « Affirmer son leadership » de P. Farnault et M.J. Esteve⁵⁶.

Il assure une bonne circulation des informations, favorisant une communication fluide. De plus, il gère les conflits, propose des solutions innovantes et organise efficacement son temps et ses priorités. J.J. Néré met en avant que le chef de projet doit avant tout rassembler, fédérer et donner du sens à chaque étape, afin de mobiliser et d'engager son équipe autour d'objectifs communs.

H. Marchat reprend une définition similaire en insistant sur l'engagement du chef de projet : « *Le chef de projet est celui qui va s'engager à organiser et fédérer les ressources (humaines, matérielles, financières, temporelles...)* »⁵⁷.

Le chef de projet, au cœur du pilotage, doit savoir guider, inspirer, coordonner et suivre les actions nécessaires à la réussite du projet, tout en respectant les exigences de qualité, de budget et de délai.

Ce rôle exige une combinaison de compétences en gestion d'équipe, communication, résolution de problèmes et anticipation des risques. Grâce à sa vision stratégique et

⁵⁵ Néré, J. (2015). Comment manager un projet (4eme édition). PUF. Lu le 03 janvier 2025

⁵⁶ Farnault, P., & Esteve, M. (2024, décembre 17). Affirmer son leadership. ECUE 7.1 MOS M2, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne. Relu le 29/12/24.

⁵⁷ Marchat, H. (2023). Le Kit du chef de projet (7eme édition). Eyrolles. Page 11, relu le 29 décembre 2024

à son organisation, il transforme les idées en résultats concrets, tout en adaptant sa stratégie si des imprévus surviennent.

Ces qualités sont essentielles dans mon rôle de coordonnatrice en Maïeutique. Comme nous l'avons vu en cours avec M. Farnault⁵⁸, définir les objectifs ne suffit pas, il faut aussi donner les moyens de les atteindre. Cela passe par des ressources matérielles et humaines, mais aussi par une vraie autonomie des participants. Les cadres, qui jouent un rôle fondamental dans tout projet, doivent pouvoir agir avec suffisamment de liberté pour prendre des initiatives sans se sentir enfermés dans des consignes rigides.

Il est également essentiel d'adopter une approche « gagnant-gagnant » pour mobiliser les cadres autour des objectifs stratégiques. Expliquer clairement les attentes, leur donner les moyens d'agir et valoriser leur engagement permet de créer une dynamique de collaboration et d'efficacité.

En tant que coordonnatrice en maïeutique, je veille à maintenir cet équilibre, pour que chaque cadre se sente à la fois impliqué, reconnu et acteur de la réussite collective, aux côtés de tous les autres participants du projet.

4.1.3 Évolution de mon rôle managérial et nouvelle dynamique

Après avoir structuré le projet sur des bases méthodiques (cf. partie 4.1.1), j'ai progressivement ajusté ma posture managériale pour accompagner au mieux les équipes dans cette transformation. Ce projet ne s'est pas limité à une réorganisation des soins : il a été un véritable levier d'apprentissage. Dans un environnement où les habitudes sont ancrées et où toute nouveauté peut générer des réticences, accompagner le changement s'est révélé essentiel. Il m'a fallu trouver un équilibre entre les attentes institutionnelles, les contraintes du terrain et les inquiétudes légitimes des professionnels. Cette expérience m'a appris à faire preuve de plus de souplesse, d'écoute et de réactivité, pour construire une dynamique collective positive et donner du sens au changement engagé.

Elle a également renforcé ma vision globale du fonctionnement du DMU. Déjà attentive aux interactions entre services, j'ai pu approfondir une approche transversale, articulant les enjeux organisationnels, médicaux, logistiques et humains. Cette compréhension plus fine des différentes logiques à l'œuvre constitue un véritable appui dans ma fonction de coordonnatrice en maïeutique.

Aujourd'hui, je perçois ma fonction à travers trois axes majeurs :

- Favoriser l'autonomie et l'implication des équipes, en encourageant l'initiative au lieu d'imposer des décisions descendantes ;
- Travailler en coopération étroite avec l'ensemble des parties prenantes, car ce projet touche autant à l'organisation des soins qu'aux enjeux logistiques et institutionnels ;
- Envisager le changement non comme une contrainte, mais comme une occasion d'évoluer, de progresser et de faire mieux, ensemble.

Avec le recul, je mesure à quel point ce projet a consolidé ma posture. Il m'a permis de mieux fédérer les équipes, de développer une écoute active et d'accompagner les transformations de manière plus ajustée, sans jamais perdre de vue l'objectif essentiel : offrir aux patientes un parcours de soins plus fluide et plus humain, tout en valorisant les compétences des professionnels qui les accompagnent.

⁵⁸ FARNAULT, P. (2024, octobre 3). Le projet managérial. ECUE 7.2 MOS M2, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne. Relu le 29/12/24

4.1.4 Concertation des parties prenantes, passage en Comité Social et Économique(CSE)

En tant que cheffe de projet, j'ai mis en place une stratégie de concertation pour favoriser la collaboration entre les différents acteurs du projet. Dès le départ, l'implication des cadres de santé⁵⁹ a été cruciale pour recueillir les besoins des équipes et assurer l'adéquation des solutions proposées.

Comme le souligne Henry Mintzberg dans « *Le manager au quotidien* », « *dans tout projet, les cadres de santé jouent un rôle essentiel en servant de lien entre la stratégie globale et les équipes de terrain* »⁶⁰.

Pour ce projet, j'ai informé dès le début la coordinatrice sage-femme des consultations et la cadre IBODE du bloc opératoire, afin de leur présenter les grandes lignes du projet et de les intégrer en tant que parties prenantes. Les médecins ont été sollicités et ont apporté leur expertise clinique, renforçant la crédibilité du projet et assurant un soutien collectif. L'équipe paramédicale a également été impliquée et a contribué grâce à sa connaissance approfondie des besoins des patientes et des contraintes pratiques.

Par la suite, j'ai fait le lien entre tous les acteurs du projet et structuré les étapes à mettre en place. En combinant leadership, gestion des parties prenantes et sens de l'organisation, j'ai veillé à respecter les exigences de qualité, de coût et de délai.

Pour cela, j'ai mis en place une communication fluide entre tous les participants, permettant de mobiliser l'ensemble des acteurs impliqués.

J'ai adopté une démarche collaborative, en m'appuyant sur les recommandations de la Note 21 du Comité 21⁶¹, qui souligne l'importance de la concertation dans les projets de transformation. Plusieurs temps d'échanges ont été organisés avec les différents professionnels concernés, dans un esprit d'écoute et de co-construction. Ces échanges ont permis de valider les grandes orientations, de coordonner les ressources, et d'assurer que les actions prévues soient réellement adaptées au terrain. Cette démarche s'inscrit dans une volonté de créer de la valeur ajoutée à travers l'écoute et la co-construction.

J'ai réuni ces concertations dans un tableau :

⁵⁹ Dossier_de_presse-mission_cadres.pdf. (s. d.). Consulté le 2 mars 2025, à l'adresse https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse-mission_cadres.pdf

⁶⁰ Mintzberg, H. (2002). *Le manager au quotidien : Les 10 rôles du cadre* (10ème tirage 2002). Editions d'Organisation. Page 106, lu le 1^{er} janvier 2025

⁶¹ Note-21-la-concertation.pdf. (s. d.). Consulté le 2 mars 2025, à l'adresse <http://www.comite21.org/docs/note-21-la-concertation.pdf>

Instance / Équipe concernée	Objectif de la concertation	Résultats et impact
Comité de Direction (CODIR)	Validation des grandes orientations stratégiques et institutionnelles du projet.	Définition des objectifs à long terme et allocation des ressources nécessaires.
Comité Social et Économique (CSE) ⁶²	Information et consultation des représentants du personnel sur les impacts organisationnels (missions, effectifs, conditions de travail).	Ajustement du projet en fonction des retours des représentants du personnel.
Réunions au sein du DMU (deux maternités)	Présentation du projet aux autres membres du DMU pour partage d'expérience et d'approche.	Potentiel alignement de la maternité de Béclère sur ce modèle, tout en respectant l'autonomie des structures.
Département d'Information Médicale (DIM)	Évaluation de la valorisation financière du projet, notamment la création d'actes en hospitalisation de jour (HDJ).	Définition d'un modèle économique solide et viable.
Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH)	Vérification de la conformité des locaux aux exigences de l'ARS en matière de « salle blanche ».	Assurance d'un environnement sûr et conforme aux normes réglementaires.
Équipe des investissements	Chiffrage des travaux nécessaires à la mise en œuvre du projet lors de la montée en charge.	Planification des dépenses et allocation des ressources adaptées.
Cadre administrative du DMU et Gynécologue responsable	Rédaction du projet médico-économique et identification des investissements nécessaires.	Planification de l'achat du matériel, de l'aménagement des espaces et du recrutement d'un ETP IDE et d'un 1/2 ETP médical
Concertation avec les anesthésistes	Information sur le projet et établissement d'un protocole en cas de besoin urgent.	Harmonisation de la gestion de la douleur et mise en place d'une procédure d'intervention rapide en cas d'urgence.

Figure 16 : Tableau récapitulatif des concertations menées pour le projet

Grâce à cette concertation menée pas à pas, chacun a pu trouver sa place dans le projet. En impliquant les acteurs à chaque étape, j'ai construit un projet plus concret, plus adapté au terrain. Cette manière de faire ensemble a vraiment renforcé la cohésion des équipes et a permis d'avancer de façon plus cohérente et collective.

4.1.5 Communication interne et externe : un levier essentiel pour le projet

Après ces étapes de validation et de concertation, il était essentiel d'assurer une communication efficace, tant en interne qu'en externe, pour garantir l'engagement des équipes et la diffusion de cette nouvelle organisation auprès des patientes et des partenaires institutionnels.

En interne, l'accompagnement des équipes passait par la diffusion d'informations claires et régulières. Des réunions d'information et des groupes de travail ont été organisés pour répondre aux interrogations et lever les freins potentiels (cf parties 4.2 et 5.2). Un espace de discussion a également été mis en place afin de permettre aux professionnels de partager leurs retours d'expérience et d'adapter progressivement les pratiques. Une communication régulière via les outils internes de l'établissement (mailing, affichage en salle de pause, réunions de service) a facilité l'intégration progressive du projet dans les pratiques quotidiennes.

⁶² Comité social et économique (CSE). (s. d.). Consulté le 2 mars 2025, à l'adresse <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34474>

À l'échelle de l'établissement et du territoire, il était important de faire connaître cette nouvelle offre de soins auprès des patientes et des professionnels de santé. Une communication spécifique, avec des affichages en consultation, a permis d'informer les patientes sur les bénéfices de la chirurgie « Hors Bloc ». En parallèle, une présentation du projet a été partagée auprès des autres services de l'hôpital via une annonce de type « Save the Date », et relayée par un mailing institutionnel AP-HP / Université Paris-Saclay, pour favoriser son intégration dans le parcours global des patientes. Enfin, nous avons également communiqué auprès de nos partenaires de ville, afin de favoriser le déploiement de cette offre.

L'approche méthodologique a structuré le projet, mais sa réussite dépend avant tout de l'approbation des équipes. D'où l'importance de la gestion du changement et de la sensibilisation pour faciliter l'appropriation de cette nouvelle organisation par les équipes.

4.2 Gestion du changement et sensibilisation des équipes

Suite à la concertation avec les parties prenantes, mon objectif principal a été de minimiser les appréhensions liées au changement. Je ne parle pas de résistances au changement mais de peur de l'inconnu, de perte de repères, de sentiment d'insécurité et de difficultés à s'adapter à de nouveaux processus comme le souligne, Mr Dumond dans son cours sur la conduite du changement³⁵.

J'ai effectué une analyse SWOT pour évaluer la faisabilité et les enjeux du projet.



Figure 17 SWOT

Le projet de chirurgie « Hors Bloc » repose sur des atouts majeurs : une mesure nouvelle dans l'organisation des soins en consultation, une meilleure expérience pour les patientes et une optimisation des interventions en hospitalisation de jour. Il répond à une demande croissante pour des actes moins invasifs et s'inscrit dans les objectifs de santé publique. Mais comme tout changement, sa mise en place a soulevé des défis qu'il a fallu anticiper pour assurer sa réussite.

La faisabilité technique du projet a été confirmée en amont, notamment grâce aux ajustements réalisés suite à la visite de l'EOH (cf. partie 5.2).

Un autre enjeu essentiel concernait l'équilibre économique du projet. Il fallait s'assurer que cette nouvelle organisation soit financièrement viable et permette une utilisation efficace des ressources humaines et matérielles. Grâce à une collaboration étroite avec le Département d'Information Médicale (DIM), une analyse a été menée pour ajuster la tarification des actes et assurer leur prise en charge. Cette approche a permis de sécuriser le financement du projet et de le rendre plus facilement acceptable par la direction.

Au-delà des aspects techniques et financiers, le projet ne pouvait aboutir sans l'implication active des équipes. D'après la typologie de X.Marchand (2025)⁶³, ce projet s'inscrit dans la catégorie des changements élevés : il touche à l'organisation du travail, implique une transformation des pratiques, et nécessite une appropriation collective. La co-construction, la formation contextualisée et l'accompagnement régulier sont les leviers essentiels pour en garantir l'ancrage durable.

Dès les premières réunions d'information, certaines infirmières ont exprimé des inquiétudes, notamment sur la réorganisation des plannings, la crainte d'une charge de travail accrue liée à la réduction de l'effectif aux prélèvements (deux IDE au lieu de trois), et l'impact sur leurs conditions de travail. L'une des trois IDE serait mobilisée pour la vacation de chirurgie « Hors Bloc ».

La vacation du vendredi concentrait une grande part des préoccupations. Les infirmières craignaient de ne pas pouvoir terminer leur journée à 16h30, ce qui compromettrait leur équilibre personnel, notamment pour celles ayant de jeunes enfants. Elles s'inquiétaient également de voir le nombre d'interventions dépasser les trois initialement prévues.

Ce créneau s'est imposé comme la seule option envisageable : non seulement la salle dédiée à la chirurgie « Hors Bloc » n'était disponible que le vendredi après-midi, mais c'était aussi le seul moment où l'activité permettait de fonctionner avec deux IDE au lieu de trois, sans désorganiser le service.

Par ailleurs, des tensions interprofessionnelles entre obstétriciens et gynécologues concernant l'utilisation partagée de cette salle ont exacerbé les inquiétudes des équipes.

Ces craintes, bien que légitimes, ont retardé l'avancée des discussions initiales. Lors des trois premières réunions, malgré les différentes thématiques abordées, la problématique des horaires revenait systématiquement, rendant difficile l'avancée du projet. Leur appréhension se basait sur des expériences passées d'ajouts de patientes en dernière minute sur la liste initiale des vacations d'hystéroscopie, et d'un manque d'écoute de l'équipe.

En tant que coordonnatrice en maïeutique et cheffe de projet, j'ai compris que le changement ne pouvait s'envisager sans prendre le temps d'écouter et de construire des solutions collectives.

Pour accompagner au mieux les IDE, plusieurs actions ont été initiées et doivent être poursuivies, en s'appuyant sur les étapes essentielles de la conduite du changement, proposées par Autissier et Moutot (2023)⁶⁴ : comprendre, adhérer, agir, ancrer. En tant que coordonnatrice en maïeutique j'ai articulé cette dynamique autour de trois leviers principaux : la communication, la formation, puis l'accompagnement. Cette méthode exige rigueur et constance : il nous faudra l'appliquer jusqu'à son terme. Face aux craintes du changement, j'ai adopté une posture d'écoute active et de dialogue, tout en affirmant clairement que le projet serait mené à bien. J'ai encouragé les IDE à exprimer leurs inquiétudes, tout en garantissant que des mesures concrètes seraient prises pour y répondre, mais que leur collaboration et leur confiance étaient essentielles à son succès.

Cette communication s'est voulue ascendante et transparente, favorisant une compréhension partagée des enjeux : amélioration du parcours patient, valorisation des actes réalisés en consultation, et montée en compétences des IDE. Cette

⁶³ Marchand, X. (2025, février 26). Management RH : de la GPEC à l'organisation du travail, chapitre 6 Le changement à conduire. ECUE 7.1 MOS M2, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne, relu le 29/12/24.

⁶⁴ Autissier, D., & Moutot, J.-M. (2023). Méthode de conduite du changement Diagnostic, Accompagnement, Performance (5e édition). Dunod, lu le 19 avril 2025

approche participative est essentielle pour faire émerger et préparer le terrain du changement.

L'accompagnement repose également sur la création d'espaces d'échange réguliers (réunions, groupes de travail, COPIL, développés plus en détail dans la partie 5.3), afin de maintenir une communication fluide et de favoriser la coopération entre les acteurs. Cette démarche s'inscrit dans les recommandations de l'ANACT⁶⁵, qui insiste sur l'implication des professionnels et la prise en compte du travail réel pour concilier performance et qualité de vie au travail. Ces principes soutiennent ma stratégie d'accompagnement, centrée sur la co-construction, l'écoute et l'engagement durable des équipes. La création d'un groupe de travail incluant les infirmières de consultation a été mise en place, pour construire ensemble les procédures et garantir leur implication concrète dans l'organisation future.

Pour répondre aux préoccupations des IDE, j'ai engagé une action rapide visant à résoudre le problème des ajouts non planifiés lors des vacations d'hystérocopie. J'ai travaillé directement avec les médecins concernés pour m'assurer que cette pratique soit encadrée, garantissant ainsi que le nombre de patientes reste conforme aux prévisions. Par ailleurs, j'ai demandé au médecin commanditaire du projet, également responsable des vacations d'hystérocopies, de rencontrer les IDE sans la présence de l'encadrement afin de répondre directement à leurs questions. Cette initiative s'est révélée particulièrement bénéfique : elle a permis de relancer la dynamique des échanges et d'initier un véritable engagement des équipes lors des groupes de travail. Comme le souligne le cours de X. Marchand, cette étape correspond à l'« *appropriation de l'accompagnement* »⁶⁶, marquant un tournant à l'implication des équipes dans le projet.

Les ajustements mis en œuvre ont montré aux IDE que leurs préoccupations étaient entendues et prises en compte. Cette phase de « diagnostic partagé » s'inscrit dans une logique de reconnaissance du travail réel, telle que développée par Yves Clot⁶⁷ pour qui le « travail bien fait » suppose de pouvoir faire entendre ses propres critères de qualité.

Après cette phase d'écoute, d'ajustements et de mobilisation des équipes, j'ai décidé de prendre du recul sur ma démarche.

Pour mieux comprendre les dynamiques et structurer mon accompagnement, je me suis appuyée sur deux approches complémentaires : le modèle en trois étapes de Kurt Lewin, et la lecture humaniste du changement proposée par Christine Marsan.

Le modèle de Kurt Lewin⁶⁸, symbolisé par la métaphore du bloc de glace, m'a particulièrement éclairée. Pour changer la forme d'un glaçon, il faut d'abord le faire fondre (*Unfreeze*), le modeler (*Change*), puis le recongeler dans sa nouvelle forme (*Refreeze*). Ce processus illustre les trois étapes fondamentales du changement : sortir des routines établies, accompagner la transformation, puis ancrer les nouveaux repères.

⁶⁵ Accueil | Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. (s. d.), consulté le 16 avril 2025, à l'adresse <https://www.anact.fr/>

⁶⁶ Marchand, X. (2024, octobre 25). Management RH : de la GPEC à l'organisation du travail, chapitre 2 L'accompagnement opérationnel RH. ECUE 7.1 MOS M2, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne, relu le 29/12/24,

⁶⁷ Clot, Y., Bonnefond, J.-Y., Bonnemain, A., & Zittoun, M. (2024). Le prix du travail bien fait. La coopération conflictuelle dans les organisations (La Découverte), lu le 13 avril 2025

⁶⁸ Management de changement : Les 3 étapes incontournables selon Kurt Lewin. (s. d.). Consulté 11 janvier 2025, à l'adresse <https://solutions.lesechos.fr/equipe-management/c/management-de-changement-les-3-etapes-incontournables-selon-kurt-lewin-41923/>

Ces modèles m'ont permis d'analyser ce que nous avons traversé avec l'équipe : les inquiétudes initiales, les adaptations, puis l'approbation des équipes autour du projet.

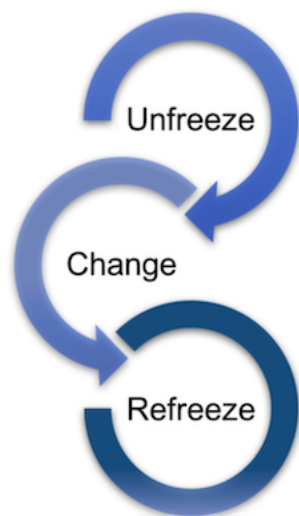
Dans le modèle de Kurt Lewin, la phase de « décrystallisation » correspond à la remise en question des pratiques existantes. Elle s'est traduite, dans ce cas, par l'organisation de réunions de concertation, permettant aux IDE d'exprimer leurs inquiétudes, notamment à propos de la réorganisation du vendredi après-midi et des ajouts de patientes non anticipés.

Ces préoccupations ont ensuite été intégrées dans les travaux menés au sein du COPIL stratégique (cf. partie 5.2), qui a coordonné la réponse technique et organisationnelle au projet : aménagements logistiques, articulation avec le circuit patient, organisation du codage.

La phase de « transition » constitue la concrétisation du changement, elle a pris forme dans la création de groupes de travail. Les professionnelles y ont formulé des propositions et co-construit l'organisation. Les procédures ont été rédigées collectivement et validées par les médecins. Les groupes de travail créés ont ainsi permis d'apporter des réponses concrètes aux questions soulevées (cf partie. 5.2).

Enfin, la phase de « recristallisation » correspond à l'ancrage progressif de cette nouvelle organisation dans les pratiques, à l'intégration de cette nouvelle activité dans l'organisation quotidienne des consultations.

Une fois les actes de chirurgie « Hors Bloc » intégrés aux les consultations, j'ai mis en place des indicateurs de suivi (satisfaction des patientes, fluidité du parcours, impacts financiers) pour évaluer les résultats et ajuster si nécessaire.



⁶⁸ Figure 18 : modèle de gestion de changement

L'approche de Christine Marsan⁶⁹ m'a permis d'aborder le changement sous un angle plus humain et émotionnel. Elle insiste sur l'importance de comprendre les peurs et les représentations que chacun se fait de l'avenir, qui ne se basent pas toujours sur des faits mais aussi sur des expériences passées ou des imaginaires professionnels (pour les IDE : des expériences passées d'ajouts de patientes en dernière minute ont ravivé une crainte quant au non respect des plannings).

⁶⁹Marsan, C. (2008). Réussir le changement Comment sortir des blocages individuels et collectifs de boeck, lu le 11 janvier 2025

« La peur dont il est question n'est pas une peur réelle de quelque chose que précisément nous ne pouvons pas encore connaître, mais touche la représentation que nous nous faisons du futur. Et ceci en fonction du conditionnement que nous en avons reçu »⁷⁰.

Cette perspective m'a encouragée à accueillir les craintes, à valoriser les contributions de chacun, à ouvrir des espaces de dialogue et à renforcer la confiance et la coopération entre tous les acteurs. Cela passe par une communication transparente et une reconnaissance des efforts fournis. *« Ce doit être un pas de deux avec les acteurs de l'organisation. Et tout repose sur l'écoute et la prise en compte des personnes et de leurs arguments. Les différences et les positions opposées peuvent ainsi mieux se comprendre et être présentées autrement aux acteurs concernés afin qu'ils puissent s'entendre et trouver ensemble de nouveaux angles d'approche »⁷¹.*

Concrètement, j'ai maintenu une stratégie bien organisée, c'est-à-dire un cadre rassurant, fondé sur l'écoute active, la reconnaissance des efforts et la co-construction des solutions. Il s'agit d'un moyen indispensable pour faciliter la transition, mobiliser les équipes et intégrer durablement cette nouvelle organisation dans les pratiques. J'ai mis en avant les bénéfices concrets du projet, tant pour les patientes que pour les soignants, tout en valorisant les compétences de chacun. Pour Marsan, le succès d'un changement repose sur la capacité à mobiliser une dynamique collective. Il s'agit de transformer le changement en une opportunité de développement pour tous.

Comme le rappelle Bertrand Poulet dans un entretien cité par Christine Marsan : *« Si l'on veut qu'un changement puisse être mis en place, il est essentiel de créer une représentation positive de celui-ci »⁷².* Il est donc essentiel de rassurer, de donner du sens et d'accompagner les représentations collectives pour favoriser l'acceptation.

Grace à l'association de ces deux approches, j'ai pu structurer l'accompagnement du changement de façon méthodique et humaine. L'une m'a permis de planifier les étapes, l'autre de rester attentive aux émotions des professionnels. Cette double lecture a été précieuse pour mobiliser tout le monde et poser les bases d'une organisation solide et durable

Enfin, un des facteurs fondamentaux de réussite du changement réside dans la formation, essentielle pour aider les équipes à s'approprier une nouvelle organisation et à développer les compétences nécessaires à sa réussite.

4.3 Formation et accompagnement des professionnels

La formation des IDE était essentielle pour réussir le développement de la chirurgie « Hors Bloc ». Elle visait à renforcer leurs compétences, à les familiariser avec les nouvelles pratiques et à garantir une prise en charge de qualité pour les patientes. Cette montée en compétences s'inscrivait dans un cadre sécurisé, adapté aux spécificités de la chirurgie « Hors Bloc ». Selon les travaux de Vergnaud(1996)⁷³ et Pastré (2004), la compétence se construit en situation : elle est liée à un contexte

⁷⁰Marsan, C. (2008). Réussir le changement Comment sortir des blocages individuels et collectifs de boeck, page 141, relu le 11 janvier 2025

⁷¹ Marsan, C. (2008). Réussir le changement Comment sortir des blocages individuels et collectifs de boeck, page 226 relu, le 11 janvier 2025

⁷² Marsan, C. (2008). Réussir le changement Comment sortir des blocages individuels et collectifs de boeck, page 235 relu, le 11 janvier 2025

⁷³ Barbier, J.-M. (2011). Savoirs théoriques et savoirs d'action (3e éd). Presses universitaires de France. Consulté le 20 avril 2025

spécifique et ne peut être transférée automatiquement d'un cadre à un autre. Cette approche contextualisée permet non seulement de sécuriser les soins, mais aussi de renforcer la légitimité professionnelle des soignantes, véritable levier d'engagement.

Programme de formation et observation des actes chirurgicaux :

Afin d'atteindre ces objectifs, une formation pratique répondant à des objectifs pédagogiques précis a été programmée. Cette dernière a été mise en place à la demande du COPIL stratégique, en lien avec le COPIL opérationnel. Les IDE de consultation ont bénéficié de deux demi-journées de formation au bloc gynécologique, sous la supervision d'une IBODE. Ces deux demi-journées ont inclus l'observation des actes chirurgicaux actuellement réalisés au bloc et transférés en consultation. Ce temps d'observation leur a permis de comprendre les particularités des gestes techniques, d'assimiler les protocoles existants, et d'échanger directement avec les équipes expérimentées. En complément de cette observation, elles ont pu également pratiquer certains gestes dans un environnement sécurisé et encadré, afin d'acquérir progressivement les compétences nécessaires à leur participation aux interventions chirurgicales « Hors Bloc ».

Sessions de théorie et retour d'expérience :

La coordinatrice sage-femme des consultations et la cadre IBODE du bloc organisent des sessions théoriques, animées par les médecins. Le matériel spécifique est également détaillé, ainsi que les bonnes pratiques en matière de sécurité et de gestion des situations d'urgence. Après le démarrage de l'activité, des retours d'expérience provenant notamment des IDE déjà expérimentées sont partagés avec les autres IDE de la consultation pour enrichir leur formation.

Résultats attendus :

Ce programme de formation a permis aux IDE de :

- Agir avec assurance lors des interventions chirurgicales effectuées en consultation ;
- Mettre en œuvre les protocoles spécifiques à la chirurgie en dehors du bloc opératoire ;
- Prendre en compte et répondre aux besoins des patientes dans ce contexte spécifique.

Accompagnement continu :

Depuis le démarrage de l'activité en mai, la formation initiale se prolonge par un accompagnement régulier et personnalisé, assuré par la coordinatrice sage-femme des consultations et la cadre IBODE du bloc, afin de faciliter l'adaptation des IDE à ce nouveau mode de prise en charge.

La coordinatrice sage-femme et la cadre IBODE organisent des rencontres régulières avec les IDE pour échanger sur leurs expériences, identifier les éventuelles difficultés et adapter les procédures si nécessaire. En tant qu'interlocutrices privilégiées, elles assurent également un accompagnement quotidien de proximité, en répondant à leurs interrogations et en les soutenant activement dans leur prise en main de la chirurgie « Hors Bloc ». Elles réalisent également des audits ciblés afin de vérifier l'appropriation des procédures et de renforcer la qualité et la sécurité des soins.

En investissant dans la formation des IDE, ce projet vise à garantir une prise en charge de qualité pour les patientes tout en soutenant les équipes dans leur transition vers de nouvelles pratiques. Cette démarche s'inscrit dans une logique d'amélioration continue et de valorisation des compétences professionnelles.

5 Outils et techniques de mise en œuvre

5.1 Diagramme de GANTT

Pour assurer la planification et le suivi de mon projet managérial, j'ai choisi d'utiliser un diagramme de Gantt (cf. Annexe 2). Kerzner⁷⁴ explique dans son ouvrage que c'est un outil visuel simple et efficace. Il représente graphiquement le calendrier d'un projet, en illustrant les différentes tâches, leur durée et leurs interdépendances. Ce choix m'a permis de suivre l'avancement des tâches et de coordonner efficacement les acteurs impliqués.

En partant de la date d'échéance finale, j'ai identifié les phases principales du projet et les actions à réaliser, que j'ai organisées sur une ligne de temps.

Cet outil répond à plusieurs objectifs⁷⁵ : « *planifier de façon optimale ainsi que communiquer sur le planning établi et les choix qu'il impose. Il permet notamment :*

- *de déterminer les dates de réalisation d'un projet ;*
- *d'identifier les marges existantes sur certaines tâches ;*
- *de visualiser d'un seul coup d'œil le retard ou l'avancement des travaux »*⁷⁶.

Le diagramme de Gantt m'a aidée à mieux gérer les imprévus. Certains éléments ont dû être décalés selon les contraintes, mais j'ai pu réajuster rapidement le planning tout en gardant les objectifs fixés.

Le diagramme de Gantt m'a permis de :

- Attribuer des ressources aux tâches ;
- Programmer les étapes à venir en ajustant les délais en cas d'imprévus ;
- Faciliter la coordination entre les équipes grâce à un outil de suivi commun ;
- Lister les tâches et les étapes essentielles du projet ;
- Clarifier les rôles et responsabilités de chaque personne impliquée ;
- Évaluer la charge de travail, individuellement et collectivement.

Grâce au diagramme de Gantt, j'ai pu structurer et ajuster le projet dans la durée, tout en restant centrée sur les priorités. La mise en œuvre du projet était estimée à 7 mois. Toutefois, une fois créé, il s'est inscrit dans la durée et a pu évoluer en fonction des besoins. Le diagramme de Gantt continuera à nous aider au développement futur et au suivi.

Le diagramme de Gantt organise le projet dans le temps, mais pour en assurer le suivi et l'adapter aux besoins, la création d'un COPIL est indispensable. Le COPIL coordonne les actions et ajuste les décisions pour garantir une mise en œuvre efficace.

5.2 Mise en place du COPIL et du groupe de travail

Suite à la demande du commanditaire, j'ai réalisé un état des lieux détaillé du bloc gynécologique-obstétrical et des consultations gynécologique-obstétricales portant sur plusieurs aspects :

- L'activité du bloc sur les deux dernières années ;
- L'organisation des équipes au bloc et en consultation ;

⁷⁴ Kerzner, H. (2017). Project management : A systems approach to planning, scheduling, and controlling (Twelfth edition). Wiley. Consulté le 29 décembre 2024

⁷⁵ Team, A. C. (s. d.). Qu'est-ce qu'un diagramme de Gantt ? Avantages, utilisation et autres considérations | Adobe France. Consulté le 12 avril 2025, à l'adresse <https://business.adobe.com/fr/blog/basics/what-is-a-gantt-chart>

⁷⁶ Diagramme de Gantt. (2025). In Wikipédia. Consulté le 12 avril 2024, à l'adresse https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Diagramme_de_Gantt&oldid=224949207

- Les circuits de prise en charge des patientes ;
- Les effectifs médicaux et paramédicaux.

Après cette évaluation, en tant que cheffe de projet, j'ai validé la pertinence de la mise en place du projet et engagé des échanges avec les différentes directions pour obtenir leur soutien.

Avec le commanditaire, nous avons cadré précisément le projet en définissant ses objectifs :

- Optimiser les parcours de soins ;
- Garantir la sécurité des patientes ;
- Respecter un calendrier progressif pour une mise en œuvre partielle en mai 2025 et une montée en charge jusqu'à décembre 2025 ;
- Installer une structure de gouvernance efficace pour suivre l'avancement du projet.

Pour garantir cette gestion, j'ai constitué un COPIL stratégique réunissant les acteurs clés.

- Le commanditaire : le médecin référent en gynécologie.
- La coordinatrice sage-femme en charge des consultations.
- La cadre IBODE du bloc gynécologique-obstétrical.
- Moi-même en tant que cheffe de projet.

Le COPIL stratégique assure la gouvernance globale, veille à la cohérence des actions menées, et prend les décisions nécessaires pour garantir le bon déroulement et l'adaptation du projet aux réalités du terrain. Son rôle principal est de superviser l'avancement du projet, valider les orientations stratégiques, et arbitrer en cas de difficultés⁷⁷.

Plusieurs points critiques ont été identifiés au bon déroulement du projet :

- La vérifications administratives des dossiers des patientes avant les interventions ;
- L'optimisation des parcours patients pour fluidifier la prise en charge ;
- L'organisation du circuit du matériel pour une stérilisation conforme aux normes ;
- L'élaboration d'un listing des interventions réalisables en chirurgie « Hors Bloc » ;
- La rédaction des protocoles opératoires et la définition du circuit d'urgence en cas de complications per et/ou péri-opératoires ;
- La gestion du codage des actes pour assurer la traçabilité et la valorisation financière ;
- La planification des formations des infirmières en consultation (cf. partie 4.3).

Afin d'assurer la faisabilité et la conformité du projet, nous avons organisé des rencontres stratégiques avec :

- Le DIM pour évaluer la valorisation financière du projet et créer des actes d'hospitalisation de jour (HDJ) ;
- L'EOH afin de s'assurer que la salle « blanche » et les annexes respectent les normes en vigueur, notamment les exigences de l'ARS ;
- La cadre administrative du DMU, qui nous accompagnera dans la rédaction du projet médico-économique.

⁷⁷ e.simula@everwin.fr. (2023, février 24). Quel est le rôle d'un comité de pilotage ? Everwin. Consulté le 8 février 2025 , à l'adresse <https://everwin.fr/comite-de-pilotage/>

Nous avons également décidé de réaliser un benchmarking auprès de l'hôpital Saint Joseph et de l'hôpital d'Eaubonne afin d'identifier les bonnes pratiques et de s'inspirer des modèles existants.

Pour la phase de mise en œuvre, plusieurs décisions ont été actées:

- Une phase de démarrage : Nous avons convenu que le lancement des interventions se ferait initialement avec des médecins seniors pour garantir la qualité des soins ;
- La création d'un groupe de travail : Ce groupe incluait les infirmières de consultation pour travailler sur les procédures et assurer leur implication (cf. partie 4.3) ;
- La mise en place d'un deuxième groupe de travail : Composé de médecins chargés d'élaborer les protocoles des actes de chirurgie « Hors Bloc » ;
- Des outils d'accompagnement : Développement d'un livret d'accueil pour informer les patientes sur les différentes étapes de leur prise en charge, et la rédaction d'une charte de fonctionnement multidisciplinaire pour encadrer les pratiques.

Le COPIL stratégique a décidé de se réunir tous les mois pour suivre l'avancement du projet. Lors de ces réunions, le COPIL examinait les circuits, les procédures élaborées par les infirmières et l'encadrement ainsi que les protocoles des médecins.

Nous avons validé le calendrier de mise en œuvre :



Figure 19: Calendrier de mise en œuvre du projet pour le bloc gynécologique-obstétrical

Ce calendrier a été validé collectivement et a servi de repère tout au long de la phase de mise en œuvre.

Le COPIL stratégique s'est appuyé sur le COPIL opérationnel, formé après concertation avec les cadres de proximité, pour mettre en œuvre les décisions sur le terrain. Celui-ci, composé des cadres de proximité et d'un gynécologue, se réunissait tous les 15 jours afin d'assurer un suivi rapproché des actions engagées sur le terrain.

Dans un souci de transparence et de reconnaissance du travail des équipes (cf. partie 4.3), j'ai proposé que les réunions du COPIL opérationnel intègrent une IDE du groupe de travail.

5.3 Co construire pour réussir

Le développement de la chirurgie « Hors Bloc » a reposé sur une démarche collaborative impliquant dès le départ l'ensemble des acteurs concernés, membres du COPIL et des groupes de travail. Plutôt que d'adopter une approche descendante, j'ai choisi de privilégier la co-construction, une méthode qui favorise l'appropriation du projet et son adaptation aux réalités du terrain.

Ce choix s'inscrit dans une dynamique où la co-construction est reconnue comme un levier essentiel de réussite en gestion de projet. Comme le soulignent Leyrie et

Boivin⁷⁸ : « *l'implication des acteurs dès la conception du projet favorise une meilleure adhésion et une adaptation continue aux contraintes de terrain, rendant ainsi les décisions plus légitimes et applicables* ».

De la même manière, Clot et Gollac⁷⁹ insistent sur la nécessité de donner aux professionnels les moyens d'agir sur leur propre travail : « *la soutenabilité du travail repose non seulement sur les conditions matérielles, mais aussi sur la capacité des travailleurs à transformer leurs pratiques en fonction des réalités du terrain* ». Cette approche rejoint pleinement l'esprit du projet, où les soignants ne sont pas de simples exécutants, mais des acteurs de l'organisation des soins, ce qui favorise leur engagement et leur bien-être au travail.

Le groupe de travail des IDE a défini le parcours patient, structuré le circuit du matériel et conçu les outils de communication.

Les IDE les utilisent au quotidien, garantissant ainsi leur pertinence et leur acceptabilité.

Il a pu tester et ajuster les solutions, identifier rapidement les difficultés et proposer des améliorations concrètes avant leur validation finale par le COPIL (cf. partie 5.2).

Le groupe de travail s'est réuni régulièrement, au moins une fois par semaine. À la demande des IDE, les réunions se tenaient dans leur poste de soins. Elles étaient planifiées les jours où la charge de travail était plus légère, afin de s'adapter à leur rythme et de préserver la continuité des soins.

Cette organisation reflète les principes décrits par Gollac et Volkoff⁸⁰, qui soulignent l'importance d'une certaine liberté de choix dans la façon de réaliser le travail et d'une adaptation aux contraintes spécifiques du collectif.

Comme le mentionnent Leyrie et Boivin⁷⁰ « *la co-construction ne se limite pas à un simple cadre de discussion, elle engage une dynamique où chaque acteur devient co-responsable du succès du projet.* »

Cet aspect s'est particulièrement vu dans l'implication des IDE, qui, en se sentant écoutées et investies, ont progressivement adhéré au projet, renforçant ainsi son acceptation et son efficacité sur le long terme.

Comme l'expliquent également Clot et Gollac³⁶ « *permettre aux professionnels de participer activement aux transformations de leur organisation, c'est leur donner la possibilité d'agir plutôt que de subir le changement, évitant ainsi une détérioration du climat de travail* ».

Au-delà de leur implication, les IDE ont contribué à révéler d'autres atouts majeurs du groupe de travail.

5.4 Quels sont les atouts du groupe de travail

Selon Manager-Go « *Un groupe de travail est une réunion regroupant plusieurs personnes afin de concevoir et réaliser un projet ou résoudre un problème.*

L'idée est d'associer des compétences et énergies pour produire mieux et plus que ne le ferait chaque personne prise individuellement ». L'intérêt est de mobiliser

⁷⁸ Leyrie, C., & Boivin, S. (2017). Gestion de projet et co-construction : Utopie ou voie du succès? Une réflexion exploratoire. *Revue Organisations & territoires*, 26(1-2), 117-129. Consulté le 8 février 2025, à l'adresse <https://doi.org/10.1522/revueot.v26i1-2.202>

⁷⁹ Clot, Y., & Gollac, M. (2017). *Le travail peut-il devenir supportable?* (2e édition). ARMAND COLIN. Page 36, lu le 8 février 2025

⁸⁰ Gollac, M., Volkoff, S., & Wolff, L. (2014). *Les conditions de travail (TROISIÈME ÉDITION)*, la Découverte. Lu le 14 avril 2025

l'intelligence collective pour résoudre des problèmes, détecter des opportunités et produire plus efficacement qu'individuellement.⁸¹

Dans ce projet, la dynamique du groupe de travail a renforcé l'efficacité collective et permis une mise en œuvre rapide et ajustée. Grâce à sa régularité et son approche pragmatique, il a favorisé la résolution rapide des désaccords, le test immédiat de certaines solutions et leur ajustement en temps réel, en parallèle des décisions prises en COPIL (cf. partie 5.2). Il a aussi évité les délais liés aux validations formelles.

Par exemple, lors de la rédaction de la procédure de prise en charge en cas d'urgence, les IDE ont testé le passage du brancard au niveau de la porte de la salle « blanche », ce qui leur a permis d'identifier immédiatement les contraintes et d'ajuster la procédure en conséquence. Ce fonctionnement réactif a aussi permis d'optimiser rapidement le circuit du matériel destiné à la stérilisation (cf. partie 5.2 et 6.1.5). Ce dernier a été réalisé en quelques semaines seulement, alors qu'une approche plus traditionnelle aurait nécessité plusieurs mois de validation.

Au-delà de ces ajustements, le groupe a élaboré une documentation claire et précise, facilitant l'appropriation par les équipes. La relecture collective des procédures et des protocoles a renforcé leur compréhension et leur application, en cohérence avec l'implication déjà décrite à la partie 5.3.

Le groupe a renforcé l'autonomie des IDE, qui sont devenues des interlocutrices reconnues sur l'organisation des parcours. Il est ainsi devenu un véritable levier de pilotage opérationnel.

Pour aller plus loin, et identifier les meilleures pratiques, il m'a semblé essentiel de m'appuyer sur un benchmarking. Cette approche permet de comparer les expériences d'autres établissements et d'en tirer des idées pour améliorer la mise en place de la chirurgie « Hors Bloc ».

5.5 Benchmarking

D'après les auteurs Amina Ettorchi-Tardy, Marie Levif et Philippe Michel, « *le benchmarking est habituellement conçu comme une démarche de recherche et de mise en œuvre des meilleures pratiques au meilleur coût* »⁸².

Le benchmarking repose sur une collaboration entre plusieurs structures pour identifier et analyser les meilleures pratiques afin d'améliorer la performance. Initialement, il était principalement utilisé comme outil de comparaison des coûts de production dans un même secteur. Peu à peu, il est devenu une méthode d'amélioration continue, utilisée dans de nombreux domaines, y compris la santé.

Depuis une dizaine d'années, la recherche de performance est devenue un enjeu majeur à l'hôpital, portée par trois priorités : le contrôle des dépenses, la gestion des risques et la qualité des soins, ainsi qu'une meilleure réponse aux attentes des patients. Cette dynamique a encouragé le lancement de projets nationaux et internationaux pour comparer les résultats et améliorer les stratégies d'optimisation des soins.

Le benchmarking va au-delà d'une simple comparaison des résultats ; il consiste à analyser les processus et les facteurs de succès permettant d'atteindre des

⁸¹ Le groupe de travail : Définition, avantages et fonctionnement. (s. d.). Consulté 8 février 2025 à l'adresse <https://www.manager-go.com/gestion-de-projet/travail-en-groupe.htm>

⁸² Ettorchi-Tardy, A., Levif, M., & Michel, P. (2011). Le benchmarking : Une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, 42(1), 35-46. Consulté le 9 février 2024 à l'adresse <https://doi.org/10.3917/pos.421.0035>

performances supérieures. Il permet d'identifier les meilleures pratiques en analysant les processus et facteurs de succès, et favorise les échanges entre professionnels.

Pour le projet de chirurgie « Hors Bloc », nous avons utilisé le benchmarking comme un outil stratégique pour améliorer l'organisation en consultation. L'objectif était d'étudier ce qui se fait dans d'autres établissements afin de repérer des idées efficaces et adaptées à notre propre fonctionnement.

Nous avons ainsi réalisé une étude comparative auprès de deux hôpitaux ayant déjà mis en place ce type d'organisation, notamment l'hôpital Saint-Joseph et l'hôpital d'Eaubonne. Ces établissements ont été sélectionnés en raison de leur expérience avérée dans la gestion des interventions chirurgicales ambulatoires en consultation gynécologique, ainsi que pour la structuration avancée de leurs circuits patients et logistiques.

L'hôpital Saint-Joseph et plus particulièrement son unité de chirurgie « Hors Bloc », m'a été recommandé par une collègue de Master 2, qui m'a mis en contact avec le cadre de santé responsable de cette unité.

Concernant l'hôpital d'Eaubonne, c'est mon commanditaire qui m'a orientée vers cet établissement, connaissant le chef de service ainsi que l'organisation des circuits qu'il a mis en place.

Les IDE ont également participé au benchmarking.

Nos objectifs pour ce travail portaient sur plusieurs aspects :

- L'organisation des parcours patients, de la prise de rendez-vous à la sortie de la consultation ;
- La gestion du matériel et des flux de stérilisation, pour garantir la conformité aux normes et éviter les ruptures de stock ;
- Les protocoles médicaux et paramédicaux, afin d'harmoniser les procédures et garantir la sécurité des patientes ;
- Les impacts organisationnels et financiers, notamment en termes de rentabilité et d'optimisation des ressources humaines.

Les enseignements tirés de ce benchmarking ont ensuite été intégrés dans la réflexion du groupe de travail, permettant d'adapter les bonnes pratiques identifiées à notre propre contexte.

À l'hôpital Saint-Joseph, la chirurgie « Hors Bloc » était intégrée aux secteurs d'hospitalisation plutôt qu'aux consultations, ce qui rendait difficile la transposition du circuit patient à notre organisation.

L'activité concernait principalement l'hystéroscopie ambulatoire, limitant ainsi les possibilités de comparaison en termes de parcours patient. Cependant, cette visite nous a permis d'analyser la gestion du matériel et l'organisation des flux de stérilisation, des aspects essentiels pour optimiser notre propre fonctionnement.

L'analyse du benchmarking réalisé à Eaubonne a permis de repérer des pratiques efficaces, mais aussi des pistes d'amélioration. Parmi les points positifs, l'organisation avec trois salles de chirurgie permet une bonne rotation des patientes et du personnel, ce qui facilite la gestion des interventions. L'usage du masque de réalité virtuelle améliore le confort des patientes, bien qu'il gagnerait à être complété par des écouteurs. L'intégration des anesthésies locales et la préparation anticipée du matériel sont aussi des pratiques intéressantes à retenir.

Cependant, certaines limites ont été relevées. L'absence de programmation spécifique pour le « Hors Bloc » complique l'organisation des interventions, qui se retrouvent intégrées au sein des consultations classiques, ce qui peut nuire à leur fluidité. De plus, l'absence de protocole d'urgence peut poser problème en cas de complications per-opératoires.

La gestion post-opératoire mériterait aussi d'être améliorée : avec un seul fauteuil de surveillance, la prise en charge des patientes après l'intervention reste limitée. Enfin, la charge de travail des infirmières est lourde, car elles doivent assurer à la fois les soins et la gestion des rendez-vous, faute d'implication des secrétaires.

Ces enseignements orientent les ajustements nécessaires à la prise en charge des patientes.

Pratiques observées à Eaubonne	Adaptation prévue dans notre unité
Les patientes se changent dans la salle derrière un rideau, sans habillage spécifique.	 Mise à disposition d'une sur-blouse pour améliorer le confort et la perception du soin.
 Utilisation du masque de réalité virtuelle, mais sans écouteurs.	 Encouragement à l'utilisation du masque de réalité virtuelle pour améliorer le confort des patientes.
Pas de créneau dédié à la chirurgie « Hors Bloc », les gestes sont réalisés au sein des consultations courantes.	 Mise en place d'une programmation dédiée au « Hors Bloc » pour structurer les interventions et limiter l'impact sur les consultations.
 Anesthésies locales réalisées en consultation.	Maintien de l'anesthésie locale dans notre unité.
 Présence de trois salles de chirurgie.	Notre unité ne disposera que d'une seule salle, ce qui nécessitera une organisation particulièrement rigoureuse.
Absence de protocole d'urgence clairement défini.	 Élaboration d'un protocole d'urgence structuré pour gérer les complications éventuelles.
Gestion des urgences improvisée (ex. : introduction d'un brancard dans la salle en cas de saignement).	Anticipation des urgences avec un protocole défini et formation des équipes.
 Rotation des IDE sur trois boxes chirurgicaux.	Une seule salle disponible, ce qui impose une planification rigoureuse pour éviter la surcharge des IDE.
Aucune vacation spécifique, ce qui inquiète les IDE sur la gestion du temps.	 Phase de démarrage avec une vacation « Hors Bloc » dédiée afin d'ajuster progressivement les durées et rassurer les IDE.

Figure 20 : Tableau d'adaptation de la chirurgie « Hors Bloc » dans notre unité

L'ensemble des outils mobilisés au cours de la phase préparatoire, notamment le diagramme de Gantt, les travaux du COPIL stratégique et opérationnel, les groupes de travail et les enseignements issus du benchmarking, a permis d'ajuster notre organisation en amont de la mise en œuvre. Toutefois, pour garantir la réussite à long terme du projet, il est essentiel d'en évaluer les effets concrets, tant sur les pratiques professionnelles que sur les conditions de travail et la qualité de vie des équipes. C'est l'objet de la démarche d'évaluation présentée ci-après.

5.6 Évaluation des effets du changement et qualité de vie au travail

Sur le plan de la QVT, l'analyse s'appuiera sur les six dimensions définies par l'ANACT⁸³:

- Le contenu du travail, à travers l'appropriation des procédures et la sécurisation des pratiques ;
- Les relations sociales et de travail, grâce à la qualité et à la régularité des échanges en groupe de travail ;

⁸³ Qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) | Anact. (s. d.). Consulté 20 avril 2025 à l'adresse <https://www.anact.fr/qualite-de-vie-et-des-conditions-de-travail>

- L'organisation du travail, via l'ajustement des plannings et des circuits patients ;
- La conciliation entre vie professionnelle et personnelle, permise par le maintien des horaires de fin de journée ;
- La réalisation et le développement professionnel, à travers la montée en compétences et la valorisation des rôles ;
- L'environnement physique, évalué au regard de l'adéquation des locaux aux exigences de l'activité chirurgicale délocalisée.

Des indicateurs quantitatifs seront également suivis : le taux de participation aux réunions, le nombre de retours recueillis en entretien ou via les questionnaires de satisfaction internes (issus du dialogue social). Ces données viendront compléter les éléments qualitatifs, comme l'expression d'un sentiment d'utilité ou de progression professionnelle.

Les écarts entre résultats attendus et obtenus seront analysés à partir de ces indicateurs croisés, dans une logique d'amélioration continue. Enfin, conformément aux principes développés par X.Marchand 2024⁸⁴, cette évaluation s'appuiera sur un regard de pairs experts, garantissant la légitimité des ajustements et un engagement durable des équipes.

Après cette phase préparatoire, la prochaine étape consiste à détailler la mise en œuvre concrète du projet.

Elle repose sur plusieurs éléments : l'aménagement des espaces, l'élaboration des protocoles, la gestion des urgences et l'organisation du parcours patient en consultation.

Toutes ces étapes sont essentielles pour assurer une prise en charge conforme aux exigences de la chirurgie « Hors Bloc ».

6 Mise en œuvre du projet

6.1 Aménagement des espaces et des équipements de consultation

La mise en œuvre concrète du projet a été confiée à un groupe de travail multidisciplinaire, à la demande du COPIL stratégique, afin d'analyser les conditions de réalisation des actes chirurgicaux en consultation.

Ce groupe, composé d'IDE du secteur, de la sage-femme coordinatrice des consultations, de la cadre IBODE du bloc de gynécologique-obstétrical et de l'EOH a été mobilisé pour proposer un aménagement conforme aux exigences réglementaires, tout en garantissant un fonctionnement fluide et sécurisé.

6.1.1 Exigences réglementaires et sanitaires

Les exigences d'hygiène et de sécurité décrites dans la partie 2.2 du cadre conceptuel ont guidé l'organisation des soins et l'agencement des espaces. Les matériaux utilisés sont imperméables, lisses et désinfectables. L'usage du bois est proscrit afin de limiter le risque de contamination.

⁸⁴ Marchand, X. (2025, février 26). Management RH : de la GPEC à l'organisation du travail, chapitre 3 La culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail. ECUE 7.1 MOS M2, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne. Relu le 13/04/25.

6.1.2 Organisation des espaces



Figure 21 Salle Blanche

Le groupe de travail a défini un aménagement des espaces pour répondre aux exigences fonctionnelles, de sécurité et d'hygiène⁸⁵.

La salle d'intervention inclut :

- Un espace patient : pour assurer confort et sécurité pendant la procédure.
- Une zone de soins : où se trouvent le mobilier et les équipements nécessaires à l'intervention ;
- Un espace de stockage des dispositifs médicaux : permettant un accès immédiat et organisé au matériel ;
- Un espace d'entretien et de pré-désinfection des instruments : pour permettre la décontamination du matériel avant sa stérilisation.

La ventilation de la salle a été organisée conformément aux recommandations figurant dans le cadre conceptuel (partie 2.2).

6.1.3 Gestion des déchets et hygiène

Un protocole de tri et d'élimination des déchets a été validé : Les Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI), déchets ménagers, une boîte d'Objets Piquants et Tranchants (OPCT).

Les protocoles d'hygiène prévoient :

- Le nettoyage systématique des surfaces entre chaque patiente ;
- La formation du personnel sur la gestion des déchets et la prévention des infections.

⁸⁵ Hygiene_au_cabinet_medical_-_recommandations_2007_11_27__18_45_21_278.pdf. (s. d.). Consulté 17 décembre 2024, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/hygiene_au_cabinet_medical_-_recommandations_2007_11_27__18_45_21_278.pdf

6.1.4 La validation des aménagements par l'EOH

Les aménagements de la salle d'intervention « Hors Bloc » ont été validés par l'EOH, garantissant leur conformité aux normes sanitaires.

Cette validation a porté sur :

- L'organisation du flux des patientes et du personnel ;
- La gestion du traitement de l'air et de l'aération ;
- Les protocoles d'entretien et de gestion des déchets.

Cette validation institutionnelle sécurise le démarrage de l'activité et conforte la stratégie mise en place autour de la chirurgie « Hors Bloc ». Ce cadre garantit une organisation efficace et une collaboration optimale entre le chirurgien gynécologue et l'IDE, assurant ainsi des soins de qualité.

6.1.5 Préparation du matériel nécessaire (instruments spécifiques et stérilisation)

Pour que l'activité de chirurgie « Hors Bloc » se déroule en toute sécurité, il est essentiel que les professionnels aient facilement accès aux protocoles (sous forme de fiches techniques), aux procédures en cas d'urgence. Ces documents sont centralisés dans la GED (Gestion Électronique des Documents), un outil institutionnel garantissant à chacun l'accès à une version à jour et validée.

Les IDE de consultation ont travaillé en lien avec le bloc gynécologique-obstétrical et le service de stérilisation pour organiser la gestion du matériel. Des boîtes spécifiques, adaptées aux interventions, sont préparées à l'avance, stockées dans une armoire dédiée (au bloc gynécologique-obstétrical) et stérilisées selon un circuit bien défini. Les IDE les récupèrent 48 heures avant la vacation et les rapportent au bloc à l'issue de celle-ci.

Les actes devront être programmés au moins dix jours à l'avance pour permettre une bonne organisation. Une fiche de traçabilité sera complétée à chaque intervention pour s'assurer que le matériel utilisé est conforme aux règles d'hygiène et de sécurité.

Les actes sont programmés par les gynécologues lors de leurs consultations. Ils expliquent le déroulement de la prise en charge à la patiente et lui font signer un formulaire de consentement.

6.1.6 Respect des normes de sécurité et de confort pour les patientes

Le respect des normes de sécurité et de confort repose sur l'application rigoureuse des protocoles d'hygiène et de stérilité.

Un bionettoyage complet est effectué chaque jour en fin de journée. Le lendemain matin, une vérification systématique est réalisée à l'aide d'une check-list d'ouverture, afin de garantir que la salle « blanche » est conforme avant toute intervention.

Le nettoyage de la salle, l'élimination du matériel médical, des déchets, et la traçabilité des opérations après chaque intervention chirurgicale assurent une remise en état immédiate et conforme de la salle « blanche ».

6.2 Élaboration de protocoles et gestion des urgences

Pour garantir la sécurité et la fluidité des interventions en chirurgie « Hors Bloc », Le COFIL stratégique a trouvé essentiel de structurer cette nouvelle organisation autour de protocoles clairs et adaptés(cf. Annexe 3).

Ces protocoles permettent de :

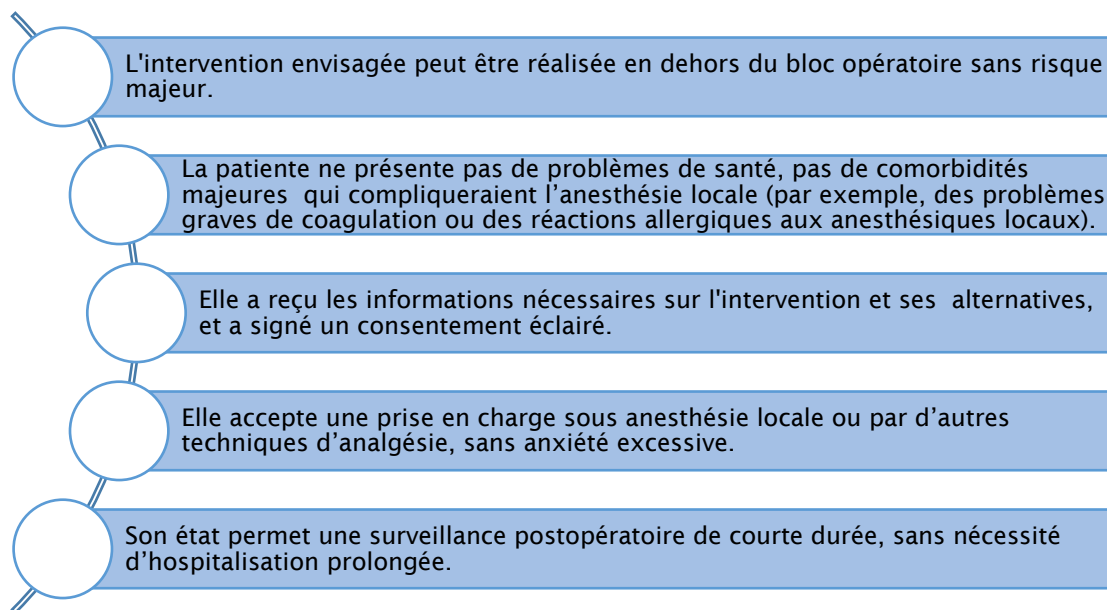
- Sélectionner les patientes éligibles à ce type d'intervention ;
- Standardiser chaque acte chirurgical pour assurer des soins homogènes et sécurisés ;
- Organiser efficacement les urgences en définissant des conduites à tenir précises.

6.2.1 Critères de sélection des patientes pour la chirurgie « Hors bloc »

Au cours des réunions COFIL avec la cheffe d'unité, gynécologue et commanditaire, il a été établi que toutes les patientes ne sont pas éligibles pour une intervention en chirurgie « Hors Bloc ».

Pour assurer leur sécurité et la qualité des soins, il est essentiel de vérifier que cette prise en charge leur convient et qu'elle est adaptée à leur état de santé.

Une patiente peut être prise en charge en consultation gynécologique « Hors Bloc », si elle répond aux critères suivants :



Figure

22 : Critères de sélection des patientes pour la chirurgie « Hors Bloc »

Ces critères garantissent une gestion appropriée tout en offrant à chaque patiente un parcours de soins sûr et confortable.

Une intervention « Hors Bloc » ne sera pas envisageable si :

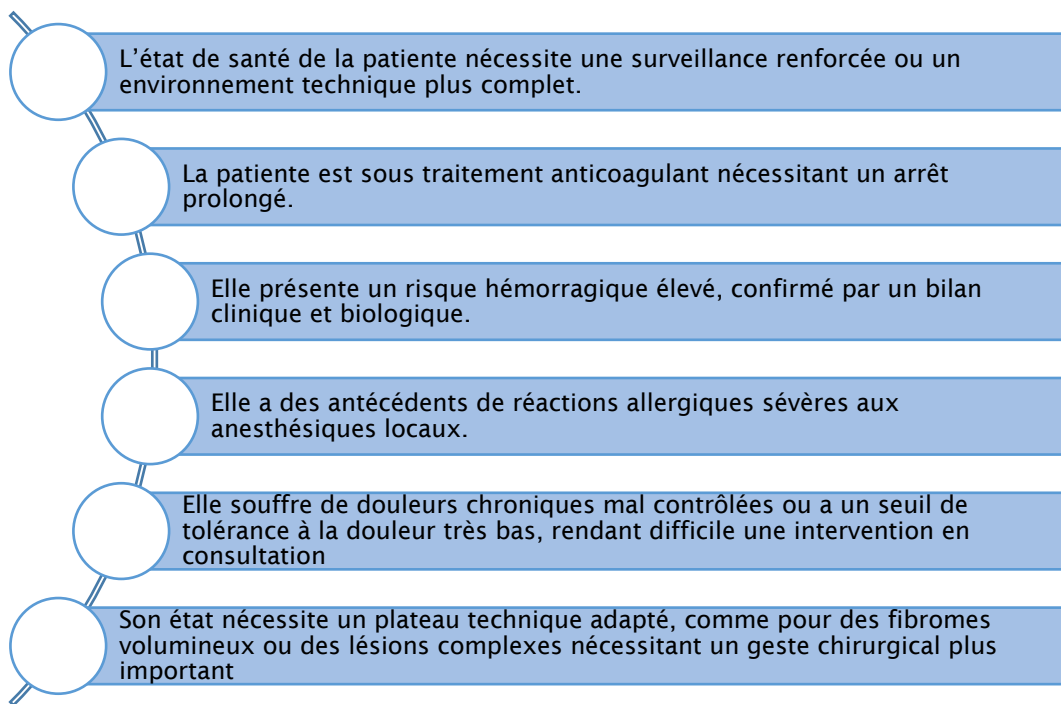


Figure 23 : Critères d'éviction des patientes à la chirurgie « Hors Bloc »

Ces critères visent à garantir la sécurité et le confort des patientes en les orientant vers la prise en charge la plus adaptée à leur situation.

6.2.2 Création de protocoles pour chaque acte chirurgical ciblé

Comme évoqué plus haut, la mise en place de protocoles détaillés pour chaque intervention en chirurgie « Hors Bloc » est apparue comme une nécessité afin d'harmoniser les pratiques et de garantir la sécurité des soins. A ma demande, ces protocoles ont été élaborés dans le cadre d'un groupe de travail réunissant les chirurgiens réalisant ces interventions «Hors Bloc» et le commanditaire.

Ces protocoles assurent un cadre structurant aux IDE, qui s'adaptent à ces nouveaux gestes techniques. Les IDE ne sont pas encore familières avec ces interventions en consultation. Ils renforcent leur confiance et sécurisent leur participation aux interventions.

Les protocoles couvriront les aspects suivants :

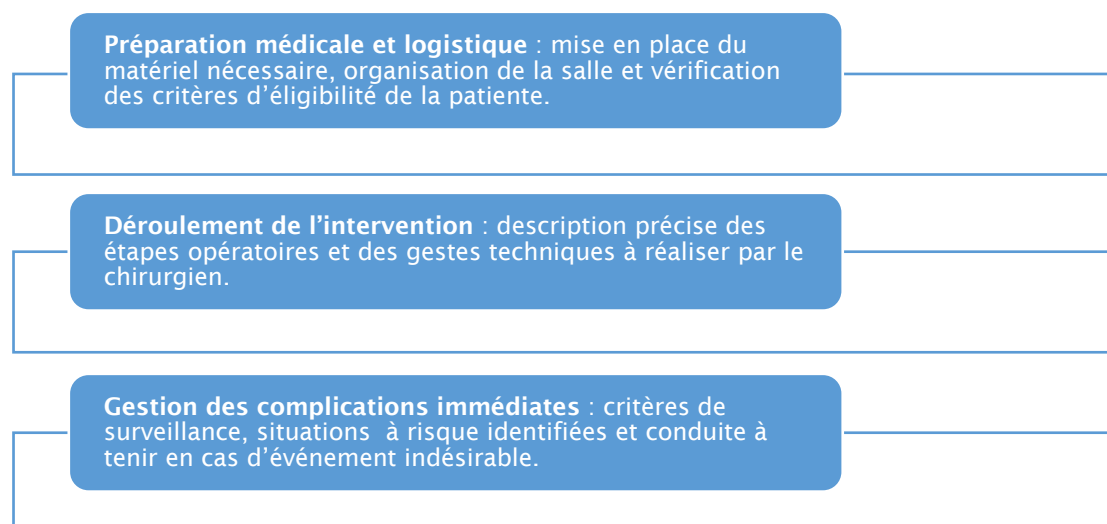


Figure 24 : Protocoles de la chirurgie « Hors Bloc »

Grâce à ces protocoles, les équipes ont des repères précis et sécurisants pour accompagner la mise en place de cette nouvelle organisation.

6.2.3 Gestion des urgences : procédures et matériel dédié

Bien que les interventions réalisées en consultation gynécologique « Hors bloc » soient à faible risque de complications, des situations d'urgence peuvent survenir. Il est donc essentiel d'avoir des procédures claires et un matériel adapté pour réagir rapidement et efficacement.

Ces procédures ont été rédigées en concertation avec les IDE lors d'un groupe de travail, examinées en COPIL, puis validées par le commanditaire et les anesthésistes (cf. partie 5.3).

Elles visent à garantir une prise en charge immédiate et une coordination fluide entre les équipes en cas de complication (cf. Annexe 4).

Nous avons prévu le matériel d'urgence qui sera systématiquement présent dans la salle « blanche » :

Coordination en cas d'urgence

- Chariot d'urgence à proximité immédiate ;
- Kit d'hémorragie (compresses, mèche, sonde de Foley) ;
- Solutés de remplissage et matériel de perfusion ;
- Oxygène (masque + bouteille + ventilation) ;
- Antalgiques per os si besoin.

Matériel d'urgence en salle « blanche »

- IDE : constantes, dossier, contact hospitalisation + brancardier ;
- Gynécologue : coordination avec anesthésistes + médecin, CR sur Orbis ;
- Si transfert SSPI : alerte équipe maternité en amont.

Figure 25 : Procédures d'urgence de la chirurgie « Hors Bloc »

6.2.4 Étapes clés du parcours : orientation, préparation préopératoire, réalisation de l'intervention, suivi postopératoire

Ce parcours patient a été conçu pour offrir une prise en charge structurée, sécurisée et rassurante. Il a été défini de la convocation jusqu'au départ de la salle « blanche ». Grâce à des protocoles clairement déterminés et des procédures élaborées en groupe de travail, puis validées en COPIL, les patientes bénéficient d'un accompagnement précis, réduisant leur anxiété et améliorant leur confort tout au long de l'intervention.

Il se décompose en trois phases principales :

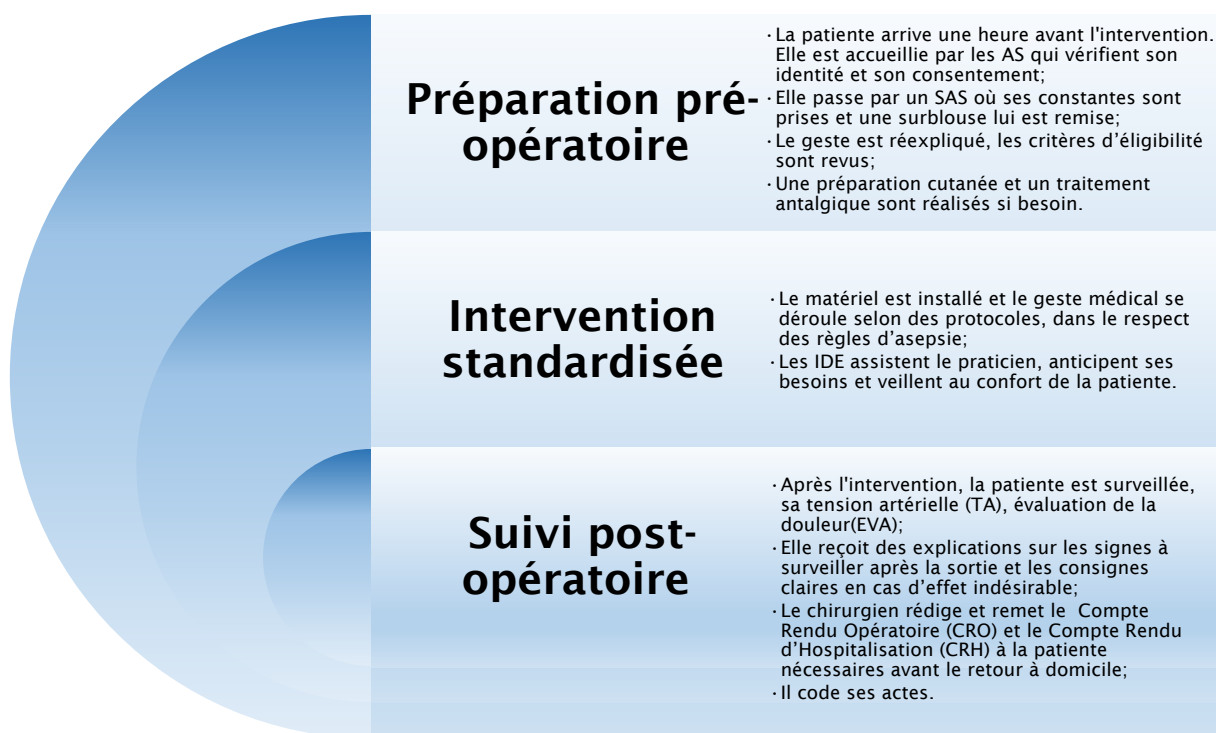


Figure 26 : Parcours patient

Cette approche protocolaire assure une prise en charge fluide et efficace, réduisant l'anxiété et améliorant le confort des patientes tout au long de leur parcours.

6.2.5 Communication claire avec les patientes pour réduire l'anxiété et assurer leur compréhension du processus

Une communication claire est essentielle pour favoriser la compréhension du parcours de soins, à chaque étape de l'intervention.

Lors d'un COFIL stratégique, il a été décidé de créer un livret d'information dédié à la chirurgie « Hors Bloc », afin de garantir une transmission claire des informations et d'offrir un accompagnement rassurant aux patientes.

Ce livret est remis lors de la consultation pré-intervention, il rassemble les informations essentielles concernant:

- Le déroulement de l'intervention, de l'accueil à la sortie ;
- La gestion de la douleur et les différentes options disponibles (MEOPA, masque de réalité virtuelle, analgésie verbale, antalgiques prescrits : voir partie 3.5.2) ;
- Les soins postopératoires et les signes à surveiller ;
- Les contacts à joindre en cas d'effet indésirable ou de question après la sortie.

Lors de la consultation préalable, une prescription d'antalgique est remise à la patiente, qu'elle prend avant de venir, pour améliorer son confort dès le début de la prise en charge.

Les IDE assurent un accompagnement personnalisé en adaptant les moyens de gestion de la douleur aux préférences des patientes.

En fin de prise en charge, un questionnaire de satisfaction est remis afin d'évaluer la douleur post-opératoire, recueillir le ressenti de la patiente et ajuster les protocoles si besoin.

6.2.6 Implication des usagers dans le projet

L'intégration des usagers est essentielle pour développer une prise en charge réellement adaptée à leurs besoins dans le cadre de la chirurgie « Hors Bloc ».

Pour cela, j'ai organisé des échanges avec les représentants des usagers pour leur présenter la future organisation et le parcours de soins envisagé.

Même si la chirurgie en consultation n'était pas encore en place, ces rencontres ont permis d'aborder des thématiques transversales comme l'accessibilité, la clarté des informations. Ces échanges ont permis d'identifier les attentes en matière de suivi pré et post-interventionnel. Dans cette logique, un livret d'information détaillé a été conçu, et un questionnaire de satisfaction sera systématiquement proposé en fin de parcours.

Ces actions visent à offrir une prise en charge personnalisée, renforcer la transparence et la confiance, et encourager l'engagement des patientes dans leur parcours de soins grâce à une communication claire et adaptée

L'implication des patientes dans leur parcours et la qualité de l'information transmise sont essentielles pour garantir leur satisfaction⁸⁶. Celle-ci sera régulièrement évaluée à l'aide d'indicateurs de suivi, permettant d'ajuster et d'améliorer en continu l'organisation de la chirurgie « Hors Bloc ».

7 Évaluation et perspectives

7.1 Indicateurs de suivi et performance pour mesurer les résultats (satisfaction, coûts, délais)

Le développement de la chirurgie « Hors Bloc » en consultation gynécologique au sein de l'hôpital Bicêtre constitue une réponse concrète à plusieurs enjeux : fluidifier les parcours, optimiser les ressources hospitalières et assurer un meilleur équilibre économique. Pour suivre l'évolution du dispositif et ajuster l'organisation si besoin, nous avons choisi de nous appuyer sur des indicateurs qualitatifs et quantitatifs, construits à partir de données issues du DIM, d'audits internes, de questionnaires patients et de retours des professionnels.

Dès les premières semaines, certaines IDE ont signalé, en COPIL, des ajustements nécessaires concernant la coordination avec les médecins. Ces retours ont permis d'affiner les indicateurs retenus.

Cette approche permet de suivre l'impact réel du dispositif sur le terrain et d'engager les ajustements nécessaires en temps réel.

Pour être utile, un indicateur doit rester simple, compréhensible et validé. Il doit refléter fidèlement la réalité mesurée et adapté à l'objet du suivi⁸⁷. MJ Estève, dans son cours du cadre supérieur, rappelle qu'il vaut mieux disposer d'un indicateur pertinent et exploitable que de multiplier des indicateurs peu utilisés.

⁸⁶ Krist, A. H., Tong, S. T., Aycock, R. A., & Longo, D. R. (2017). Engaging patients in decision-making and behavior change to promote prevention. *Studies in health technology and informatics*, 240, 284-302, consulté le 12/04/25 à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6996004/>

⁸⁷ Article_51_fiche_2_choisir_des_indicateurs_pertinents.pdf. (s. d.). Consulté le 14 mars 2025 à l'adresse https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article_51_fiche_2_choisir_des_indicateurs_pertinents.pdf

« *Pourquoi les mettre en place ? dans quels objectifs ? qu'est-ce que je souhaite démontrer et suivre* » et que leurs intérêts c'est ensuite de les analyser, de mettre en place les actions au regard et de les suivre⁸⁸.

Les indicateurs définis dans le cadre de ce projet sont donc classés selon cinq grands axes et permettront d'évaluer l'impact global du dispositif, tant sur le plan organisationnel que sur l'expérience des patientes.

Afin de guider les premières analyses, des valeurs cibles ont été estimées pour chaque indicateur. Celles-ci permettent de fixer un cap initial et de mesurer les écarts éventuels. Toutefois, dans un contexte d'innovation organisationnelle, ces seuils devront faire l'objet d'un réexamen régulier. Les retours du terrain, les spécificités locales et l'évolution des pratiques peuvent amener à les réajuster pour qu'ils conservent leur pertinence. L'objectif n'est pas seulement d'atteindre des chiffres précis, mais de progresser en continu, avec l'ensemble des équipes.

⁸⁸ Esteve, M. J. (1024). Cours du cadre supérieur. ECUE 6.3 MOS M2, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne. Relu le 29/12/24

Axe d'évaluation	Type d'indicateur	Intitulé de l'indicateur	Objectif ou seuil attendu	Méthode de mesure
Satisfaction des patientes	Qualitatif	Expérience patient (anxiété, confort, information)	- Amélioration du confort global, - Diminution de l'anxiété >90%	- Questionnaires patients, - Entretiens post-intervention
Satisfaction des patientes	Quantitatif	Taux de satisfaction global, réclamations.	- Taux de satisfaction >85 %, - Faible nombre de réclamations	- Enquêtes internes, suivi des données d'incidents
Satisfaction des professionnels	Qualitatif	Des évaluations de satisfaction positive des IDE.	- Un climat d'équipe apaisé	- Recueils lors des réunions de suivi ou par questionnaire interne
Satisfaction des professionnels	Quantitatif	Consentement des professionnels	- Taux d'adhésion >85%	- Enquêtes internes
Optimisation des ressources hospitalières	Qualitatif	Ressenti organisationnel, coordination interprofessionnelle	- Renforcement de l'acceptation et de la coopération des équipes	- Réunions - RETEX, - Observations encadrement
Optimisation des ressources hospitalières	Quantitatif	-Nombre d'actes réalisés en consultation vs bloc opératoire, -Taux d'occupation du bloc	- Augmenter les actes « Hors Bloc » de 50 %, - Libérer des créneaux bloc	- Données DIM, tableau de bord d'activité
Efficience économique	Qualitatif	Retour des équipes sur la valorisation des actes et la charge financière	-Améliorer la lisibilité économique du dispositif	Entretiens avec les équipes administratives et médicales
Efficience économique	Quantitatif	-Coût moyen par acte, taux de facturation HDJ, -Economies générées	-Réduire les coûts de 20 % -Optimiser la valorisation financière	Analyse budgétaire, comparaison avant/après mise en œuvre
Délais et accessibilité aux soins	Qualitatif	-Perception de la fluidité du parcours par les patientes	-Fluidification ressentie du parcours -Rapidité de prise en charge	Questionnaires patients à la sortie
Délais et accessibilité aux soins	Quantitatif	-Délai moyen entre la consultation et l'acte, -Durée de prise en charge	-Réduire les délais de 30 %, -Gain de temps sur la prise en charge	Données extraites du logiciel de programmation
Sécurité des soins	Qualitatif	Analyse des événements indésirables (causes, contexte, actions correctives)	- Mise en œuvre d'actions correctives, - Amélioration des pratiques	- Réunions de retour d'expérience (RETEX), - Analyse des causes profondes
Sécurité des soins	Quantitatif	Nombre d'événements indésirables (liés aux soins ou au matériel)	- Réduction du nombre d'événements évitables <12%	- Suivi des fiches d'événements indésirables, - Statistiques internes de signalement

Figure 27 : Tableau détaillé des indicateurs du projet

Nous organiserons des réunions mensuelles pendant les trois premiers mois de mise en place, puis trimestrielles durant un an, avec les membres du COPIL stratégique,

afin de suivre les indicateurs, analyser les résultats et évaluer les ajustements nécessaires.

Les indicateurs alimenteront les travaux du comité de suivi, présenté dans la section suivante, afin d'assurer un pilotage réactif et adapté à l'évolution du dispositif.

7.2 Retour d'expérience et ajustements après mise en œuvre

Au-delà du suivi des indicateurs, la gouvernance du projet repose sur un comité de suivi chargé d'analyser les retours d'expérience et de proposer les ajustements nécessaires à la montée en charge progressive du dispositif.

L'intégration de la chirurgie « Hors Bloc » en consultation gynécologique-obstétricale constitue une avancée significative dans l'organisation des soins. Pour accompagner son déploiement de manière structurée, un suivi rigoureux sera mis en place pour anticiper les ajustements nécessaires et améliorer son fonctionnement.

Un comité de suivi, composé de médecins, de soignants, du DIM ainsi que des directions des soins et des finances, évaluera régulièrement le dispositif. Il analysera son impact sur l'organisation de la maternité notamment en termes d'allègement de l'activité du bloc opératoire et d'adéquation entre les ressources mobilisées et l'activité réelle. Il sera également attentif à l'implication des équipes et prendra en compte leurs retours pour faire évoluer le projet.

Ce comité jouera un rôle fondamental dans l'adaptation des modalités de financement et de facturation afin de garantir la viabilité économique du projet.

L'évolution du dispositif s'appuiera sur des réunions de suivi organisées tous les trois mois, permettant d'ajuster les pratiques à partir des résultats observés. Un bilan annuel plus complet permettra d'identifier des pistes d'amélioration et d'étendre ce modèle à d'autres spécialités ou services, pour rendre les soins encore plus efficaces et accessibles.

J'ai développé la section Retour d'Expérience et Ajustements :

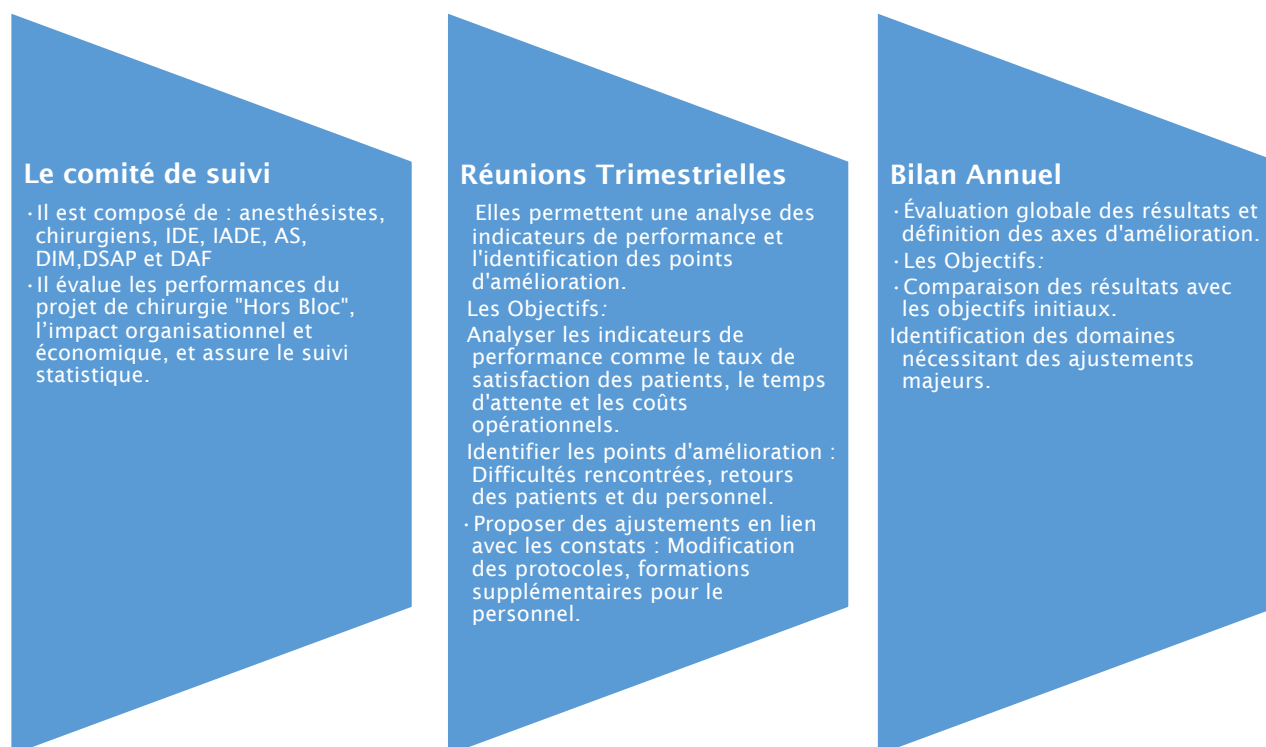


Figure 28 : Section Retour d'Expérience et Ajustements

L'analyse des retours d'expérience et les ajustements mis en place constituent une base essentielle pour envisager l'évolution du projet, permettant une montée en charge progressive et l'intégration de nouvelles pratiques à court, moyen et long terme.

7.3 Perspectives d'évolution à court, moyen et long terme

À court terme, la mise en place de la chirurgie « Hors Bloc » commence par une phase de démarrage progressive, structurée comme une expérimentation initiale de six mois. Durant cette période, une vacation hebdomadaire avec trois patientes est organisée afin d'ajuster l'organisation avant la montée en charge prévue en décembre. Dans ce cadre, le projet a été présenté à la Prime d'Engagement Collectif (PEC) 2025 de l'AP-HP dans la thématique « amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ». Il a été retenu parmi les projets sélectionnés. Cette reconnaissance renforce la dynamique d'équipe et constitue un levier supplémentaire pour soutenir le déploiement du dispositif. L'objectif est désormais de poursuivre le travail engagé avec l'ambition de devenir lauréat lors de l'évaluation finale.

Cette phase permettra d'identifier les points forts du dispositif et les ajustements nécessaires sur les plans organisationnel, clinique et logistique⁸⁹.

Avant même le lancement officiel, nous avons organisé une journée test, qui a permis de simuler le déroulé des interventions en conditions réelles. Cette expérimentation a été précieuse pour ajuster l'organisation en amont. Elle a notamment mis en évidence la nécessité d'ajouter un aide-soignant en renfort, aux côtés de l'IDE, pour assurer une prise en charge fluide et sécurisée des patientes.

Nous avons débuter avec des chefs de gynécologie expérimentés, qui vont assurer les premières vacations et formeront les praticiens plus jeunes. Ces derniers se familiariseront progressivement avec les techniques spécifiques, notamment l'anesthésie locale du col, au cours des premiers mois.

Dans un premier temps, seules des procédures simples : biopsies de l'endomètre, section de synéchies très simples, traitement de lésions vulvaires, ablation d'implant contraceptif, ablation de Port-à-Cath (PAC), ainsi que l'ablations de dispositifs intra-utérins (DIU)sous hystéroscopie en cas de difficultés sont réalisées. Cette approche progressive garantira une bonne appropriation des protocoles.

À moyen terme, après l'analyse des premiers retours d'expérience, le projet sera déployé à plus grande échelle avec une montée en charge progressive. L'objectif est d'atteindre neuf vacations par mois, correspondant au taux d'activité maximal prévu.

Lorsque l'activité atteindra trois vacations par semaine avec trois patientes par vacation, environ 36 patientes pourront être prises en charge chaque mois en consultation. Ce transfert hors bloc opératoire permettra ainsi de libérer au moins un tiers du temps aujourd'hui mobilisé au bloc, ouvrant des créneaux pour des interventions chirurgicales plus lourdes.

⁸⁹ Perioperative Pathways : Enhanced Recovery After Surgery. (s. d.). Consulté 12 avril 2025 à l'adresse <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/09/perioperative-pathways-enhanced-recovery-after-surgery>

Les perspectives d'évolution incluent le renforcement des effectifs, avec le recrutement d'une IDE supplémentaire et d'un mi-temps de médecin, l'optimisation du planning pour une meilleure gestion des créneaux, un suivi régulier des indicateurs de performance, et l'ajustement des protocoles en fonction des retours du terrain afin de garantir la sécurité et l'efficacité du dispositif.

Lors de la montée en charge, une seconde salle « blanche » sera nécessaire. En effet, la salle actuellement utilisée est partagée avec les obstétriciens pour les amniocentèses, ce qui limite les créneaux disponibles. Une solution a été anticipée : un box de consultation sera agrandi pour être transformé en salle blanche dédiée à la chirurgie « Hors Bloc ». Ce projet d'aménagement a été validé en Commission des Travaux et Investissements (CTI) du DMU. La fin des travaux est prévue pour coïncider avec le déploiement progressif du dispositif.

Lors de la prochaine CTI, il faudra prévoir l'acquisition de matériel dédié spécifiquement à l'activité de chirurgie « Hors Bloc », qui sera rangé dans la salle « blanche » et non plus stocké au bloc opératoire.

À mesure que le projet évoluera et que les équipes monteront en compétence, des interventions gynécologiques plus complexes seront progressivement intégrées telles que : conisations, injections (Botox, Bulkamid). Ainsi que des procédures hystéroscopiques complexes, telles que : ablation de polypes (Myosure manual, Truclear), section de synéchies simples et de cloisons, ablation de myomes, traitement des rétentions, destruction de l'endomètre, radiofréquence (optionnel).

À long terme, le projet vise à s'inscrire durablement dans l'offre de soins hospitalière en intégrant plusieurs axes de développement :

- Extension du modèle à d'autres spécialités : après stabilisation de l'activité en gynécologie, la chirurgie « Hors Bloc » pourrait être élargie à d'autres disciplines (dermatologie, ORL, ophtalmologie) ;
- Renforcement de la formation des équipes : mise en place de sessions de formation continue pour les soignants afin d'optimiser la gestion des nouvelles pratiques et techniques ;
- Pérenniser le modèle économique : sécuriser le financement du projet en obtenant une reconnaissance institutionnelle et en adaptant les modalités de facturation.

Un des axes d'évolution est l'implication du patient. En parallèle des évolutions médicales et organisationnelles, l'intégration du point de vue des patientes devient également un levier d'amélioration continue. Le patient expert pourrait ainsi devenir un acteur majeur dans le développement de la chirurgie « Hors Bloc », en apportant une dimension humaine et participative au projet⁹⁰. Grâce à son expérience personnelle du soin, il serait un soutien précieux pour accompagner les patientes, les rassurer et améliorer leur compréhension du parcours de soins. Son regard aiderait aussi les soignants à mieux appréhender les attentes et les besoins des patientes, rendant ainsi la prise en charge plus fluide et plus adaptée. En intégrant son expertise aux réflexions stratégiques et aux formations des équipes, il contribuerait à consolider le soutien au modèle « Hors Bloc » et à optimiser l'organisation des soins, toujours avec l'objectif d'améliorer l'expérience et le confort des patientes. Marie-Laure Mourre, dans son cours « La place du patient dans le système de santé » rappelle

⁹⁰ Le patient-expert. (s. d.). Consulté 12 avril 2025 à l'adresse <https://www.emfps.fr/article/le-patient-expert>

que l'amélioration continue de l'expérience patient constitue un levier essentiel pour renforcer la qualité des soins⁹¹.

8 Et si c'était à refaire

Si je devais revivre ce projet, je n'en changerais ni le sens ni la finalité, mais je reconsidérerais la manière dont j'ai abordé certaines étapes, en particulier au regard de ma posture managériale.

J'ai appris, parfois à mes dépens, que l'engagement personnel, aussi fort soit-il, ne suffit pas à garantir la réussite d'un projet ambitieux. L'un des premiers ajustements que je ferais concernerait le cadrage initial de mes missions. Ce projet aurait justifié une redéfinition claire de mes responsabilités et un réajustement de ma charge de travail. Comme beaucoup de cadres supérieurs, j'ai voulu tout assumer, pensant que cela relevait naturellement de mes fonctions. Avec le recul, j'aurais dû exprimer plus clairement mes besoins en termes de délégation et de soutien dès les premiers échanges avec ma hiérarchie.

Lors de notre rencontre initiale, la directrice des soins m'a demandé comment je comptais m'organiser et a tenté de m'alerter sur la charge supplémentaire de travail que ce projet allait générer. Je n'ai sans doute pas su entendre cet avertissement à ce moment-là.

Un autre point concerne la gouvernance du projet. Devoir accompagner une nouvelle coordinatrice sage-femme en consultation, tout en pilotant le projet a rendu mon positionnement plus complexe. Je me suis retrouvée à porter à la fois des enjeux stratégiques, des tâches opérationnelles, et un rôle de soutien managérial. Cumuler ces responsabilités a représenté une réelle surcharge de travail.

Pensant qu'il n'était pas légitime de l'impliquer, j'ai tardé à solliciter la directrice des soins. J'ai compris par la suite que certains arbitrages, certaines données, ainsi qu'une reconnaissance plus explicite de ma mission, dépendaient de ce lien fonctionnel (je n'ai pas de lien hiérarchique avec la directrice des soins en tant que coordonnatrice en Maïeutique). C'est une erreur que je ne referais pas.

J'ai également appris que le respect d'un calendrier ne devait pas être une fin en soi. La réalité du terrain, la disponibilité des professionnels, leur capacité à se projeter dans le changement : tous ces éléments auraient dû être pris en compte avec autant d'importance que les échéances administratives. Accepter de ralentir pour mieux embarquer les équipes a été un choix assumé, et probablement l'un des leviers les plus efficaces pour favoriser leur engagement.

Par ailleurs, j'aurais gagné à anticiper davantage certains échanges avec le commanditaire. Bien qu'il ait été réellement engagé, son manque de visibilité auprès des équipes a pu créer des incertitudes. J'aurais dû l'impliquer plus activement, à travers des prises de parole ciblées ou des gestes visibles illustrant son implication dans le projet.

Des ajouts de patientes lors de vacations d'hystérocopie, en dernière minute avaient, par le passé, suscité des inquiétudes chez les IDE concernant le respect des plannings. Pour y répondre, j'ai travaillé directement avec les médecins afin d'encadrer cette pratique et de m'assurer que le nombre de patientes reste conforme aux prévisions. J'ai proposé au médecin commanditaire, responsable des vacations d'hystérocopie, de rencontrer les IDE sans encadrement, pour faciliter un échange direct. Cette initiative a été utile : elle a permis aux équipes de partager leurs questions et leurs inquiétudes, tout en amorçant une dynamique de coopération au sein des groupes de travail.

⁹¹ « L'utilisateur et le système » ML Mourre, EUE 6.4 MOS M2, du 04/10/24. Relu le 17/03/25

Cependant, cette dynamique a été fragilisée peu de temps après par de nouveaux ajouts de patientes en hystérocopie. J'ai dû intervenir, car le commanditaire refusait de reconnaître que l'ajout de deux hystérocopies par vacation, pouvait poser problème à l'organisation. Cette posture a ravivé les inquiétudes des IDE, remettant en question la fiabilité perçue du commanditaire. J'ai alors dû gérer, d'un côté, l'incompréhension du commanditaire qui ne percevait pas la légitimité du souhait des équipes de terminer à l'heure et, de l'autre, le désengagement progressif des soignants, confrontés à ce qu'ils vivaient comme un manque de reconnaissance de leurs contraintes professionnelles.

J'aurais dû être plus explicite quant à l'intérêt de l'étude médico-économique. Si la cheffe d'unité avait mieux perçu les enjeux, elle aurait transmis plus tôt les données sur la répartition des actes entre la chirurgie « Hors Bloc » et le bloc opératoire. Leur absence a empêché le cadre administratif du DMU de finaliser son analyse, ce qui a retardé la présentation du projet au CSEL, prévue initialement début en mars.

Un autre point que je n'avais pas suffisamment anticipé concerne la coordination avec les anesthésistes. Mon commanditaire m'avait indiqué qu'il leur présenterait le projet lors d'une réunion au bloc opératoire, et j'ai pensé pouvoir m'appuyer sur cette démarche. Pourtant, à la suite d'un message adressé à l'anesthésiste référente de la maternité, auquel j'avais joint un résumé du projet et les procédures d'urgence, j'ai compris que les informations n'avaient pas été transmises comme prévu.

Elle a pris le temps de relire les documents et m'a fait part de plusieurs retours, en exprimant aussi sa surprise d'être prévenue si tardivement. Elle a également partagé ses réserves quant au créneau choisi, le vendredi après-midi, période durant laquelle un seul anesthésiste est présent sur la maternité.

À ce moment-là, j'ai pris l'initiative de la rencontrer personnellement pour lui présenter le projet dans le détail, la rassurer sur les risques extrêmement faibles de complications, et lui démontrer que les procédures avaient été rigoureusement cadrées. Le commanditaire a ensuite organisé une réunion avec l'ensemble des anesthésistes pour leur exposer le projet.

Avec le recul, j'aurais dû m'assurer moi-même que tous les interlocuteurs, et notamment les anesthésistes, aient bien reçu une information complète et anticipée. Cela aurait évité un malentendu, renforcé la confiance, et facilité leur implication dans le projet.

C'est une leçon importante : dans un projet de cette envergure, il ne suffit pas de déléguer une transmission d'information, il faut en garantir personnellement la réception, la clarté et l'appropriation par les acteurs concernés.

Conclusion

Ce projet de chirurgie « Hors Bloc », que j'ai porté à la maternité du CHU Bicêtre, a été pour moi une expérience marquante de transformation organisationnelle, entre innovation et adaptation au changement. En tant que coordonnatrice en maïeutique et cheffe de projet, j'ai été placée au cœur d'une dynamique où la nécessité d'optimiser les ressources hospitalières, de fluidifier les parcours de soins et de répondre aux attentes croissantes des patientes s'est imposée comme un impératif stratégique.

La mise en place de la chirurgie « Hors Bloc » en consultation gynécologique a permis de repenser en profondeur l'organisation des soins. Cette nouvelle modalité, centrée sur des actes chirurgicaux simples sous anesthésie locale dans un environnement dédié, a permis de répondre concrètement à plusieurs contraintes du bloc

opératoire : saturation des créneaux, mobilisation excessive des ressources, complexité des parcours, et anxiété liée au circuit traditionnel. En transférant une partie de l'activité vers les consultations, nous avons pu libérer des créneaux pour des interventions plus complexes, optimiser l'utilisation des compétences des professionnels et proposer une prise en charge plus rapide, plus confortable et mieux adaptée aux besoins des patientes.

Ce projet s'est inscrit dans un cadre institutionnel exigeant, en phase avec les priorités nationales de santé (plan « Ma Santé 2022 », recommandations HAS, gradation des soins) et les orientations stratégiques de l'AP-HP, qui fait de l'innovation organisationnelle et de la qualité des soins des axes majeurs de son projet d'établissement. Il a également été pensé en cohérence avec les spécificités du territoire du Val-de-Marne, marqué par une forte mixité sociale et des besoins de santé variés, nécessitant des réponses différenciées et accessibles.

La réussite de cette transformation n'a pas reposé uniquement sur la pertinence technique du dispositif, mais surtout sur la qualité de la démarche managériale engagée. La conduite du changement a été structurée autour de plusieurs leviers : une concertation approfondie avec l'ensemble des parties prenantes (cadres, médecins, IDE, représentants des usagers), la co-construction des outils et protocoles, une communication transparente et régulière, ainsi qu'un accompagnement personnalisé des équipes, notamment par la formation et l'écoute active des préoccupations. L'analyse des résistances, la gestion des tensions liées à la redéfinition des rôles et la valorisation des compétences ont été des étapes incontournables pour construire une dynamique collective et garantir l'adhésion au projet.

Il a aussi marqué un tournant dans ma posture managériale. Il m'a conduite à renforcer mon positionnement de cadre supérieur en tant que facilitatrice, médiatrice et garante de la qualité des soins. Il m'a également permis de développer une posture d'écoute, d'agilité et de co-construction. J'ai pu mesurer combien le succès d'un projet organisationnel dépend de la capacité à donner du sens à l'action collective, à fédérer autour d'une vision partagée et à accompagner les équipes dans l'appropriation progressive du changement.

L'évaluation du dispositif, fondée sur des indicateurs de suivi qualitatifs et quantitatifs (satisfaction des patientes, fluidité des parcours, impacts financiers, retour d'expérience des professionnels), a permis d'ajuster en continu l'organisation et d'anticiper les évolutions nécessaires. Les premiers résultats montrent une amélioration notable du confort des patientes, une meilleure utilisation des ressources et un engagement renforcé des équipes. L'implication des usagers, à travers des outils d'information et des questionnaires de satisfaction, a également permis d'affiner le parcours et de garantir une prise en charge centrée sur leurs attentes.

En définitive, ce projet illustre la capacité d'un service hospitalier à faire évoluer ses pratiques tout en restant fidèle à sa mission de service public : garantir l'accessibilité, la sécurité et la qualité des soins pour toutes les patientes. Il ouvre la voie à de nouvelles perspectives d'organisation, tant au sein de la maternité de Bicêtre que dans

d'autres spécialités ou établissements du territoire. Il confirme le rôle stratégique que peut jouer la maïeutique managériale dans la transformation des organisations de santé, en alliant expertise clinique, management participatif et engagement au service de l'intérêt général.

Ce projet m'a confirmé qu'un changement réussi ne dépend pas seulement des résultats techniques, mais surtout de la force des liens humains et de la capacité à donner du sens.

Il a nourri ma réflexion professionnelle et renforcé ma conviction que l'innovation organisationnelle, portée par une démarche managériale humaniste et structurée, est un moteur essentiel pour bâtir l'hôpital de demain.

Bibliographie

hpth_sj_charte_uca_2017.pdf. (s. d.). Consulté 27 avril 2025, à l'adresse https://www.hpth-saint-jean.fr/fichiers/1503307437-hpth_sj_charte_uca_2017.pdf

196-reco-anesth-chir-autres-2001.pdf. (s. d.). Consulté 13 mai 2025, à l'adresse <https://sfar.org/wp-content/uploads/2014/04/196-reco-anesth-chir-autres-2001.pdf>

2024-12-17-livret-A4-DMU-AP-HP.Université-Paris-Saclay. (s. d.). calameo.com. Consulté 28 décembre 2024, à l'adresse <https://www.calameo.com/books/004021827a6d0c49ca3f2>

2025-01-10-livret-accueil-A5-patiente-maternité-Hôpital-Bicêtre. (s. d.). calameo.com. Consulté 27 avril 2025, à l'adresse <https://www.calameo.com/books/0040218271d7829d2161f>

Accueil | Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. (s. d.). Consulté 13 mai 2025, à l'adresse <https://www.anact.fr/>

Accueil. (2016, juillet 29). Hôpital Bicêtre. <https://hopital-bicetre.aphp.fr/>
APHP, CME. (2021, juin 1). « Médecine Ambulatoire Instruction « frontière 2020 » gradation des prises en charge ambulatoires ».

Arrêté du 6 avril 2009 portant définition de listes de diplômes, titres et certificats pour l'application des articles L. 331-2 (3°) et R. 331-1, D. 343-4, L. 311-3 et D. 341-7 (3°) du code rural.

Arrêté du 6 avril 2009 portant définition de listes de diplômes, titres et certificats pour l'application des articles L. 331-2 (3°) et R. 331-1, D. 343-4, L. 311-3 et D. 341-7 (3°) du code rural.

Article D6124-301-1—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 22 décembre 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000026305664

Article D6124-91—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 14 mai 2025, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006917085/

Article R6122-25—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 8 mai 2025, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041767601/

Article_51_fiche_2_choisir_des_indicateurs_pertinents.pdf. (s. d.). Consulté 14 mars 2025, à l'adresse https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article_51_fiche_2_choisir_des_indicateurs_pertinents.pdf

Article—Arrêté du 23 avril 2001 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 1 mars 2025, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001811775

Autissier, D., & Moutot, J.-M. (2023). Méthode de conduite du changement Diagnostic, Accompagnement, Performance (5e édition). Dunod.

Balades avec les passeurs de culture(s) | Val-de-Marne. (s. d.). Val de Marne Tourisme & Loisirs. Consulté 17 décembre 2024, à l'adresse <https://www.tourisme-valdemarne.com/arts-culture/balades-urbaines/balades-avec-les-passeurs-de-cultures/>

Barbier, J.-M. (2011). Savoirs théoriques et savoirs d'action (3e éd). Presses universitaires de France.

Clot, Y., & Gollac, M. (2017). Le travail peut-il devenir supportable? (2e édition). ARMAND COLIN.

Clot, Y., Bonnefond, J.-Y., Bonnemain, A., & Zittoun, M. (2024). Le prix du travail bien fait. La coopération conflictuelle dans les organisations (La Découverte).

Comité social et économique (CSE). (s. d.). Consulté 2 mars 2025, à l'adresse <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34474>

Comment se déroule une hystérocopie diagnostique. (s. d.). hysteroscopiecmc. Consulté 14 mai 2025, à l'adresse <https://www.hysteroscopie-diagnostique.com/en-pratique>

d'Ivry-sur-Seine, V. (s. d.). Le projet municipal 2020-2026. Ville d'Ivry-sur-Seine; Ville d'Ivry-sur-Seine. Consulté 17 décembre 2024, à l'adresse <https://www.ivry94.fr/1541/le-projet-municipal-2020-2026.htm>

Deffieux, X., Gauthier, T., Ménager, N., Legendre, G., Agostini, A., & Pierre, F. (2013). Prévention des complications de l'hystérocopie : Recommandations pour la pratique clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 42(8), 1032-1049. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.09.008>

DGS_Laetitia.B, DGS_Pauline.J, DGS_Laetitia.B, & DGS_Pauline.J. (s. d.). Ma santé 2022 : Un engagement collectif. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. Consulté 22 décembre 2024, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/archives/masante2022/>

Diagramme de Gantt. (2025). In Wikipédia. https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Diagramme_de_Gantt&oldid=224949207

Dossier complet – Commune du Kremlin-Bicêtre (94043) | Insee. (s. d.). Consulté 17 décembre 2024, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-94043>

Dossier complet – Département du Val-de-Marne (94) | Insee. (s. d.). Consulté 17 décembre 2024, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-94>

Dossier_de_presse-mission_cadres.pdf. (s. d.). Consulté 2 mars 2025, à l'adresse https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse-mission_cadres.pdf

Dumond, J.-P. (2024, décembre 17). Transformation des organisations 2/2 secrétariats médicaux. ECUE 5.2 MOS M2 Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne.

Esteve, M. J. (1024). Cours du cadre supérieur. ECUE 6.3 MOS M2, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne.

Esteve, M. J. (2024, octobre 22). Savoir mener un projet. ECUE 7.2 MOS M2, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne.

Étienne, A., Lassoued, S., Monnier, A., & Gaudin, P. (2020). Gradation des prises en charge ambulatoires : Comment se saisir des nouvelles règles de facturation dans nos hôpitaux de jour de rhumatologie ? *Revue du Rhumatisme*, 87(5), 319-321. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2020.07.002>

Ettorchi-Tardy, A., Levif, M., & Michel, P. (2011). Le benchmarking : Une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, 42(1), 35-46. <https://doi.org/10.3917/pos.421.0035>

Farnault, P. (2024, octobre 3). Le projet managérial. ECUE 7.2 MOS M2, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne.

Farnault, P., & Esteve, M. (2024, décembre 17). Affirmer son leadership. ECUE 7.1 MOS M2, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne.

FHPMCO. (2020, septembre 25). Dépêche Expert N°586—Instruction gradation des prises en charge ambulatoires. FHP-MCO. <https://www.fhpmco.fr/2020/09/25/depeche-expert-n586-instruction-gradation-des-prises-en-charge-ambulatoires/>

GBIRGAND Gabriel. (2023). Pres-SF2H-Air-hors-bloc-GBIRGAND-01-06-2023.pdf. <https://www.gabrielbirgand.fr/wp-content/uploads/2023/06/Pres-SF2H-Air-hors-bloc-GBIRGAND-01-06-2023.pdf>

Gestion du traitement de l'air pour les pratiques en développement de chirurgie « au cabinet » ou « office-based surgery » | HYGIENES. (s. d.). Consulté 18 décembre 2024, à l'adresse <https://www.hygienes.net/publication-scientifique/gestion-du-traitement-de-lair-pour-les-pratiques-en-developpement-de-chirurgie-au-cabinet-ou-office-based-surgery>

Gilles, A., Raoul, B., Marie-Francoise, B., Béatrice, P., Strauss, C. P., Anne-Marie, R., & Francoise, T.-G. (s. d.). GROUPE DE LA SOCIETE FRANÇAISE D'HYGIENE HOSPITALIERE (SFHH).

Gollac, M., Volkoff, S., & Wolff, L. (2014). Les conditions de travail (TROISIÈME ÉDITION). La Découverte.

Go/No Go : Décider en gestion de projet. (s. d.). Consulté 16 février 2025, à l'adresse <https://www.manager-go.com/gestion-de-projet/dossiers-methodes/go-no-go>

Groupes hospitalo-universitaires de l'AP-HP. (2024, septembre 13). <https://www.aphp.fr/groupes-hospitaliers-de-lap-hp>

GUIDE-PRATIQUE-CHIR-HORS-BO-2022-CPIAS.pdf. (s. d.). Consulté 18 décembre 2024, à l'adresse <https://www.cpias-pdl.com/wp-content/uploads/2022/09/GUIDE-PRATIQUE-CHIR-HORS-BO-2022-CPIAS.pdf>

Hôpital ou clinique Val-de-Marne | Le Guide Santé. (s. d.). Consulté 27 avril 2025, à l'adresse <https://www.le-guide-sante.org/le-guide/ile-de-france/val-de-marne>

Hôpital royal de Bicêtre. (s. d.). Consulté 11 avril 2025, à l'adresse <https://archives.valdemarne.fr/patrimoine--histoire-1/a-vous-de-jouer-/puzzles/action-sociale-sante/hopital-royal-de-bicetre>

Hygiene_au_cabinet_medical_-_recommandations_2007_11_27__18_45_21_278.pdf. (s. d.). Consulté 17 décembre 2024, à l'adresse <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/hygiene_au_cabinet_medical_-_recommandations_2007_11_27_18_45_21_278.pdf

INSTRUCTION N° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires | Fédération Hospitalière de France. (s. d.). Consulté 17 décembre 2024, à l'adresse

<https://www.fhf.fr/expertises/finances/finances-budget-eprd/instruction-ndeg-dgos/r1/dss/1a/2020/52-du-10-septembre-2020-relative-la-gradation-des-prises-en>

Kerzner, H. (2017). Project management: A systems approach to planning, scheduling, and controlling (Twelfth edition). Wiley.

Krist, A. H., Tong, S. T., Aycok, R. A., & Longo, D. R. (2017). Engaging patients in decision-making and behavior change to promote prevention. *Studies in health technology and informatics*, 240, 284-302.

L'histoire. (s. d.). Les services de l'État dans le Val-de-Marne. Consulté 11 avril 2025, à l'adresse <https://www.val-de-marne.gouv.fr/Services-de-l-Etat/Le-departement/L-histoire>

La création des départements médico-universitaires (DMU). (2019, juillet 5). Réseau HU Paris Ile-de-France Ouest. <https://hupifo.aphp.fr/dmu/>

L'AP-HP en bref. (2024, décembre 11). <https://www.aphp.fr/lap-hp-en-bref>

Larson, E. W., & Gray, C. F. (2020). Project Management : The Managerial Process (8th edition). McGraw Hill.

Laser col en Gynécologie – Chirurgie Gynecologie. (2024, mars 10). <https://www.chirurgie-gynecologie.fr/page-chirurgie-gyn/laser-col.html>

Le groupe de travail : Définition, avantages et fonctionnement. (s. d.). Consulté 8 février 2025, à l'adresse <https://www.manager-go.com/gestion-de-projet/travail-en-groupe.htm>

Le patient-expert. (s. d.). Consulté 12 avril 2025, à l'adresse <https://www.emfps.fr/article/le-patient-expert>

Les grands projets. (s. d.). Consulté 17 décembre 2024, à l'adresse <https://www.saint-maur.com/ma-ville/cadre-de-vie/les-grands-projets>

Les sept hôpitaux du GHU AP-HP. Université Paris-Saclay certifiés par la Haute Autorité de santé. (2024, septembre 25). <https://www.aphp.fr/contenu/les-sept-hopitaux-du-ghu-ap-hp-universite-paris-saclay-certifies-par-la-haute-autorite-de>

Les stratégies de changement—L'hypercube du changement gagnant—Broché—David Autissier, Faouzi Bensebaa, Jean-Michel Moutot—Achat Livre ou ebook | fnac. (s. d.). Consulté 29 décembre 2024, à l'adresse <https://www.fnac.com/a4040804/David-Autissier-Les-strategies-de-changement-L-hypercube-du-changement-gagnant>

loeizahamon. (2025, février 19). La réalité virtuelle : Un allié contre la douleur | VR Show. VR Show | Agence Réalité virtuelle. <https://www.vr-show.fr/la-realite-virtuelle-un-allie-contre-la-douleur/>

Management de changement : Les 3 étapes incontournables selon Kurt Lewin. (s. d.). Consulté 15 mai 2025, à l'adresse <https://solutions.lesechos.fr/equipe->

[management/c/management-de-changement-les-3-etapes-incontournables-selon-kurt-lewin-41923/](#)

Marchand, X. (2024, octobre 25). Management RH : de la GPEC à l'organisation du travail, chapitre 2 L'accompagnement opérationnel RH. ECUE 7.1 MOS M2, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne, relu le 29/12/24.

Marchand, X. (2025a, février 26). Management RH : de la GPEC à l'organisation du travail, chapitre 3 La culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail. ECUE 7.1 MOS M2, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne.

Marchand, X. (2025b, février 26). Management RH : de la GPEC à l'organisation du travail, chapitre 6 Le changement à conduire. ECUE 7.1 MOS M2, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne, relu le 29/12/24.

Marchat, H. (2023). Le Kit du chef de projet (7eme édition). Eyrolles.

Marsan, C. (2008). Réussir le changement Comment sortir des blocages individuels et collectifs. de boeck.

Masson, E. (2012). Analgésie inhalatoire : Expérience et soulagement des patients (Étude Séréna). EM-Consulte. <https://www.em-consulte.com/article/733245/analgesie-inhalatoire-experience-et-soulagement-de>

Maternité. (2012, octobre 31). Hôpital Bicêtre. <https://hopital-bicetre.aphp.fr/gynecologie/maternite/>

Mentec, H., Cabarrot, P., Legris, C., & May-Michelangeli, L. (2023). Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé: Risques & qualité en milieu de soins, Vol. XX(3), 135-143. <https://doi.org/10.3917/rqms.203.0135>

Mintzberg, H. (2002). Le manager au quotidien : Les 10 rôles du cadre (10ème tirage 2002). Editions d'Organisation.

Mourre, M. (2024, octobre 4). L'utilisateur et le système. ECUE 6.4 MOS M2, Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne.

Néré, J. (2015). Comment manager un projet (4eme édition). PUF.

Note-21-la-concertation.pdf. (s. d.). Consulté 2 mars 2025, à l'adresse <http://www.comite21.org/docs/note-21-la-concertation.pdf>

Nous connaître. (2024, octobre 4). <https://www.aphp.fr/nous-connaître>
Objectifs SMART – EVAL. (s. d.). Consulté 16 février 2025, à l'adresse <https://www.eval.fr/objectifs-smart-2/>

Observatoire de la Diversité Culturelle—ODC. (2024, avril 20). <https://www.xn--diversit-culturelle-izb.org/>

Page d'accueil. (2024, décembre 1). Kremlin-Bicêtre. <https://www.kremlinbicetre.fr/>

Page d'accueil | Région Île-de-France. (s. d.). Consulté 17 décembre 2024, à l'adresse <https://www.iledefrance.fr/>

Perioperative Pathways : Enhanced Recovery After Surgery. (s. d.). Consulté 12 avril 2025, à l'adresse <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/09/perioperative-pathways-enhanced-recovery-after-surgery>

Pinto, J. K., & Slevin, D. P. (1987). Critical factors in successful project implementation. IEEE Transactions on Engineering Management, EM-34(1), 22-27. IEEE Transactions on Engineering Management.
<https://doi.org/10.1109/TEM.1987.6498856>

Population active, emploi et chômage au sens du recensement en 2021 – Intercommunalité-Métropole de CC des Portes de l'Entre-Deux-Mers (243301439) | Insee. (s. d.). Consulté 17 décembre 2024, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8201650?geo=EPCI-243301439>

Présentation. (2012, août 20). Hôpital Bicêtre. <https://hopital-bicetre.aphp.fr/44-2/>

Prestation-MCO-JO-2020.pdf. (s. d.). Consulté 18 décembre 2024, à l'adresse <https://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2020/09/Prestation-MCO-JO-2020.pdf>

Prise en charge chirurgicale en mode hyper-ambulatoire. (2021, septembre 30). Sénat. <https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ21091829S.html>

Rapport_definition_environnements_techniques.pdf. (s. d.). Consulté 18 décembre 2024, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-02/rapport_definition_environnements_techniques.pdf

Region, L. P. (s. d.-a). Les intercommunalités franciliennes se saisissent de la santé. L'Institut Paris Region. Consulté 17 décembre 2024, à l'adresse <https://www.institutparisregion.fr/nos-travaux/publications/les-intercommunalites-franciliennes-se-saisissent-de-la-sante/>

Region, L. P. (s. d.-b). L'Institut Paris Region. L'Institut Paris Region. Consulté 17 décembre 2024, à l'adresse <https://www.institutparisregion.fr/>

Service de Gynécologie-Obstétrique Hôpital Bicêtre. (s. d.). Consulté 27 avril 2025, à l'adresse <https://www.aphp.fr/service/service-55-010>

Sous-section 5 : Anesthésie (Articles D6124-91 à D6124-103)—Légifrance. (s. d.). Consulté 22 décembre 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196702/

Team, A. C. (s. d.). Qu'est-ce qu'un diagramme de Gantt? Avantages, utilisation et autres considérations | Adobe France. Consulté 12 avril 2025, à l'adresse <https://business.adobe.com/fr/blog/basics/what-is-a-gantt-chart>

Territoire. (s. d.). valdemarne.fr. Consulté 11 avril 2025, à l'adresse <https://www.valdemarne.fr/vivre-en-val-de-marne/territoire>

Trois niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire. (s. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté 18 décembre 2024, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_1032868/fr/trois-niveaux-d-environnements-techniques-pour-la-realisation-d-actes-interventionnels-en-ambulatoire

Université Claude-Bernard Laboratoire d'épidémiologie et santé publique. (2010). SF2H_surveiller-et-prevenir-les-IAS-2010.pdf. https://www.sf2h.net/k-stock/data/uploads/2010/09/SF2H_surveiller-et-prevenir-les-IAS-2010.pdf

Val-de-Marne. (2024). In Wikipédia. <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Val-de-Marne&oldid=218167733>

Ville de Saint-Maur-des-Fossés. (s. d.). Consulté 18 décembre 2024, à l'adresse <https://www.saint-maur.com/>

Zanon, S. (2023, mai). Fonctionnement du Bloc Opératoire Gynéco-Obstétrical : Annexe à la Charte du Bloc Opératoire Commun (Hôpital Bicêtre).

Table des annexes

Annexe 1: Lettre de mission

Annexe 2: Le diagramme de Gantt

Annexe 3: Exemple d'un protocole de la chirurgie « Hors Bloc » en consultation gynécologique-obstétricale

Annexe 4: Procédures d'urgence de la chirurgie « Hors Bloc » en consultation gynécologique-obstétricale

Annexe 1: Lettre de mission

 AP-HP. Université Paris-Saclay	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2024-2025	  
---	---	--

Désignation du projet	Développement de la chirurgie « Hors Bloc » en consultation gynécologique
Commanditaires	Pr Luton, gynécologue obstétricien, chef de service Pr Goussault-Capmas gynécologue obstétricienne, responsable de l'unité de gynécologie Service de Gynécologie Obstétrique CHU Bicêtre Madame Catherine Lecomte directrice des soins CHU Bicêtre
Nom du responsable du projet	Madame Valérie Bonfiglioli coordonnatrice en Maïeutique Service de Gynécologie Obstétrique CHU Bicêtre
Missions du responsable de projet	INTRODUCTION 1- Contexte et justification du projet La chirurgie dite « hors-bloc » se développe en Europe et en France avec la délocalisation d'interventions initialement réalisées dans les blocs opératoires vers des salles blanches le plus souvent localisées dans les secteurs de consultation. Ces interventions sont alors réalisées en utilisant des méthodes d'analgésie/anesthésie plus légères. Elles permettent des prises en charge moins invasives avec un bénéfice médico-économique évident pour l'hôpital et la société mais aussi un bénéfice pour les patientes en diminuant l'anxiété et le caractère invasif des interventions. 2- Objectifs et bénéfices attendus de la délocalisation L'objectif est de délocaliser des actes de chirurgie ciblés actuellement réalisés au bloc opératoire vers le secteur de consultations et qui ne nécessitent pas un environnement complexe. Ceci permettra : 1. La valorisation de certaines pratiques chirurgicales utilisant des méthodes d'analgésie ou des méthodes alternatives type hypnose, MEOPA ne nécessitant pas d'être réalisées au bloc opératoire. 2. Le « bénéfice pour la patiente » est un point déterminant pour la mise en place de ce projet. Proposer une prise en charge souvent plus rapide, avec un parcours fluide et simplifié, associé à l'utilisation de techniques moins invasives conduisant à une récupération rapide. Il permet aussi probablement une diminution de l'anxiété liée à l'intervention. Ces éléments sont un gage de satisfaction pour la patiente.

3. La libération de plages au bloc opératoire pour la réalisation d'intervention plus lourde,
4. La libération de temps soignant spécialisés (anesthésistes, IBODE, IADE...),
5. Une valorisation de l'activité avec une cotation en HDJ avec une réelle optimisation des recettes.
6. Prévoir la réalisation d'une étude médico économique

ORGANISATION DU PROJET

1- Composition d'un comité de pilotage (COPIL)

Nous allons constituer un COPIL.

Il sera composé en plus de la coordinatrice en Maïeutique:

1. D'une gynécologue obstétricienne responsable de l'unité de gynécologie pour définir les actes délocalisables et les ressources médicales nécessaires.
2. De la coordinatrice sage-femme de la consultation et la cadre de santé IBODE du bloc opératoire pour l'évaluation des équipements et ressources humaines paramédicales nécessaires. Elles veilleront à l'adaptation de la salle de soins ainsi qu'aux espaces d'accueil et de surveillance.
3. D'une IDE référente de la consultation.

Le COPIL reverra les différents circuits et procédures auxquels les IDE et l'encadrement auront réfléchis.

2- Information et sensibilisation de l'équipe de consultation

Les membres du COPIL informeront lors de réunions dédiées:

- L'équipe paramédicale de consultation (IDE et AS)
- Les secrétaires médicales chargées des rendez-vous
- L'équipe médicale lors d'une réunion médecins/cadres.

3- Composition d'un groupe de travail au sein des IDE de la consultation

Nous mettrons en place avec la coordinatrice de consultation et l'IDE référente du projet un groupe de travail incluant l'ensemble des IDE de consultation pour :

- Réfléchir au circuit du patient
- Rédaction des procédures administratives
- Réfléchir à la faisabilité des procédures proposées
- Réaliser un livret Patient Chirurgie Hors Bloc

4- Organigramme du projet

1. Responsabilité de l'équipe médicale

 AP-HP. Université Paris-Saclay	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2024-2025	  
	Présentation de l'organigramme du projet pour la création du « Hors bloc » (qui rend compte à qui). La nouvelle organisation sera sous la responsabilité de la gynécologue obstétricienne responsable de l'unité de gynécologie et du chef de service concernant la responsabilité médicale et présence médicale. 2. Responsabilité de l'équipe paramédicale et du matériel La sage-femme coordinatrice de consultation sera responsable du parcours patientes et la permanence du personnel paramédical. La cadre IBODE aura la responsabilité du matériel. 5- Calendrier de mise en œuvre : Élaborer un calendrier avec les étapes clés et les délais. Ma mission sera également d'établir un calendrier réaliste pour les différentes phases du projet (diagramme de Gantt). 1. Initiation du projet : Le projet sera initié en novembre 2024 pour une mise en œuvre partielle mi-mai 2025. 2. Montée en charge : Montée progressive du nombre de patientes et de la complexité des actes opératoires, pour atteindre une organisation optimale en décembre 2025, suite à la mise en place de la mesure nouvelle. PLAN D'ACTION 1- Organisation du circuit patient 1. Circuit du patient Nous définirons avec l'équipe de la consultation et la coordinatrice sage-femme de la consultation le circuit des patientes devant subir une chirurgie dans la salle blanche - Arrivée, accueil, intervention, surveillance, sortie 2. Vérifications administratives - Identité, dossier (consentement, personne de confiance), préadmission en Hdj. 3. Organisation et réalisation de l'acte opératoire Nous établirons avec la gynécologue obstétricienne responsable de l'unité de gynécologie : - Organisation de l'acte opératoire - Rédaction du compte rendu opératoire (CRO) et du compte rendu hospitalier (CRH) qui sont remis à la patiente à la sortie. Dans le cadre de la mise en place des HDJ il faudra s'assurer de la bonne complétude des CRH rédigés qui devront tracer toutes les interventions nécessaires à la réalisation de l'HDJ. - Le codage des consultations est actuellement réalisé par les agents de la consultation. La conversion en HDJ nécessite de passer au	

codage par séjours (et non plus à l'acte). C'est pourquoi ce codage sera repris par les chirurgiens. Nous essayerons d'inclure dans ce projet la valorisation de nos prises en charge actuelles pour les hystérosopies diagnostiques en consultation pour les inclure en HdJ comme c'est déjà fait dans différentes structures.

2- Procédures et protocoles

Nous formaliserons les procédures et protocoles au sein du COPIL:

- Circuit patiente de l'arrivée en consultation à la fin de la surveillance, prenant en compte la modification des parcours existants au niveau de la consultation
- Circuit d'urgence en cas de problèmes per et/ou péri opératoires
- Fiches de procédures pour chaque intervention avec un descriptif précis notamment du matériel nécessaire mais aussi des différents temps d'intervention

3- Équipes supports

Nous rencontrerons avec les membres du COPIL, les équipes supports qui vont nous aider à construire ce projet :

- Les anesthésistes pour la prise en charge de la douleur et la formation des IDE et AS de consultation.
- L'Équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) pour vérifier que la salle et ses annexes en consultation où doivent avoir lieu les actes de chirurgie ciblées répondent aux exigences de l'ARS quant aux requis des "salles blanches".
- Le Département d'information médicale (DIM) pour la valorisation financière du projet et notamment la création d'actes d'HdJ.

4- Accompagnement au changement

Nous accompagnerons avec le médecin responsable les cadres des secteurs concernés (bloc opératoire et consultation) dans :

- La prise de décisions stratégiques
- La désignation de l'IDE référente
- L'accompagnement à la formation
- Le soutien aux équipes paramédicales sur le terrain pour les aider à s'approprier ce projet ainsi qu'à leur implication tout au long de la montée en charge

5- Plan de communication

- Je présenterai le projet aux cadres de proximité.



AP-HP.
Université
Paris-Saclay

Lettre de mission
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des
Organisations Soignantes »
2024-2025



FACULTÉ
DE SANTÉ

ESM

- Nous présenterons avec le médecin référent le projet en réunion de service puis en bureau de DMU.
- Nous présenterons avec le médecin référent le projet au comité de direction.
- Nous communiquerons aussi sur ce projet via des affiches d'information dans les espaces d'accueil du service de gynécologie obstétrique ainsi qu'au sein du GH et au sein de l'APHP grâce à la lettre d'information via le service de communication.

6- Mesure médico-économique

Participation avec la responsable de l'unité de gynécologie et le cadre administratif de DMU à la réflexion et rédaction de l'étude médico-économique.

IDENTIFICATION DES INVESTISSEMENTS

1- Identification des équipements médicaux

Nous identifierons avec la gynécologue obstétricienne responsable de l'unité de gynécologie et la cadre administrative de DMU les investissements nécessaires pour :

- L'acquisition de matériel médical adapté
- L'aménagement d'un espace d'accueil et de surveillance
- 1 ETP IDE supplémentaire lors de la montée en charge et du temps médical dédié (prévision lors de la mesure nouvelle)

2- Formation du personnel paramédical de la consultation

Nous organiserons avec la cadre IBODE, la gynécologue et l'équipe douleur, la formation des personnels impliqués dans le projet (IDE et AS de consultation) pour assurer la qualité des soins :

- Formation à la gestuelle opératoire avec les IBODES du Bloc gynécologie sur une journée (possibilité de training à l'étranger financé et proposé par un industriel)
- Formation à la prise en charge de la douleur
- Formation éventuelle à l'hypnose

SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE

Nous réaliserons de manière régulière tout au long de la mise en œuvre avec les membres du COPIL les points suivants :

- Identifier les leviers et les freins au projet.



AP-HP.
Université
Paris-Saclay

Lettre de mission
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des
Organisations Soignantes »
2024-2025



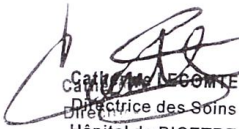
FACULTÉ
DE SANTÉ

ESM

	- Lever les freins identifiés. - Partager avec les différents intervenants l'état d'avancement du projet avec ses leviers et ses freins. - Valoriser les avancées et encourager pour la poursuite du projet. ÉVALUATION ET AMÉLIORATION CONTINUE Indicateurs qualitatifs et quantitatifs ⇒ Définir et suivre des indicateurs clés de performance pour mesurer l'état d'avancement du projet. ⇒ Il faudra prévoir une évaluation de la mesure nouvelle avec les indicateurs suivants : - Le nombre d'interventions, - La durée de chaque intervention associée ainsi que la durée de prise en charge totale pour chaque patiente ainsi que la durée de surveillance post intervention, - Les difficultés rencontrées organisationnelles, médicales, paramédicales, - Répercussion sur le remplissage du bloc opératoire - L'évaluation de la douleur (EVA) à différents moments (avant intervention, pendant intervention, au décours de l'intervention et après quelques minutes de surveillance), - La satisfaction des patientes sur le dispositif mais aussi sur la prise en charge globale (PROM : patient reported outcome measure et PREM : patient reported experience measure) Réunions mensuelles pendant les 3 premiers mois de mise en place puis trimestriels avec les membres du COPIL pour échanger autour de la mesure nouvelle et son évaluation.
Moyens alloués	Je serai le chef de projet et je disposerai d'une 1/2 journée de travail/semaine pour la mise en place de ce projet, son accompagnement et son évaluation. Je serai accompagnée de la gynécologue obstétricienne, responsable de l'unité de gynécologie et du cadre administratif de DMU pour l'évaluation des bénéfices de délocaliser les actes d'une part et du médecin du DIM pour le suivi de l'activité d'autre part.

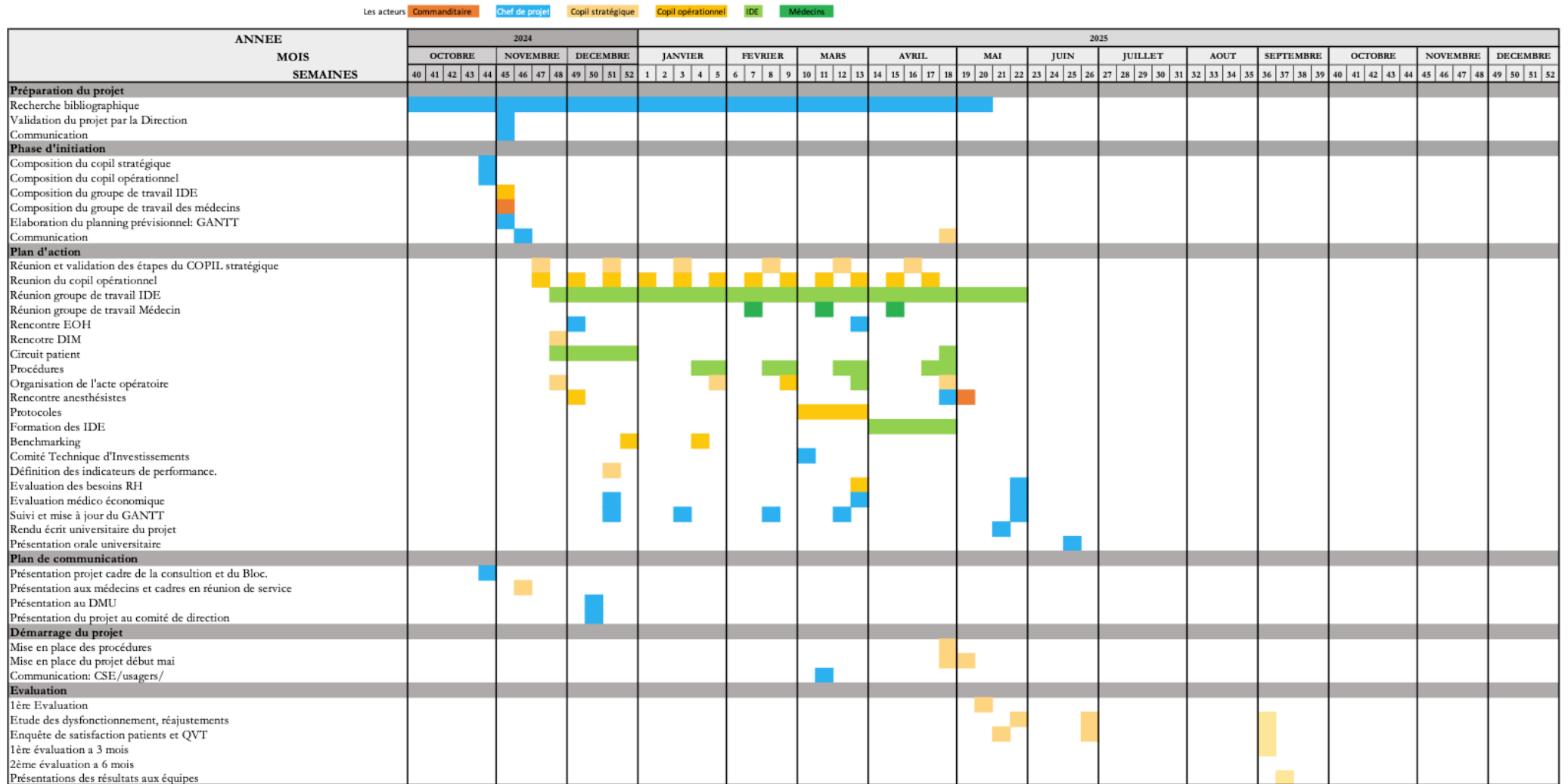
 AP-HP. Université Paris-Saclay	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2024-2025	 UPEC UNIVERSITÉ PARIS EST CREST	 FACULTÉ DE SANTÉ	 ESM ÉCOLE SUPÉRIEURE DE MANAGEMENT
---	--	--	---	---

Modalités de reporting	MODE DE FONCTIONNEMENT DU COPIL Le reporting est essentiel pour assurer le suivi et l'évaluation de l'avancement d'un projet. 1- Fréquence des réunions Nous avons défini un calendrier précis sur la fréquence des réunions de suivi et des points d'étape : • Le COPIL se réunira mensuellement pour des réunions d'une heure environ. • L'encadrement et l'IDE référente tous les 15 jours pour des points courts d'une trentaine de minutes. Ces réunions avec l'équipe projet se feront en présentiel préférentiellement ou distanciel si nécessaire. Il y aura un dossier partagé pour la gestion des documents utilisé par l'équipe projet. Nous documenterons les décisions prises et les actions à mener.
Durée	I. Calendrier de Mise en œuvre ⇒ Utilisation d'un diagramme de Gantt pour la planification prévisionnelle ⇒ Court terme : ⇒ Élaboration du projet, information des différentes personnes impliquées et rencontre avec les personnes support ⇒ Expérimentation à petite échelle dans les 6-9 mois ⇒ Moyen terme : Mise en place du projet définitif avec une activité à taux plein dans un délai de 12 mois à 18 mois ⇒ Long terme : Suivi, évaluation et amélioration du dispositif
Documents de référence	Projet médical Projet de soins

Date : 15/11/2024	
Signature des commanditaires	Signature du responsable de projet
 Pr Perrine GOUSSAULT-CAPMAS Service Gynécologie Obstétrique CHU BICETRE 78 rue du Général Leclerc 94275 LE KREMLIN BICETRE Cédex RPPS 10100151858	 Catherine NECOMTE Directrice des Soins Hôpital de BICETRE AP-HP Université Paris-Saclay

Valérie BONFIGLIOLI
Coordonnatrice gynécologique
Service de Gynécologie Obstétrique
CHU BICETRE
78 rue du Général Leclerc
945275 LE KREMLIN-BICETRE

Annexe 2: Le diagramme de Gantt



Annexe 3: Exemple d'un protocole de la chirurgie « Hors Bloc » en consultation gynécologique-obstétricale

	CHU BICETRE- BLOC GYNCO/OBSTETRICAL	Fiche Technique Réf : Erreur ! Nom de propriété de document inconnu.
	EXERESE DE POLYPE, FIBROME , RETENTION DE TROPHOBLASTE Myosure standard/manuel	Date d'application : 2025 Date de fin de validité : Page 1 sur 1

	NOM, FONCTION	DATE
RÉDACTION	Cécile LEONEL, Sylvie ZANON CIBODE	Mars 2025
VALIDATION	Perrine GOUSSAULT-CAPMAS, PUPH service de Gynécologie	Mars 2025
APPROBATION	Perrine GOUSSAULT CAPMAS	02/05/25

DEFINITION

Technique opératoire permettant l'exérèse de polype, fibrome et rétention trophoblastique par morcellation intra-utérine sans électricité

Myosure manual pour pathologie de plus petite taille mais ne nécessite pas de générateur

Myosure standard pour pathologie plus importante mais générateur++

Bloc paracervical ++

INSTALLATION

- Position gynécologique

APPAREILLAGE

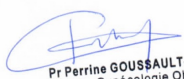
- Générateur Myosure
 - Hysteroscope Myosure + joint d'étanchéité
- Pas si myosure manual**
- Boîte de voie basse (dilatation bougies jusqu'à 6)
 - Colonne Vidéo face aux chirurgiens à la tête de la patiente
 - Système de bouches d'aspiration + « chaussette blanche » pour récupérer les copeaux
- Pas si myosure manual**

CONSOMMABLES

- ♦ **Non tissé**
 - Champ de table
 - Gants stériles
- ♦ **Petit matériel**
 - Compresse
 - Housse caméra
 - Tubulure en Y double courant

Consommable Myosure ou Myosure manuel

- ♦ **Pharmacie**
 - Antiseptique
 - Poche de serum de 3l


 Pr Perrine GOUSSAULT-CAPMAS
 Service Gynécologie Obstétrique
 CHU BICETRE
 78 rue du Général Leclerc
 94275 LE KREMLIN BICETRE Cédex
 RPPS 10100151888

Codage acte : JKFE001 si polype / JKFE002 si myome / pas de code spécifique pour rétention

Codage diag : N841 si polype / D250 si myome / O731 si rétention.



Consultations de gynécologie

Procédures d'urgence en salle de « Petite chirurgie »



PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR INTENSE EVA>7 après le geste

Le chirurgien:

- Eliminer une complication chirurgicale: hémorragie, perforation,
- Prescriptions antalgiques IV sur Orbis
- Appel interne d'hospitalisation gynéco **17469** pour hospitalisation.

L'infirmière de consultation:

- Prise de constantes: TA, Pouls, EVA avec feuille traçabilité.
- appel IDE d'hospitalisation **17573**
- Appel brancardier du bloc opératoire au **25528** ou **25529** pour réaliser le transfert.
- Prépare le dossier pour l'hospitalisation et joindre les constantes.

MALAISE AVEC OU SANS PERTE DE CONNAISSANCE

Le chirurgien :

- Elimine une complication chirurgicale: hémorragie, perforation, intoxic aux AL (vérifie l'absence de signes neuro), douleur thoracique.

- Appel anesthésiste **17510** si signes de gravité: TA < 80/50, bradycardie < 50 bpm, convulsions, perte de connaissance prolongée (> 1 min)

-La patiente récupère un état de conscience:

-Décision: retour à domicile ou hospitalisation
-Si hospitalisation, le chirurgien appelle le chef de BIP au **17733** et finalise son CR.

-La patiente reste inconsciente: l'anesthésiste se déplace pour +/- transfert en SSPI.

-Appel SSPI mater **17671** pour avertir du transfert et renfort si besoin.

L'infirmière de consultation :

- Allonge la patiente, lève les jambes ou mise en PLS.
- Prise de constantes: TA, Pouls, dextro (resucrer si nécessaire)+ feuille de traçabilité.
- O₂ 6l/min par masque facial sur avis.
- Si amélioration : Surveillance de 30 mn en présence du chirurgien avec prises des constantes.
- Si décision d'hospitalisation : appel IDE d'hospitalisation **17573** pour transmissions
- **La patiente reste inconsciente:**
 - Rentre le chariot d'urgence dans la salle
 - Pose VVP + bilan sanguin (préopératoire + ionogramme)
 - Pose de RL 500 ml en débit libre
 - Appel au brancardier du bloc **25528 ou 25529** pour transfert SSPI qui doit se déplacer avec le brancard et une bouteille O₂



METRRORRAGIES*

**Saignements actifs qui ne s'arrêtent pas*

Le chirurgien:

- Examen clinique.
- Pose de mèche hémostatique ou sonde de Folley
- Appel anesthésiste **17510** pour avis +/- passage au bloc
- Finalise son CR

L'anesthésiste:

Appelle en SSPI mater au **17671** si transfert de la patiente en SSPI sinon hospitalisation gynécologie.

L'infirmière de consultation:

- Allonge la patiente sur le côté
- Prise de constantes: TA, Pouls,
- O₂ 6l/min par masque facial sur avis
- Rentre le chariot d'urgence dans la salle où se trouve la patiente
- Pose de VVP avec RL 500 ml en débit libre à la demande du chirurgien, prélever 1+2ème déter + RAI si pas de carte de groupe dans Orbis
- Appelle le brancardier de la mater **25528** ou **25529** pour le transfert et précise qu'il doit se déplacer avec le brancard et une bouteille O₂
- Si décision d'hospitalisation en gynécologie pour surveillance: L'IDE appelle les IDE d'hospitalisation **17573.**

02/05/25

Pr Perrine GOUSSAULT-CAPMAS
Service Gynécologie Obstétrique
CHU BICETRE
78 rue du Général Leclerc
94275 LE KREMLIN BICETRE Cédex
RPPS 10100151868

Master Management des Organisations Soignantes M2 - MOS@24 -25

TITRE DU DOCUMENT Le développement de la chirurgie « Hors Bloc » en consultation gynécologique The development of office-based surgery in gynecological consultations
--

AUTEUR Valérie Bonfiglioli

MOTS CLÉS Chirurgie Hors Bloc, consultation gynécologique, management participatif, innovation organisationnelle, parcours de soins.	KEY WORDS Out-of-OR surgery, gynecological consultation, participatory management, organizational Innovation, care pathway.
--	---

RÉSUMÉ
Face à la saturation croissante des blocs opératoires et à l'évolution des attentes des patientes, la maternité de l'hôpital Bicêtre (AP-HP) s'engage dans une transformation ambitieuse : développer la chirurgie « Hors Bloc » en consultation gynécologique. Porté par une coordonnatrice en maïeutique, Ce projet managérial s'attache à repenser l'organisation, optimiser les ressources hospitalières et fluidifier les parcours de soins, tout en garantissant une qualité et une sécurité optimales. La chirurgie « Hors Bloc » consiste à réaliser, dans un environnement dédié hors du bloc opératoire gynécologique-obstétrical, des actes chirurgicaux simples (exérèse de polype, conisation, section de synéchies...) sous anesthésie locale, en s'appuyant sur des techniques modernes (MEOPA, hypnose, matériel spécifique). Cette approche permet de réduire les délais d'accès aux soins, d'améliorer le confort des patientes, de valoriser les compétences des équipes et de réserver le bloc opératoire aux interventions les plus complexes. S'appuyant sur un cadre réglementaire rigoureux et les orientations nationales (plan Ma Santé 2022, recommandations HAS, stratégie AP-HP), le projet se construit de façon participative : diagnostic de terrain, concertation avec les parties prenantes, aménagement d'une salle dédiée appelée « salle blanche », protocoles et procédures sécurisés, formation des équipes et accompagnement du changement. Avec une montée en charge progressive jusqu'à 36 patientes par mois, ce projet permettra de libérer un tiers du temps opératoire. À mesure que le projet évoluera et que les équipes monteront en compétence, des interventions gynécologiques plus complexes seront progressivement intégrées en consultation. Ce projet incarne une dynamique de transformation ancrée dans la réalité hospitalière, au croisement du management participatif, de l'innovation organisationnelle et de l'engagement au service de l'intérêt général. Après le développement de l'activité en gynécologie, la chirurgie « Hors Bloc » pourrait également être déclinée dans d'autres spécialités à l'hôpital Bicêtre, telles que la dermatologie, l'ORL ou l'ophtalmologie.

ABSTRACT
Faced with increasing saturation of operating theatres and changing patient expectations, the maternity unit at Hôpital Bicêtre (AP-HP) is embarking on an ambitious transformation: developing « out-of-the-box » surgery for gynecological consultations. Spearheaded by a midwifery coordinator, this managerial project aims to rethink organization, optimize hospital resources and streamline care paths, while guaranteeing optimum quality and safety. Out-of-Office" surgery involves performing simple surgical procedures (polyp removal, conization, synechia section, etc.) under local anaesthetic in a dedicated environment outside the gynecological-obstetrical operating room, using modern techniques (MEOPA, hypnosis, specific equipment). This approach reduces delays in access to care, improves patient comfort, enhances the skills of our teams and allows us to reserve the operating room for the most complex procedures. Based on a rigorous regulatory framework and national guidelines (Ma Santé 2022 plan, HAS recommendations, AP-HP strategy), the project is being built in a participative manner: field diagnosis, consultation with stakeholders, installation of a dedicated « clean room », secure protocols and procedures, team training and change management support. With a gradual ramp-up to 36 patients per month, this project will free up a third of operating time. As the project evolves and teams become more skilled, more complex gynecological procedures will gradually be integrated into the consultation process. This project embodies a transformation dynamic rooted in hospital reality, at the crossroads of participative management, organizational innovation and commitment to serving the public interest. Following the development of the gynecology activity, "Hors Bloc" surgery could also be extended to other specialties at Hôpital Bicêtre, such as dermatology, ENT and ophthalmology.