



RAPPORT FINAL

Le bloc chirurgical : Diversité des pratiques et des articulations avec les autres services



Régine BERCOT, Professeur de sociologie à l'Université de Paris 8,
Laboratoire Genre, Travail et Mobilité (UMR CNRS).

Septembre 2007

DREES MA 05 000 200, Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports.

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont organisé mes visites sur les sites, toutes celles qui m'ont accordé de leur temps et se sont rendus disponibles malgré des charges de travail importantes. Qu'elles trouvent ici l'expression de ma reconnaissance.

Mes remerciements plus particulièrement à Emmanuel Grégoire du cabinet IRIS qui m'a facilité les contacts avec le terrain et a effectué une relecture attentive du rapport ainsi que sa mise en forme.

REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION.....	5
1. BUTS DE LA RECHERCHE.....	6
2. MÉTHODOLOGIE.....	8
2.1. <i>Les terrains d'enquête</i>	9
2.2. <i>Acteurs concernés par l'étude</i>	11
2.3. <i>Items du guide d'entretien</i>	15
3. PLAN DU RAPPORT.....	18
CHAPITRE 1 : LE SERVICE AU PATIENT ET LES FONCTIONS PROCHES DU BLOC	20
1. LES PREMIERS MOMENTS DE LA TRAJECTOIRE DU PATIENT.....	22
2. LE SERVICE AU PATIENT	23
3. QU'EST CE QU'UN BLOC OPÉRATOIRE ?	25
4. DES FONCTIONS ESSENTIELLES INTERNES ET EXTERNES AU BLOC	35
5. LES SERVICES CHARGÉS DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES	38
6. LES LABORATOIRES D'ANALYSES MÉDICALES	41
CHAPITRE 2 : LES RELATIONS ENTRE L'ÉQUIPE DU BLOC ET LES INTERVENANTS UTILISATEURS : SERVICES DE CHIRURGIE ET ANESTHÉSISTES	48
1. LES LOGIQUES D'ACTEURS ET LES TENSIONS	49
1.1. <i>Les tensions dans le fonctionnement des blocs</i>	49
1.1.1. Des tensions liées à la nature de l'activité	49
1.1.2. Des tensions liées aux retards des personnels	51
1.1.3. Des tensions liées à des statuts différents	52
1.1.4. Des tensions liées à des mauvaises prévisions de délais et d'ordonnancement.....	53
1.2. <i>La charte de bloc comme référence de régulation</i>	54
1.2.1. Le conseil de Bloc opératoire	55
1.2.2. Assemblée générale	57
2. LES ENJEUX D'UNE PROGRAMMATION FIABLE :	58
2.1. <i>Eviter les attentes des patients</i>	58
2.2. <i>Le temps d'occupation et la productivité des installations</i>	59
2.3. <i>La bonne gestion de la préparation des outils</i>	59
3. LA CONSTRUCTION CONCRÈTE DU PROGRAMME OPÉRATOIRE	60
3.1. <i>Un programme construit sur un support cahier : Paris</i>	64
3.1.1. Le circuit général de la prise de rendez-vous pour l'opération	64
3.1.2. Les difficultés du bloc à Paris.....	65
3.1.3. Le circuit : urgences → service chirurgical → intervention :	68
3.2. <i>Un circuit avec informatique à Lame</i>	69
3.2.1. Le processus de construction du programme au bloc	69
3.2.2. La création d'une nouvelle position de régulateur	70

3.2.3.	La pré admission.....	71
3.3.	<i>Un circuit avec informatique et un régulateur extérieur Noil.....</i>	71
3.3.1.	La programmation et les modalités d'intégration de l'urgence.....	74
3.3.2.	La mise en place du système : par un changement d'organisation et une informatisation.....	78
3.3.3.	La mise en place du changement : convaincre et négocier.....	79
3.4.	<i>Les modalités générales de la communication.....</i>	80
3.5.	<i>En conclusion.....</i>	82
CHAPITRE 3 : LES FONCTIONS DE GESTION : FACTURATION, GESTION DES APPROVISIONNEMENTS, PHARMACIE ET LINGE.....		84
1.	LA FACTURATION DES ACTES.....	86
2.	LA GESTION DE LA COMMANDE DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES.....	92
2.1.	<i>Les différentes activités de la pharmacie.....</i>	92
2.2.	<i>La sécurité du patient et la traçabilité.....</i>	93
2.3.	<i>La commande et l'adaptation des procédures.....</i>	95
2.4.	<i>La stérilisation.....</i>	101
3.	LA GESTION DU LINGE ET DES PETITS APPROVISIONNEMENTS.....	109
CONCLUSION.....		113
1.	LES ENSEIGNEMENTS DE CE PREMIER TRAVAIL D'INVESTIGATION.....	114
1.1.	<i>Le premier enseignement que nous en tirons concerne la méthode.....</i>	114
1.2.	<i>Le contenu des prestations offertes par les services extérieurs au bloc.....</i>	115
2.	LES PROLONGEMENTS DE CE TRAVAIL D'INVESTIGATION.....	117
BIBLIOGRAPHIE.....		118
SIGNIFICATION DES SIGLES.....		119
ANNEXES.....		120

Introduction

1. Buts de la recherche

Le but de ce travail de recherche est de rendre compte de l'organisation du travail qui se construit autour du bloc, des modalités de coopération entre le bloc et les différents services dont l'activité sert le bloc. Il était attendu des résultats de cet état des lieux une identification des services mobilisés pour assurer le fonctionnement du bloc opératoire et une mise à plat des différentes modalités selon lesquelles elles peuvent être agencées localement.

Notre analyse porte sur ici sur le back office, sur la manière dont ce back office interfère sur la construction du service. On distingue en effet couramment en organisation deux modalités de construction du service, celle du front office et celle du back office¹. Le front office comprend toutes les activités d'accueil et de relation directe au client, que cet accueil se fasse in situ ou à distance via le téléphone. Le back office rassemble le travail effectué pour le client (ou l'utilisateur) mais en dehors de toute relation directe ; les activités de back office peuvent être autonomisées et concerner un personnel dédié qui n'est jamais en contact avec le client. Il en est ainsi de la plupart des services fonctionnels de l'hôpital ou de la clinique. Ils s'inscrivent dans la division du travail, interviennent dans la construction du service, mais se situant à distance du client, dans l'épaisseur de l'organisation, leur intervention sur le service est indirecte. On peut noter que cette séparation (analytique, construite par l'observateur) entre front et back office ne recouvre pas systématiquement les activités. Ainsi certains emplois, certains postes de travail comportent les deux dimensions : ces activités se situent à la fois dans le front office et dans le back office. Il en est ainsi le plus souvent par exemple des fonctions d'accueil, de secrétariat médical, mais aussi des activités de chirurgien, du personnel soignant. Même si pour certaines fonctions le front office, la relation au client est principal, il ne faut pas négliger la dimension plus cachée (par exemple pour l'accueil, celle de la préparation ou de la finalisation). Ce sont en effet ces dimensions de l'activité qui permettent d'articuler au sein de l'organisation les différents segments professionnels².

Notre analyse portera donc sur la manière dont se structure le back office ; nous ferons des comparaisons en mettant en évidence les différences d'organisation existantes sur nos trois terrains. Les différentes modalités d'organisation seront restituées avec une analyse concernant les avantages et inconvénients des différentes organisations. Le point de vue ici privilégiera un regard critique en mettant au centre les problèmes de coordination, de gain de temps, d'efficacité. A partir des problèmes que les agents ont à résoudre, nous tenterons de poser un certain nombre de remarques sur la nature des difficultés rencontrées.

¹ De Bandt, J. et Gadrey J., (Sous la direction de), (1994), *Relations de service, marchés de services*, CNRS éditions, collection recherche et entreprise.

² Concept défini par Becker, Howard Saul, *les mondes de l'art*, présentation de Pierre-Michel Menger ; trad. de l'anglais par Jeanne Bouniort, Flammarion, 1988.

Nous avons privilégié quatre critères principaux, quatre variables qui interfèrent sur les modalités d'organisation. 1) La qualité du service dépend de la capacité des différents services à construire un accord concernant les objectifs communs prioritaires. Dans quelle mesure les objectifs de chaque service sont-ils congruents ? Dans quelle mesure les postures de front office ou de back office génèrent-elles des contraintes spécifiques qui rejaillissent de manière positive ou négative sur l'organisation ? Ces deux postures entrent-elles en tension ou sont-elles complémentaires et dans quel type de contexte organisationnel ? Ceci sera particulièrement visible lorsque nous évoquerons les problèmes de coordination entre différents services ou l'adaptation des règles effectuées en fonction des circonstances. 2) La qualité du service est liée également à la manière dont les points de vue parfois divergents des professionnels parvient à s'articuler. Les points de vue professionnels divergent pour différentes raisons. Au-delà des objectifs qui peuvent être diversifiés, on peut repérer des habitudes liées à la division du travail, la répartition des rôles, habitudes qui sont en partie remises en cause dans le contexte actuel. Les remises en cause que nous avons observées sont multiples. Elles concernent des dimensions disparates au sein des collectifs de travail ou plus globalement au sein des établissements. Les normes de paiement des actes, les modifications des normes de rationalité infléchissent les répartitions du travail entre services ainsi que la répartition des rôles au sein des équipes. Les changements introduits au sein même des activités de travail dans le bloc (activité du chirurgien, des soignants, des secrétaires....) proviennent de bouleversements périphériques, étrangers à l'acte lui-même (par exemple les modalités de financement des actes). Ils proviennent également de volontés de rationalisation du fonctionnement du bloc et touchent là à des aspects beaucoup plus proches de l'activité comme les outils utilisés, les espaces dédiés... Il s'agira de rendre compte de ces différentes inflexions, des leviers sur lesquels les organisations s'appuient. 3) L'existence de multiples normes interfèrent sur les pratiques 4) enfin les systèmes d'information sont au centre de la coopération et de l'efficacité. Comment fonctionnent-ils ? Quelles faiblesses ou forces représentent-ils pour les acteurs ?

En étant circonscrite à un état des lieux concernant l'extérieur des fonctions au bloc, nous appréhenderons les relations des personnels avec l'intérieur du bloc à partir de l'activité de ces services extérieurs.

Les investigations parmi les personnels du bloc ont pour objectif d'appréhender quelles sont les fonctions administratives et logistiques assurées par ce personnel, comment elles sont mises en œuvre, à partir de quelle division du travail. Ainsi la dimension du soin n'est pas abordée en tant que telle, mais les investigations concernant l'organisation visent à mieux appréhender les modalités par lesquels les chirurgiens et les personnels de soins sont servis par l'organisation : organisation interne et externe au bloc. Nous mettrons la focale sur les activités d'interface, les pratiques de communication.

2. Méthodologie

Dans une première étape nous avons recensé les services susceptibles d'intervenir ainsi que les formes d'organisation possible. Cette recension se faisait sur la base de la connaissance accumulée par l'équipe IRIS qui intervient depuis plusieurs années dans le conseil aux blocs opératoires. Nous avons distingué deux types d'acteurs selon qu'ils sont vraiment extérieurs au bloc ou selon qu'ils sont périphériques mais utilisateurs du bloc. Ainsi on peut distinguer les unités extérieures et les personnes qui concourent au fonctionnement du bloc opératoire, c'est-à-dire celles qui concourent à assurer la disponibilité, la conformité et la sécurité de ce lieu de travail (notamment lingerie, nettoyage, achat et maintenance des équipements, préparation, coordination de ces interventions). Les intervenants qui utilisent le bloc opératoire, c'est-à-dire ceux qui interviennent dans l'activité opératoire proprement dite (de la fixation de la date de l'opération au compte-rendu opératoire).

Quelle est la place des chirurgiens par rapport au bloc opératoire ?

Nous avons au départ une représentation fautive de la place du chirurgien. Nous avons en effet pris conscience du paradoxe suivant. Le chirurgien n'appartient pas au bloc, il n'en fait pas partie (contrairement à la représentation que nous avons au démarrage de l'enquête). En effet, s'il est un des acteurs principaux et essentiels de l'activité du bloc, il est néanmoins un utilisateur extérieur. Ceci pour plusieurs raisons : son service de rattachement est le service où sera le plus souvent hospitalisé le malade, il s'agit d'un service de spécialité chirurgicale. En outre, lorsqu'il intervient au bloc, on lui attribue une salle mais cette salle est non pas celle d'un chirurgien, ni celle d'une spécialité de chirurgie ; les chirurgiens ne possèdent pas les salles d'intervention car elles ont vocation à être mutualisées. Il est important de spécifier ce point dès l'introduction car la représentation que nous avons au début de l'enquête est une représentation partagée par les chirurgiens que nous avons pu rencontrer dans d'autres contextes. Nous verrons que cela a très importantes en termes de relation entre les différents types de personnels.

La question de l'appartenance de l'espace bloc se pose à un autre niveau : qui en a la charge, la responsabilité ? Qui l'organise et oriente sa politique ? Qui anime sa gestion ? Autrement dit : s'agit-il du territoire des chirurgiens et des anesthésistes ? Nous verrons que la réponse à cette question n'est pas simple. Les chirurgiens comme les autres catégories ont à la fois des droits et des devoirs en terme de gestion et de politique. Mais les équilibres varient selon les lieux. L'équilibre entre les différents professionnels est parfois régulé au niveau de la direction de l'établissement, parfois régulé au niveau de la direction du bloc. Ces règles sont négociées non seulement dans leur élaboration mais surtout dans leur application. En effet, si l'on s'en tient aux textes écrits, les deux hôpitaux que nous avons enquêté paraissent avoir le même type d'accords et de régulation. Dans les faits cependant, nous verrons que ces textes sont trompeurs et que le programme d'intervention est mieux maîtrisé et structuré dans l'un des deux. Plus globalement, l'hôpital étant une bureaucratie

professionnelle au sens de Mintzberg, il apparaît clairement que les relations entre le bloc considéré comme un service et les autres services sont l'objet de négociations quotidiennes, reposant sur des inter connaissances. Ces relations permettent comme nous le verrons d'aménager les règles.

Nous rendrons compte des problèmes de relation ou de communication qui peuvent être mis à jour. L'objectif de l'étude est en effet de mettre en évidence en quoi le mode organisationnel des acteurs extérieurs conditionne le mode fonctionnement du bloc opératoire. Cela permet de repérer d'éventuelles sources de dysfonctionnement, doublons, glissement de tâches et de fonction mais également d'identifier de nouveaux modèles organisationnels centrés sur les trajectoires de soins plus que sur l'acte lui-même. Autrement dit, d'aborder la question du management de bloc opératoire dans toutes ses dimensions. On peut en effet repérer plusieurs manières de concevoir le management de l'acte médical. Il peut être centré sur l'acte lui-même ou être rapporté à un processus élargi à l'amont et à l'aval de l'acte ; l'amont et l'aval peuvent être considérés d'une part en termes d'approvisionnements et actes logistiques divers, d'autre part en termes d'accompagnement du malade.

2.1. Les terrains d'enquête

Un des hôpitaux est situé dans la région Nord (nous le nommerons Lames), l'autre en région parisienne (nous le nommerons Paris). La clinique se situe dans l'Ouest de la France (son pseudonyme est Noil). Chaque structure a donc un statut différent et de ce fait les conditions d'activité y sont quelque peu différentes.

Les différences concernent la vocation des structures. Ainsi l'hôpital de région Nord n'assure qu'une partie des urgences car il est relayé par le CHU de Lille. Il a donc une activité le plus souvent programmée. La clinique de Lames n'accueille pas toutes les urgences, elle se spécialise sur certains domaines. L'hôpital Paris est un établissement hospitalo-universitaire. A ce titre il reçoit des urgences notamment liées à son partenariat avec le SMUR.

Les chirurgiens du CHU mais aussi les infirmières notamment en salle de réveil assurent la formation et doivent s'occuper des stagiaires, des internes, ce qui modifie et alourdit l'activité.

Autre point de comparaison, le volume et la diversité des activités : les deux hôpitaux sont de taille importante. La chirurgie n'est qu'une activité parmi d'autres et les patients sont hospitalisés pour des raisons multiples. La chirurgie n'est qu'une de ces raisons. Ce n'est pas le cas de la clinique qui lors de sa conception a mis au cœur de son projet l'activité chirurgicale (même si il y a également dans l'établissement une importante activité de médecine pure). Cet établissement est né en 2003 du regroupement de plusieurs cliniques. La capacité d'accueil y est de 309 lits.

Dans les trois structures, on constate un développement de l'ambulatoire qui va donner lieu dans les deux hôpitaux à la mise en place, très prochainement d'un service d'accueil spécifique pour la chirurgie ambulatoire. Un service autonome existe déjà dans la clinique. Le tableau suivant résume ces différents points :

	Nature de l'activité	Activité de formation
Paris	Hospitalisation autre que chirurgie - Des urgences notamment greffes (mais relativement peu par rapport aux autres établissements AP- HP)	Activité de formation au bloc et en salle de réveil par les infirmières et chirurgiens
Lame	Hospitalisation autre que chirurgie - Peu d'urgence Horaires ouverture : activité opératoire programmée de 8h à 16h lundi au vendredi Urgence 7j/7, 24h/24	
Noil	Part très importante de la chirurgie Hospitalisation de médecine	

Il existe quelques ressemblances entre la clinique et les hôpitaux étudiés au niveau de la gestion de l'espace (la conception de la clinique se rapproche pour une part de celle de l'hôpital) mais aussi de fortes divergences en termes d'organisation de l'ensemble (sur ce point la clinique fait œuvre d'originalité).

La clinique privée que nous avons choisie est relativement récente (en fait il s'agit d'un regroupement de différentes cliniques préexistantes) ; on peut néanmoins parler de nouvelle clinique dans la mesure où le site est nouveau, l'implantation des bâtiments et leur architecture ont été conçues pour ce regroupement. Le montage juridique, l'organisation des différents services et leur articulation à des structures privées ont été redéfinies.

L'espace de la clinique, l'architecture des bâtiments ont été pensés dans une perspective de gain de temps pour les chirurgiens et d'intégration des différentes phases de leur activité : consultation, visites aux malades hospitalisés, temps opératoire. Il s'agissait de concevoir un espace qui s'organise autour du bloc. Les services consultation, les services d'hôtellerie sont regroupés autour du bloc. Ceci constitue une originalité pour une organisation privée dans la mesure où la plus grande partie des médecins ont accepté d'abandonner leur cabinet en ville, parfois avec réticence, surtout au début. Il peut en effet apparaître plus prestigieux de s'installer en ville et un déménagement pour un cabinet comporte toujours une part de risque. C'est pourtant le pari qui a été tenu et le plus grand nombre a accepté cette nouvelle localisation. Le rassemblement des activités sur un même site représente incontestablement une rationalisation dans la mesure où il permet un gain de temps pour les chirurgiens, permet un regroupement spatial des personnels qui ont à travailler ensemble. Le site un peu décentré³ par rapport au cœur de ville et est composé de plusieurs bâtiments : un bâtiment dédié

³ Mais bien desservi par le tram et les bus, il dispose d'un vaste parking

aux consultations et aux services de la direction, un bâtiment pour les blocs et urgences ; le site héberge également un laboratoire d'analyse biologique et un service d'imagerie (en coupe et conventionnel) qui n'appartiennent pas à la clinique.

2.2. Acteurs concernés par l'étude

Le périmètre d'entretiens

- Pour cerner les articulations entre le bloc et l'extérieur, notamment en ce qui concerne la programmation, il était utile de rencontrer des infirmières et un nombre plus important de cadres de bloc. Cela nous a permis de mieux aborder les changements organisationnels récents (par exemple l'introduction de l'informatique).
- Nous avons également rencontré des infirmiers cadres anesthésistes car leurs connaissances et leur place sont différents de celle des infirmiers.
- Nous avons étendu nos investigations et rencontré des cadres infirmiers responsables au sein de services chirurgie ou de service d'urgences. L'activité de ces services vis à vis du patient se situe en amont et en aval du bloc opératoire. De ce fait, il était nécessaire d'avoir leur point de vue pour mieux saisir la chaîne d'intervention.
- Nous avons également adapté le périmètre des entretiens en fonction de la réalité locale ; nous avons ainsi effectué des entretiens supplémentaires avec : le responsable informatique, deux entretiens avec la responsable ordonnancement à la clinique de Noil.
- Enfin nous avons rencontré les directrices de soins des établissements. Cela nous a permis d'avoir une vision plus globale des projets d'établissement.

Nous avons rencontré soixante personnes dans deux hôpitaux et une clinique privée (cf. le tableau suivant). La plupart des entretiens ont une durée en moyenne d'une heure. Les cadres supérieurs ont été rencontrés plusieurs fois sur des thèmes différents (en fonction de leur disponibilité).

- Le nombre d'entretiens a été plus élevé à Lame. Etant notre premier terrain, il nous a servi en quelque sorte de pré enquête ce qui nous a permis de mieux cibler les personnes à rencontrer dans les autres établissements. Une deuxième raison -moins maîtrisée celle-là- explique le nombre d'entretiens plus nombreux à Lame. L'accueil y a été particulièrement remarquable et personne ne nous a fait faux bond. La responsable du bloc avait organisé l'ensemble de nos rendez-vous dans son service mais aussi en dehors de son service. Ce qui nous a permis une utilisation maximum du temps de présence. Les entretiens passionnants ont duré près d'une heure trente dans la majorité des cas.
- Dans la clinique privée la configuration a rendu l'accès à certains personnels impossible. Ainsi nous n'avons pu rencontrer le responsable du laboratoire d'analyse qui est une entité autonome indépendante de la clinique. Nous n'avons pu avoir d'entretien avec les secrétaires

médicales qui font l'accueil. Nous souhaitons aborder avec elles la mise en place de l'informatique. Nous avons pu cependant combler ce manque car il nous a été possible d'avoir un entretien avec le responsable informatique.

- Enfin nos investigations sur Paris se sont avérées plus difficiles. Personne n'ayant accepté d'organiser nos rendez-vous (ainsi que ce fut le cas dans les deux autres établissements), nous devions aller à la pêche aux rendez-vous. Cela s'est avéré coûteux en temps et nos essais n'ont pas toujours été couronnés de succès. Néanmoins nous pensons avoir eu accès à l'essentiel des informations.

Les investigations ont eu lieu durant l'année 2006 :

- Lame 10- 11 avril 2006 et 15-16 juin 06;
- Noil 20 et 21 avril et 11-12 mai 2006
- Paris Juin 2006

Tableau des personnes enquêtées

	Lame	Paris	Noil
Bloc opératoire	Un cadre supérieur infirmier	Un cadre supérieur infirmier	Cadre supérieur infirmier
Bloc opératoire	1 secrétaire	Coordination	Secrétaire bloc
Bloc opératoire	cadre infirmier spécialité	Cadre infirmier spécialité Relation au service pharmacie	Cadre infirmier, responsable de plateau technique
Bloc opératoire	IDE faisant fonction de Cadre de Santé, Bloc Opératoire (fonction cadre régulateur)		Cadre de santé orientatrice
Bloc opératoire	Cadre de Santé, Bloc Opératoire (DMI)		
Bloc opératoire	AS fonction brancardier	Un brancardier	Le responsable du service et un brancardier
	AS fonction agent de régulation		
Bloc opératoire	IBODE (infirmières de bloc opératoires)		IBODE
Bloc opératoire	Cadre de Santé, Bloc Opératoire (fonction cadre IADE)		
Bloc opératoire	Cadre infirmier coordonnateur		
Logistique	responsable de la maintenance des locaux et installations	Cadre logistique	
DIM	responsable du DIM (Département d'information médicale)		Responsable DIM

Pharmacie	Dr Pharmacien Chef de service	Cadre pharmacie	
Stérilisation Centrale	Dr Pharmacien responsable de la stérilisation.	Cadre stérilisation	Responsable pharmacie et stérilisation
	Cadre Supérieur de Santé, responsable de la Stérilisation et de la Pharmacie		Cadre de stérilisation
Laboratoire	-chef de service du laboratoire.	Laboratoire micro biologie - Responsable du service bactériologie cadre parasito-bactériologie - bactériologie (médecin)	
	-Cadre de Santé	- virologue	
	-Responsable Stocks et hygiène, -Gestion des déchets	Une responsable, deux techniciens	
Urgences	Cadre de Santé,		
Service hospitalisation	Cadre de Santé, secteur chirurgie	cadre infirmier secteur chirurgie	
		cadre infirmier secteur chirurgie	
Service consultation	Cadre de Santé faisant fonction		Responsable de l'hospitalisation
Service hygiène	Médecin Hygiéniste		
radiologie	Cadre de Santé Radiologie		
	Aide-soignante		Aide soignante (ASH)
			Aide soignante qualifiée (ASQ)

Direction	Directeur des Soins	Directeur des Soins	Responsable de l'hospitalisation et de l'ordonnancement général.
			Directeur de l'établissement
anesthésie	IADE	Cadre infirmier anesthésiste	Cadre infirmier anesthésiste
Informatique			Responsable du service

2.3. Items du guide d'entretien

On trouvera ci-dessous le canevas du guide d'entretien. Chaque entretien cependant s'est déroulé de manière semi-directive. Cela signifie que nous avons cherché à favoriser l'expression de nos interlocuteurs. Ainsi, le plus généralement nous démarrions l'entretien sur l'activité (par exemple au bloc) par une simple phrase du type « pouvez-vous me décrire votre travail ». Les acteurs évoquent volontiers leur activité. En maniant l'entretien de manière compréhensive⁴, on peut percevoir la logique des personnes, les manières dont ils conduisent leurs activités, les choix qu'ils font, les raisonnements qui président à ces choix. Cela permet de repérer ce qu'ils considèrent comme étant le plus essentiel, ce qui leur pose problème, la manière dont ils s'y prennent pour résoudre les difficultés...

La principale difficulté concernant les entretiens a concerné les services périphériques. Ces services sont nombreux et chaque service est un monde en soi ; les objectifs, les réglementations, l'étude de leur organisation, chaque point pris séparément pourrait justifier une recherche à part entière. C'est dire qu'avec un ou deux entretiens par fonction nous ne pouvions qu'effleurer les questions. Nous nous sommes donc appliqués à dialoguer avec les responsables dans deux directions : 1) Appréhender de manière synthétique les objectifs et le fonctionnement de leur unité ; 2) Rendre compte au travers d'exemples des modalités de relations qui s'instauraient dans la période actuelle avec le bloc. Nous avons du « découper » une partie de la réalité afin de rendre compte des articulations.

⁴ KAUFMANN Jean-Claude, 1996, L'entretien compréhensif, Nathan, collection 123

A. Guide d'entretien général sur les services

Le bloc :

Présentation et charge de travail.

Quels types d'intervention du bloc,

Les différentes fonctions au sein du bloc, manière dont elles sont prises en charge

Les différents services qui interviennent de manière périphérique au bloc :

- Objectifs principaux et secondaires.
- Moment d'intervention dans la chaîne
- Moyens dont ils disposent ; existence de sous- traitances ?
- Le système d'informations : production et réception d'informations.

B. Guide d'entretien concernant une activité (secrétaire, cadre de bloc)

1. Activité de travail, vos objectifs (ou objectifs du service pour les responsables des services fonctionnels) ?
2. Comment s'intègre votre objectif à l'objectif de travail de l'équipe :
 - De qui recevez vous les consignes ?
 - A qui passez-vous des consignes ou des informations ?
 - Quels sont les problèmes de coordination ? Quelles sont les sources de dysfonctionnement ?
3. Quelles opérations faites-vous ?
 - Distinguer les tâches effectuées et le travail d'organisation⁵ de la personne dans les différentes circonstances
 - Les tâches routinières
 - Les événements et situations inhabituelles
 - L'urgence
4. Organisation de la journée ?
5. Y a-t-il des précautions à prendre ?

⁵ Travail d'organisation au sens que lui donne Gilbert de Terssac, à savoir la mise en œuvre d'une organisation indigène (propre au salarié et donc non prescrite) ; De Terssac G. (1992), Autonomie dans le travail, PUF, sociologie d'aujourd'hui.

6. En quoi ce travail peut-il être amélioré ?

7. Avec qui avez-vous des relations à l'extérieur de l'équipe et pour quoi faire ? Situations d'interdépendances amont-aval

8. Comment êtes-vous évalué ? Cette évaluation a-t-elle une incidence sur la rémunération ou sur la carrière ?

9. Quelles sont vos responsabilités ?

10. Quelles sont les principales difficultés du travail (horaire, bruit, cadences, conditions de travail, conflits...) ?

3. Plan du rapport

Le premier chapitre présente un certain nombre de points de fonctionnement communs aux différentes structures de soin –hôpital ou clinique-. Nous dirons tout d'abord ce qui permet de construire le service au patient. Nous nous référons ici la définition utilisée par Gadrey et De Bandt selon lequel le service ne se construit pas uniquement dans l'interaction immédiate entre patient et soignant (au sens large). Le service est à considérer ici comme le résultat d'un processus. Processus de mise en œuvre d'activités -d'étapes ou d'opérations- d'articulation de ces activités entre elles, de relations entre les acteurs et notamment de circulation d'informations. Les éléments de base feront l'objet d'une présentation dans le premier chapitre. Nous rappellerons une problématique commune à l'ensemble des structures : ce qu'est la trajectoire d'accueil du patient et quelles sont les grandes lignes de la construction du service. Cela nous permettra de mettre l'accent sur le fait que le service est fait d'organisation mais aussi de disponibilité pour l'information. Nous verrons ainsi clairement que le moment de l'intervention chirurgicale s'inscrit dans une trajectoire du patient et dans des chaînes multiples d'interventions. Avant d'éclairer les relations entre le bloc et les autres services (cf. chapitre 2) nous présenterons les blocs opératoires des trois sites dans le chapitre 1, les spécialités qu'ils servent, leur nombre de salles. Nous décrivons les différentes parties de l'espace. Si l'on retrouve ces différentes parties dans toutes les structures, l'aménagement de l'espace n'est pas le même selon les structures ; elle a une incidence forte sur les relations et l'organisation. Nous verrons comment les fonctions très intriquées et très proches de l'intervention chirurgicale telles que les salles de réveil, la stérilisation et le brancardage sont aménagées. Nous dirons dès ce premier chapitre l'importance que revêt la lutte contre les infections nosocomiales. Elle génère de nombreuses normes et est au cœur de toutes les procédures. Elle détermine certains modes opératoires, suppose la mise en œuvre d'opérations spécifiques et la construction d'une mémoire de ces opérations.

Le second chapitre aborde la question de la construction du programme opératoire et des relations entre les salariés affectés au bloc et ceux qui le servent : services de chirurgie, chirurgiens, anesthésistes. Nous avons tout d'abord explicité les tensions qui ressortent des entretiens avec les différents personnels ainsi que les logiques des différents acteurs. Pour la mise en œuvre et la coordination, les acteurs s'appuient sur les faits, des objets, des règles. Mais ils « jouent » avec, autrement dit, les ignorent ou les respectent, les adaptent, les font évoluer, les négocient. Ainsi si la charte du bloc donne l'esprit qui doit présider à la gestion du bloc, elle n'est pas toujours appliquée et dans tous les cas n'apparaît pas suffisante en elle-même pour réguler l'activité du bloc.

Nous nous intéresserons ensuite au sens et aux modalités de la programmation. Quelle est l'importance d'une programmation fiable ? Cette programmation est-elle construite de la même manière selon les établissements ? Nous verrons qu'au-delà des modes opératoires et des modalités proposées par l'organisation, se pose la question de la régulation, question qui touche aux rapports de pouvoir et aux modalités de la régulation.

Le troisième chapitre est consacré aux fonctions périphériques qui abondent le bloc opératoire et que nous avons appelé de manière un peu trop générale « fonctions de gestion ». Elles concernent quatre

grands domaines : la facturation des actes, la gestion des produits pharmaceutiques et la stérilisation (qui sont toujours regroupées dans un même service), la gestion du linge. Nous avons cherché dans ces trois domaines à spécifier l'importance de ces fonctions pour le bloc. Quelles sont les objectifs et les contraintes de ces services ? Travaillent-ils de la même manière pour le bloc et pour les autres services ?

**Chapitre 1 : Le service au patient et les fonctions
proches du bloc**

Pour comprendre comment s'organisent les chaînes d'activité, les transmissions d'information, il est essentiel de revenir sur l'organisation générale des services et leur positionnement puis sur la diversité des enjeux : enjeux liés au service individuel de chaque malade, enjeu lié au service public et au bon usage qui est fait des moyens en place, enjeu de confort et d'efficacité de l'activité de travail pour les différents salariés. Enfin se pose la question de la rentabilité économique de ces plate-formes d'intervention qui représentent de forts investissements et dont les coûts de fonctionnement peuvent s'avérer très élevés s'ils sont mal gérés.

Dans ce chapitre nous évoquerons cinq grands points. Dans un premier temps (en trois points) nous ferons une analyse des éléments d'organisation et des enjeux concernant nos lieux d'enquêtes. Nous aborderons ensuite les spécificités d'ordre général des terrains.

1. Le patient entré à l'hôpital et à la clinique passe par différents services. Il est nécessaire de situer les différents services les uns par rapport aux autres, notamment pour comprendre la manière dont ils s'articulent. Nous resituerons donc la place respective des services qui orientent la trajectoire du patient. Cela nous permettra ensuite d'analyser à quel niveau se situe l'enjeu de la bonne trajectoire du patient et où peuvent se situer les dysfonctionnements ?
2. Nous verrons ce qui fait la qualité du service ; elle dépend de l'organisation mais aussi des transmissions assurées par le patient
3. Nous décrirons ce qu'est un bloc opératoire condition essentielle pour poursuivre plus avant dans l'analyse des interactions du bloc avec l'environnement. Nous aborderons la question de la disposition physique des espaces bloc, mais aussi les organigrammes sur lesquels repose leur fonctionnement.

Nous montrerons comment l'activité du bloc s'articule fortement à certaines fonctions proches.

4. La stérilisation et le brancardage entretiennent une proximité physique et fonctionnelle avec les activités du bloc. Elles sont organisées différemment selon les structures.
5. Les services chargés de la lutte contre les infections nosocomiales ont un pouvoir indirect sur les blocs –pouvoir de prescription notamment-. Ce sont eux en effet qui veillent au respect des règles d'hygiène, qui diffusent les recommandations, aident à la surveillance des normes, les améliorent. A la base de tout fonctionnement d'un bloc il faut veiller à la propreté et à la stérilité de l'environnement.

1. Les premiers moments de la trajectoire du patient

Le service au patient se construit donc autour de sa trajectoire au sein de l'hôpital depuis sa première entrée, et la consultation où le chirurgien programmera l'opération, ses visites intermédiaires aux laboratoires, à l'anesthésiste et éventuellement à nouveau au chirurgien, jusqu'à l'opération et la sortie de l'hôpital ou la clinique. Autant de rendez-vous que ni le patient ni les soignants ne doivent manquer. Le patient hospitalisé pour une intervention chirurgicale passe par les mêmes services dans tous les établissements : les consultations, l'enregistrement administratif (pré admission, admission), le service de chirurgie où il sera hospitalisé, le bloc, puis à nouveau le service chirurgie.

Dans les deux hôpitaux enquêtés, l'ambulatoire prend de l'ampleur. Aussi les directions ont-elles décidé de créer dans un avenir proche un service spécifique qui accueillerait les malades concernés par une intervention chirurgicale ne nécessitant aucune hospitalisation (comme c'est déjà le cas à la clinique).

Nous insisterons ici sur les premières étapes de la trajectoire du patient ; elles prennent une dimension particulière dans la mesure où elles interfèrent sur la programmation du bloc. Le futur opéré peut être pris en charge soit en ambulatoire soit dans le cadre d'une hospitalisation. L'arrivée du patient dépend du statut de son opération. En ambulatoire le patient arrive le jour même. En séjour le patient arrive la veille.

La trajectoire courante du patient est sensiblement la même ; elle comprend les étapes suivantes :

- Le patient prend rendez-vous pour une consultation avec un chirurgien par l'intermédiaire des secrétaires des médecins.
- Le patient se présente au sein de la consultation guichet soins externes ; cela permet l'enregistrement pour la sécurité sociale ; on sort le dossier médical s'il est déjà venu
- La visite médicale s'accompagne d'un entretien avec le chirurgien qui explique les risques de l'opération. Le chirurgien décide de la date d'intervention et donne un rendez-vous au patient pour l'opération. Il remplit la pré-admission. Le patient ressort avec une ordonnance de bilan sanguin et un rendez-vous avec l'anesthésiste.

Ce premier rendez-vous de consultation est très important ; il est le premier élément d'une chaîne d'activités. Il est essentiel, déjà à ce niveau, que les informations données au patient soit fiables (un rendez-vous d'opération fiable, un rendez-vous d'anesthésiste bien enregistré)... Il existe ici un enjeu que l'on peut définir comme enjeu de fiabilité de la pré admission. Les rendez-vous pris avec les patients sont censés être respectés et par l'ensemble du bloc, par le chirurgien et par le patient.

Le patient doit comprendre l'importance d'être à l'heure le jour de l'opération, mais il doit aussi intérioriser le fait qu'il a des examens à faire, une rencontre avec l'anesthésiste obligatoire etc. Dans la plupart des configurations, cela sera expliqué par le chirurgien, parfois repris par les administratifs qui traitent le dossier de pré admission. Notons déjà que dans le cas de Lame, le bloc a mis en place un accueil dédié spécifique. Après avoir rencontré le chirurgien, le patient est reçu par la secrétaire « optim » (du nom du logiciel qu'elle utilise) le temps nécessaire pour vérifier que toutes les conditions

sont comprises par lui. Nous y reviendrons dans le chapitre 3 lorsque nous évoquerons les formes spécifiques d'organisation des blocs et leur relation avec certains services extérieurs.

L'opération est donc programmée pour un jour et une heure donnée ; mais ce rendez-vous nous allons le voir peut ne pas être respecté.

2. Le service au patient

Une bonne gestion des chaînes d'activité autour du patient permet la coordination des interventions. Il s'agit de bien informer le patient des procédures administratives, des procédures de soin et d'intervention chirurgicale. Enfin un des enjeux est de réduire le temps d'attente du patient et des intervenants, de fiabiliser les différents rendez-vous.

Gestion du temps

Ces jalons de la trajectoire sont plus ou moins maîtrisés par les structures, ils font l'objet de changements organisationnels dans une perspective d'amélioration à Noil et Lame, nous y reviendrons dans la partie 3. Cette logique de la trajectoire suppose la « conception » d'un service qu'il n'est visiblement pas si facile de « concevoir ». Le bon service tel qu'il est défini par les différents acteurs est avant tout un service de qualité, une opération chirurgicale réussie ; mais un bon service suppose également des rendez-vous respectés qui permettent au patient d'intégrer le moment d'hospitalisation dans ses contraintes de vie personnelle. Cela suppose donc une rigueur forte dans les comportements et le respect des engagements. En effet, l'extrême division du travail génère une forte interdépendance. L'acte de l'un -ou l'absence d'acte- rejaillit sur le travail de l'autre. Un rendez-vous décalé peut bloquer toute une chaîne d'activité. Il est donc important d'augmenter la fiabilité de l'engagement du personnel mais aussi de prévoir les solutions dans certains cas de défection.

Prenons l'exemple de l'arrivée du premier patient au bloc. Dans la mesure du possible son arrivée doit être fiabilisée.

- Si le patient à opérer entre la veille à l'hôpital, son arrivée au bloc dépend en partie du service qui doit le réveiller et veiller à sa préparation en temps et en heure. Cela ne s'avère pas toujours possible, par exemple, si le patient est de mauvaise volonté et ne veut pas respecter les consignes, si l'infirmière est débordée et n'est pas parvenue à faire en sorte que le patient suive toutes les consignes.
- Si le patient rentre le jour même, d'autres problèmes se posent. Le patient peut être en retard car il ne s'est pas levé, la circulation n'était pas fluide... il peut aussi avoir oublié le rendez-vous... Certains obstacles viennent aussi de l'organisation de l'hôpital elle-même ; le patient arrivé à 7h dans le hall de l'hôpital mettra par exemple 40 minutes avant de franchir les portes du service d'hospitalisation. En effet, à cette heure là un seul guichet d'admission est ouvert dans le hall général, et il faut donc attendre pour se faire enregistrer. Un retard du patient perturbe ainsi l'activité du service de chirurgie ; cela perturbe aussi le bloc si on n'y prend pas garde car le premier patient défaillant pourrait avoir des répercussions sur l'ensemble du bloc.

Il est donc nécessaire d'anticiper et de prévoir des solutions alternatives en cas de défaillance du premier patient. Cela signifie préparer d'autres patients à être opérés dans le cas où l'ordre serait perturbé. Dans les faits l'ensemble des patients joue un rôle d'amortisseur. On prépare le plus souvent tous les patients dès 7 h du matin ne sachant pas toujours si l'ordre d'entrée au bloc ne va pas être bouleversé. Dans ce cas, il s'agit moins de bien servir le patient que de colmater les aléas de l'ordonnancement. En effet, un bon service au patient serait de lui donner l'heure approximative de son intervention. Mais si la clinique de Lames cherche à fiabiliser les rendez-vous d'opération avec le patient, on est encore loin de cette démarche dans tous les hôpitaux. C'est ainsi qu'en l'absence de programmation fiable du bloc, un patient sera descendu au bloc, il attendra un peu dans le sas ou le couloir, puis il sera remonté dans sa chambre, son heure d'opération ayant été repoussée. On pourrait être tenté de justifier ce type de dysfonctionnements par le fait qu'il existe des opérations urgentes qui déstabilisent les programmes. Or, il n'en est rien, l'urgence passe souvent en fin de programme exceptée l'urgence vitale qui n'est pas si courante. Le malade qui est descendu au bloc puis remonté sans avoir été opéré est victime d'une mauvaise organisation de la programmation.

Gestion de l'information

Le service au patient passe par des rendez-vous précis et par une capacité à dispenser une information exacte.

Un mari inquiet attend son épouse dans le service d'hospitalisation. Il attendra 3 heures en faisant les cent pas. De temps en temps il demande à l'infirmière ce qui se passe. L'infirmière répond que l'opération dure plus longtemps que prévu ; rien de grave. Pourtant ces deux informations peuvent paraître en contradiction. Car une opération prenant quatre fois plus de temps que prévu n'augure rien de bon. De retour dans sa chambre, l'épouse racontera qu'elle a attendu au bloc avant d'être opérée, qu'elle a ensuite beaucoup stationné en salle de réveil. Ici on constate manifestement une absence d'information donnée au patient et à sa famille qui a un effet négatif sur le service et génère l'inquiétude de la famille.

Il existe pourtant des possibilités d'information multiples, le téléphone est couramment utilisé pour communiquer entre les services et le bloc. Cependant cette information dépend de la disponibilité du personnel. Au niveau du bloc les soignants maîtrisent l'information et l'état d'avancement des interventions. Par expérience, les cadres infirmier peuvent évaluer le temps qu'il reste pour terminer une opération. On le voit, au cœur de cette communication, ce n'est pas seulement l'organisation qui en cause mais la volonté et le temps disponible nécessaire à la production d'un service de qualité

3. Qu'est ce qu'un bloc opératoire ?

Le bloc opératoire est un plateau technique, un service à part entière disposant d'un personnel propre. Il est donc un lieu mis à disposition des chirurgiens et des anesthésistes pour les interventions chirurgicales diverses. Tous les acteurs n'ont pas cette représentation du bloc opératoire. Ainsi les cadres de bloc soulignent dans les différents établissements le fait que les salles doivent être mutualisées, qu'elles n'appartiennent pas à un chirurgien en particulier ou même à une équipe de chirurgien. De même si certains chirurgiens sont attachés à travailler avec une infirmière spécifique, il n'est pas toujours évident de maintenir cette stabilité du personnel. Les cadres insistent sur le fait que le bloc, ses moyens matériels et en personnel sont là pour servir l'ensemble des chirurgiens de manière la plus efficace possible. De ce fait l'occupation des salles de bloc est un des critères privilégiés pour gérer l'attribution des moyens aux chirurgiens. L'ensemble de la programmation devrait tendre à mieux prévoir, mieux gérer cet ensemble de moyens. Nous verrons dans le chapitre 3 quelles sont les difficultés rencontrées pour programmer au mieux les interventions en fonction des moyens disponibles.

Les plateaux techniques :

Le bloc de chirurgie ou plateau technique sert plusieurs spécialités différentes selon les compétences disponibles et les choix de spécialisations opérées. Le Plateau technique comprend des salles d'intervention et de réveil.

Le plateau technique de la clinique de Lames regroupe 4 unités et deux salles de surveillance post-interventionnelles (SSPI).

4 unités	1 ^o unité (7 salles d'intervention)	Pôle à dominante ostéo-articulaire et ophtalmologie
	2 nd e unité (8 salles d'intervention)	Pôle viscéral, vasculaire, thoracique, endocrinien, pelvien, oncologie, ORL et stomatologie
	3 ^{eme} unité (4 salles d'intervention)	Pôle Hépatogastro-entérologie et activité d spécialités
	4 ^{eme} unité (3 salles d'intervention)	Pôle cardiologie et radiologie interventionnelle
2 SSPI	Une salle de surveillance post interventionnelle	équipée de 28 postes pour les unités 1 et 2
	Une salle de surveillance post interventionnelle	équipée de 11 postes dont 3 postes de compression pour les unités 3 et 4
	Une stérilisation centrale	

Les plateaux techniques de Lame et de Paris s'organisent en secteurs dédiés à des spécialités.

Lame : secteur chirurgie classé par importance du nombre d'interventions en 2005, salles ouvertes de 8h à 16h30 pour le programmé - l'urgence démarre ensuite-	Paris : secteur chirurgie – salles ouvertes de 8 h (ou 9h) à 19h pour le programmé -l'urgence démarre ensuite-
Ortho-Traumato	
Infantile	
Viscéral/vasculaire	Chirurgie plastique
Urologie	Urologie
Gastro-entérologie	Chirurgie générale
Anesthésie	
Stomatologie	
Ophtalmologie	
Oto-Rhino-Laryngologie	Oto-Rhino-Laryngologie et stomatologie ;
Gynécologie sur un plateau excentré, intégré à la maternité	

L'espace :

La structuration de l'espace est importante pour expliciter les appartenances, les séparations, les relations.

La localisation du service d'anesthésie n'est pas la même selon les hôpitaux. Ainsi à Lame, l'anesthésie intervient dans différents services (le bloc, la maternité, l'IRM) ; mais le bureau de la responsable est au cœur du bloc opératoire. La salle de réveil est aussi au sein du bloc opératoire.

Pour ce qui concerne Paris en revanche l'espace est structuré de manière différente. La salle de réveil est séparée du bloc. Il y a cependant un regroupement au même étage de la stérilisation, du bloc et du service d'anesthésie (à Paris).

A Lame, on trouve au même étage, les urgences, la radiologie, le bloc qui enserme la salle de réveil et l'anesthésie. Les services chirurgies sont dans la même tour. La stérilisation est reliée par un monte charge.

Les configurations varient selon les établissements. Le plus souvent on trouve à l'entrée du bloc une petite salle vitrée dans laquelle officie un (e) secrétaire chargé (e) de la liaison entre les membres du bloc, entre le bloc et l'extérieur. Curieusement ce local est petit, alors que de nombreuses personnes y passent voire y séjournent un petit moment pour échanger, transmettre des informations ou bien

tout simplement plaisanter, décompresser... c'est le lieu de rencontre des cadres de santé et des AS, des brancardiers, de certains soignants.

Le bloc central est composé de salles d'opérations dédiées, entourées de couloirs permettant la circulation. Les pièces de stockage, les bureaux des cadres infirmiers ou anesthésistes, les vestiaires se situent à la périphérie du bloc.

Un circuit du propre (arrivée et sortie des patients) est distinct d'un circuit du sale (où on lave les différents instruments, écarte et classe le linge sale, les déchets...). Les schémas suivants donnent un aperçu d'une configuration

Schéma d'organisation d'un bloc opératoire sur le principe du « bloc sectorisé »

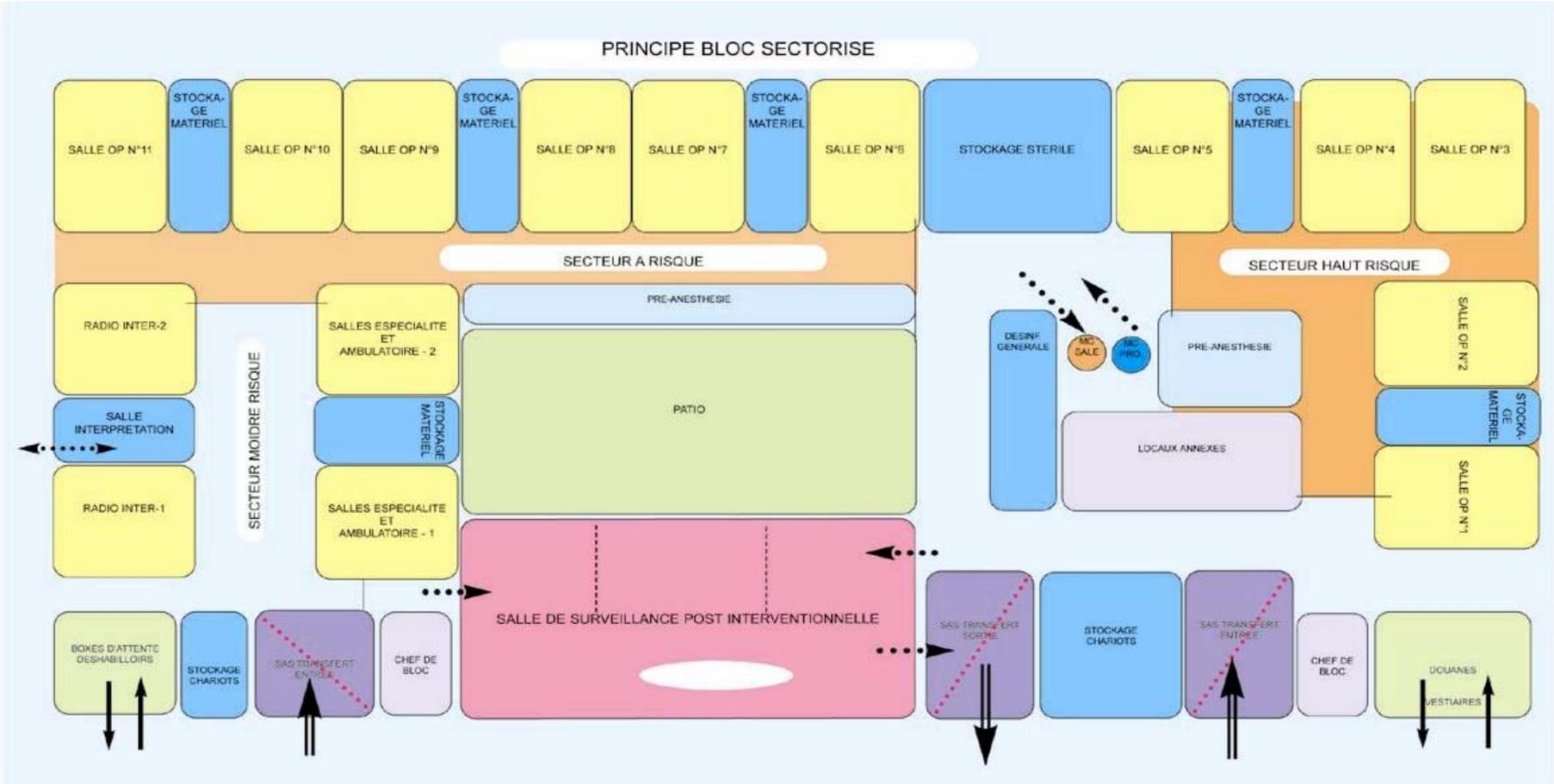
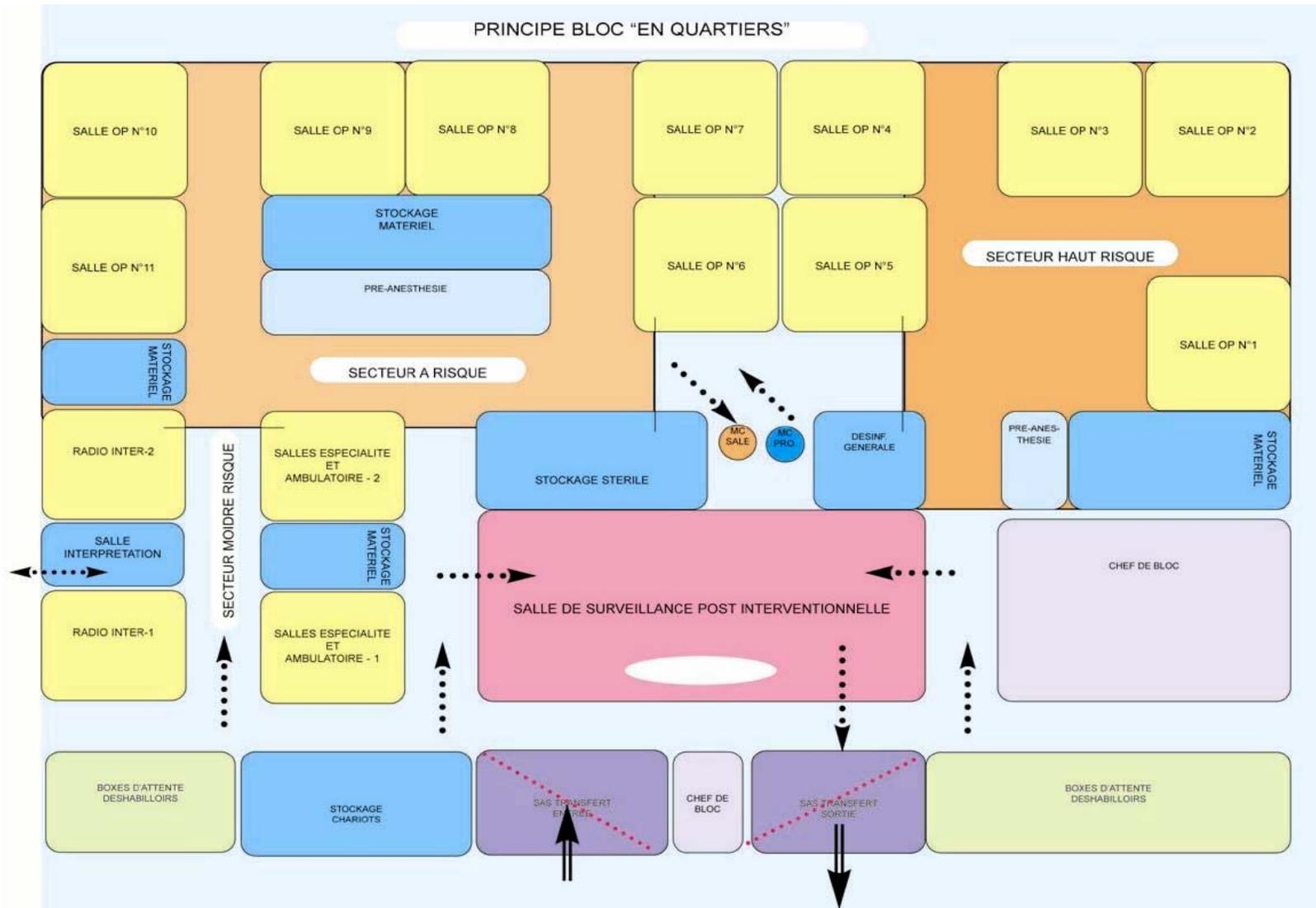


Schéma d'organisation d'un bloc opératoire sur le principe du « bloc en quartier »



Cet espace se veut fermé et réservé aux intervenants. Si dans les faits on peut constater une fermeture, dans un des établissements le personnel de bloc relève qu'à l'inverse de ce qui est prévu, le bloc semble ouvert à tous vents. Des personnes étrangères entrent sans s'annoncer et sans autorisation. Cela va du quidam qui cherche son chemin dans l'hôpital et s'est égaré à l'étage, au visiteur médical qui cherche un anesthésiste... Cette trop grande ouverture alourdit la charge de travail de l'accueil qui doit répondre à des demandes qui ne le concernent pas, cela génère aussi un certain malaise, le sentiment de ne pas être protégé comme cela devrait être le cas et tout d'abord pour des raisons d'hygiène.

L'espace cependant doit être fermé pour des raisons de sécurité et des raisons de stérilité. La question de l'hygiène est primordiale, elle est au cœur du fonctionnement du bloc et de la manière dont il travaille avec d'autres services.

Le personnel

Le schéma suivant présente la manière dont l'organisation est formalisée ; on le trouve dans la charte du plateau technique. La charte du plateau technique est un document officiel qui permet de préciser les modalités de fonctionnement et de régulation au sein du plateau technique. On peut certes constater des différences entre les textes et les pratiques (nous y reviendrons dans la partie analytique sur les blocs au chapitre 2), mais les schémas d'organigramme rendent assez bien compte en tous cas de l'articulation des niveaux hiérarchiques, du champ de responsabilité de l'encadrement et de la composition du collectif en termes de qualifications.

Les termes utilisés diffèrent selon les organisations. Ainsi à Noil on parlera de Responsable unité plateau technique (RUPT), tandis qu'à Lame chaque regroupement de spécialité est désigné sous le terme de secteur, on aura donc hiérarchiquement des responsables de secteur.

Le plus haut niveau hiérarchique de chaque plateau technique est occupé par un chef de bloc opératoire qui est cadre supérieur de santé. Sur nos trois terrains, il s'agit de femmes. La cadre supérieure de Lame était en train de quitter sa fonction pour être remplacée par un cadre supérieur homme. La fonction de ce cadre supérieur de santé est d'assurer le bon fonctionnement de bloc et faire respecter les principes de fonctionnement : principes définis dans une charte de bloc. Nous verrons au chapitre suivant que ce respect des principes suppose la mise en place de relais au niveau de l'ensemble du personnel et des négociations au jour le jour entre différents acteurs : ceux qui appartiennent à l'équipe du bloc, ceux qui viennent y intervenir : les chirurgiens et les anesthésistes, les infirmiers anesthésistes.

Le chef de bloc a un rôle central. Sa position est différente selon que l'on se situe dans une structure privée ou publique. En effet dans la structure privée, le temps d'occupation du plateau technique est loué par les différents chirurgiens. Ils paient l'accès au bloc et l'utilisation du personnel qui contribue au fonctionnement. De plus tout en étant des clients du bloc, ils sont aussi les propriétaires de la clinique. Ils sont donc les employeurs des salariés du bloc. On le voit, les marges de manœuvre et de négociation du chef du bloc central ne sont pas toujours simples à mettre en œuvre. C'est ce qui explique en partie à Noil l'existence d'une cellule ordonnancement extérieure au bloc, dépendant directement du directeur de la clinique ; les arbitrages sont rendus non pas directement par le bloc

mais par une structure ordonnancement extérieure au bloc qui prend en compte à la fois les contraintes du bloc, les demandes des chirurgiens, les contraintes de l'hospitalisation, le service au client.

L'activité et les documents d'enregistrement de ses variables

L'activité s'inscrit dans des normes strictes (nous y reviendrons dans le chapitre 3 consacré à la gestion). Le personnel doit notamment remplir un certain nombre de documents mettant en évidence le respect des normes d'hygiène. Il doit également enregistrer la traçabilité des produits (quel produit a été injecté à quel malade). Les temps de début d'intervention sont également enregistrés par chaque intervenant.

Ainsi le bon fonctionnement de chaque salle d'opération est vérifié en début de journée. Un document écrit atteste de la vérification des différents points (feuille d'ouverture de Salle d'Opérations (F.O.S.O)).

Nous insisterons ici sur le travail de l'aide soignante qui intervient en interstice entre deux opérations. Il nous faut ici l'évoquer car cette activité réglementaire est peu prise en compte dans le calcul des temps d'occupation des salles par les chirurgiens. Nous y reviendrons quand nous évoquerons les modalités de construction du programme opératoire mais il est déjà essentiel de se rendre compte de la réalité de l'activité.

Le travail de l'aide soignante est notamment d'assurer le nettoyage des salles qui doit être fait de manière régulière (permanente pourrait-on dire dans la mesure où il s'agit d'un soucis constant) et de manière approfondie – à un rythme journalier et selon des procédures prédéfinies - par le personnel du bloc. Une différence entre les deux établissements : le nettoyage des salles d'opération est entièrement pris en charge par le personnel du bloc à Lame, alors qu'à la clinique le gros nettoyage est pris en charge pour partie par le personnel de bloc et pour partie par des entreprises de sous-traitance extérieures.

DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ DE L'AIDE SOIGNANTE

Dans certains blocs les aides soignantes sont spécialisées par secteur (un secteur comprend plusieurs spécialités). Cela permet au personnel de savoir ce qu'il a fait. Nous retraçons ici le récit effectué par une aide soignante.

« La journée normale débute à 7h45 avec l'ouverture des salles. (L'existence de plusieurs équipes permet une amplitude 7h45/ 20h). On fait le nettoyage des surfaces. La décontamination des instrumentations. On nettoie le sol un mètre autour de la table. Le principe est de nettoyer le matin pour éliminer les poussières qui se seraient déposées dans la nuit.

On remplit le chariot de ménage dans chaque secteur : on ajoute de nouveaux chiffons, de produits de dilution pour le nettoyage des surfaces et potences.

On remplit le cahier de salle en indiquant : les heures d'ouverture, nom de la personne qui ouvre. On note si la salle est prête, on réapprovisionne en alèses, on remplit les auges avec du papier (pour s'essuyer les mains).

Après chaque intervention : il existe un système de sonnette, l'IDE sonne, on récupère le matériel qui est mis dans des paniers. On le réceptionne du côté du guichet sale. Entre temps, on a préparé le container, on met à décontaminer le matériel 20 minutes, le bac est changé après chaque

intervention.

On reprend le matériel mis dans un container numéroté, on l'envoie par le monte-charge à la stérilisation centrale. On note sur la fiche la traçabilité, l'heure de décontamination, l'heure d'envoi en stérilisation.

La fiche de Creuzfeld-Jacob est remplie (n° du container, en stérilisation centrale n° du bac, le n° de la boîte)

Entre chaque intervention existent des opérations d'enchaînement : au niveau des salles. On évacue les poubelles, on fait les surfaces (ceci prend 5 minutes). Les interventions lorsqu'il y a des salles souillées sont plus longues, c'est le cas des interventions en urologie. Le nettoyage alors est plus long.

Si le patient était infecté, il faut faire un nettoyage final (terminal) ; on refait la salle à fond. Cela prend environ une heure. Quand le programme est terminé, on trace sur le cahier de salle les heures de nettoyage. Il faut en effet noter l'heure à laquelle on a terminé pour faire reposer la salle une heure avant utilisation nouvelle).

En fin de programme, le stérile est stocké entre deux salles dans un arsenal où se trouvent par exemple les auges. Le reste est stocké dans les couloirs

Le rangement des stocks est fait par les brancardiers. Le matériel stérile arrive le matin. Il sera rangé par le brancardier (poubelle, sabot, produits de nettoyage).

Les aides soignantes peuvent parfois donner des coups de main au brancardier, notamment pour passer les malades du lit à la table d'opération. Au niveau des salles de réveil ce sont les IDE qui transportent le malade.

Le soir il arrive que des aides soignantes emmènent le sang au labo ou aillent chercher un résultat d'examen. »

Un autre personnel de renfort est constitué des ASQ aides soignantes qualifiées

Si l'ASH fait le ménage, l'ASQ nettoie le matériel ; elle effectue le lavage des endoscopes, matériel très cher et demandant une certaine spécialisation.

Elle fait l'accueil du malade, les soins, la douche, prend en charge les toilettes des personnes. Elle effectue aussi le branchement des appareils tels que le cardioscope, le dynamat (tension), l'oxymètre (appareil pour oxygénation du malade).

Le nettoyage des instruments est l'étape qui précède et prépare la stérilisation : le personnel du bloc prend en charge la première partie du processus de nettoyage avant stérilisation. Dans une première phase de désinfection, les outils sont immergés dans des cuves pour effectuer un premier trempage. La deuxième phase se situe à l'extérieur du bloc, elle est effectuée par les services et le personnel de stérilisation ;

Le nettoyage des brancards : le personnel du bloc nettoie couramment un brancard après une intervention. Il s'agit ici encore d'un premier nettoyage car l'entretien régulier et aseptique des brancards est de la responsabilité du service de brancardage. Certains brancards aseptiques sont réservés à la circulation à l'intérieur des salles et ne sortent pas de ces salles. Cela suppose un changement de brancard en cours de circulation, ce qui n'est pas toujours possible selon l'état de santé du malade (Noil).

Le nettoyage et la gestion des déchets font l'objet dans une première phase d'un premier ramassage par les personnels de tous les services, y compris ceux du bloc. Ils acheminent leurs déchets dans des sacs dédiés et reconnaissables selon la nature de leur contenu. Les alèses sont mises en sac, les tenues changées après une matinée de travail, en sortant du service on change également sa blouse. Parfois le changement de tenue se fait entre deux patients si le premier est infecté. Ce sont les aides soignantes (AS) qui font sortir les armoires à linge et les emmènent au sous-sol vers la blanchisserie.

Dans un deuxième temps le stock en sous-sol est pris en charge par les services déchets.

Certains instruments ou linges sont à usage unique. Certains linges en cas d'allergies, des instruments d'opération sont mis dans des conteneurs (par exemple des aiguilles) et seront détruits à l'extérieur. Les bocal aspirateurs de sang seront envoyés comme déchets.

4. Des fonctions essentielles internes et externes au bloc

Trois « secteurs » interfèrent de manière forte avec l'activité d'intervention chirurgicale. Il s'agit de la salle de réveil, du brancardage et de la stérilisation.

Dans certaines structures la salle de réveil est intégrée au bloc (c'est le cas à Lame et à Noil). Dans d'autres, la salle de réveil fait l'objet d'un service autonome séparé du bloc comme à Paris. Les responsables anesthésistes ont de ce fait, tantôt leur bureau au sein du bloc comme à Lame, tantôt dépendent de la salle de réveil comme à Paris. Pour la stérilisation, le bloc demeure un client à part, un client important ayant des exigences de délais.

La stérilisation

La stérilisation est reliée physiquement au bloc chirurgical. Soit elle se situe au même étage, à quelques mètres comme à Paris, soit elle est reliée par un monte charge comme à Lame, soit encore elle est physiquement intégrée au bloc comme à la clinique de Lames. Nous verrons les avantages inconvénients des deux configurations.

Les instruments de chirurgie sont intégrés dans des « boîtes » de bloc. A un moment du processus de nettoyage, avant stérilisation il est nécessaire de vérifier la composition des boîtes. Cette vérification

est faite à Lame par les infirmières de bloc (qui se déplacent au service de stérilisation et viennent vérifier le contenu des boîtes, et les reconditionner si nécessaire). A l'inverse, à Noil, la vérification est faite par les personnels de stérilisation à partir d'un listing standard. Cette sous-traitance du conditionnement des boîtes par les personnels de stérilisation est également en cours à Paris. Nous analyserons plus précisément les relations de la stérilisation avec le bloc au chapitre 2.

Le brancardage

Le tableau suivant met en évidence les différences d'organisation du brancardage selon les lieux. Un problème de gestion des effectifs se pose à l'ensemble des établissements. Aussi, les organisations se transforment créant des services uniques de brancardage pour l'ensemble de la structure. Le rattachement par exemple des brancardiers à un service commun à Lame est récent. Il permet de mieux gérer les fluctuations des effectifs et des horaires. Ainsi les équipes gérées par un service commun peuvent être renforcées si le besoin s'en fait sentir. Cependant, sauf en cas de besoins spécifiques, les brancardiers restent stabilisés dans le transport des malades en direction du bloc.

Si les brancardiers de Lame entrent désormais dans le bloc pour aider à positionner les malades sur les tables d'opération, cela n'est pas le cas à Paris ou à Noil.

On peut au travers de ce tableau se rendre compte des modalités de coordination du brancardier. L'appel du service pour savoir si le patient est prêt et si le brancardier peut venir le chercher est selon l'établissement assumé par une seule personne (Lame) ou bien par différentes personnes (anesthésiste). Une fois l'intervention effectuée, le malade ne peut quitter la salle de réveil sans une autorisation de l'anesthésiste. Le brancardier est en général averti par la salle de réveil excepté à Lame où la communication dans un sens et dans l'autre est assurée par le régulateur, la fonction de régulateur est spécifique à cet hôpital. Elle est l'interface avec les services extérieurs.

Brancardage

	Lame	Paris	Noil 12 + 2 en renfort
Service	Le service de rattachement est commun à l'ensemble de l'établissement. Ils desservent aussi la radiologie, les urgences.		
Activité	Activité dédiée au bloc ; une équipe tourne entre salles de réveil et le bloc ; elle ne quitte pas ce périmètre. Mais l'équipe peut recevoir des renforts ou des remplaçants ; changent de secteur tous les 15 jours	Personnes dédiées à la chirurgie ; n'entrent pas dans les blocs.	certain brancardiers dédiés par salles
Appel du brancardier pour alimenter le bloc	Le régulateur	Anesthésiste La coordination	L'anesthésiste
Appel pour ramener le patient dans sa chambre après opération	Le régulateur	Salle de réveil	Salle de réveil
Appel pour savoir si le malade est prêt dans le service	Agent régulation	coordination	

Ainsi les brancardiers dépendent d'un service spécifique autonome et extérieur au bloc opératoire. Ce regroupement est surtout lié à une préoccupation de gestion de main d'œuvre, faire en sorte de pallier les absences, renforcer le brancardage du bloc lorsque cela s'avère nécessaire. Selon les organisations, les brancardiers sont plus ou moins nombreux à être dédiés au bloc. Des différences existent concernant les possibilités pour les brancardiers de pénétrer ou non dans les salles opératoires. A Lame, une petite équipe est dédiée aux salles de chirurgie et aux salles de réveil. Ceux qui entrent dans ces salles d'opérations ne quittent pas le bloc pour des raisons d'asepsie. Ils effectuent des tâches annexes de rangement ou d'aide.

5. Les services chargés de la lutte contre les infections nosocomiales

Il existe dans chaque structure –hôpital ou clinique- un service d'hygiène, chargé de faire respecter les normes et améliorer les pratiques. En effet, la contrainte de respect des normes d'hygiène dans toutes les activités du bloc s'impose à tous.

Le principal objectif de ces services est la lutte contre les infections nosocomiales. Les bactéries dites multi résistantes (BMR) font l'objet d'une attention particulière.

Ex Le staphylocoque doré est une bactérie sensible ; dans le contexte de l'hôpital elle est excessivement résistante. Lorsqu'il y a un risque de BMR, on isole les patients.

Pour l'aider dans son action, le service d'hygiène s'appuie sur des correspondants médicaux et paramédicaux hygiénistes dans les services. Des réunions ont lieu pour présenter les nouvelles épidémies et les protocoles. « *La discussion est importante, le papier ne suffit pas pour convaincre. Il faut construire des affinités pour dispenser du conseil* » (médecin hygiéniste). Ici encore la communication est une préoccupation permanente pour diffuser les informations et les recommandations. La liste des interventions d'hygiène à effectuer pour le bloc suppose des compromis. L'hygiène ayant un coût, il faut arbitrer entre l'exigence qualitative et les possibilités budgétaires.

L'ensemble de la structure hospitalière peut être partagé en zones à risques qui varient selon les services de 0 à 4.

- le risque mineur
- le risque modéré
- le fort risque infectieux
- Le très haut risque : le bloc, la réanimation, l'hématologie se situent dans cette catégorie ; le bloc est une zone hyper aseptique.

Le risque conduit à établir des règles par rapport au contact et à l'entrée d'une personne extérieure au service notamment pour les travaux. Quel que soit le service concerné, les personnels soignants doivent respecter des normes d'hygiène extrêmement précises. Ces normes concernent le nettoyage des salles et les différents gestes des patients : se laver les mains, se servir des différents outils.... Les bactéries dites multi résistantes sont transportées par les personnes, par exemple par déplacement. Il existe de multiples protocoles liés à l'hygiène ; ainsi, les infirmières en passant d'une chambre à l'autre (bien qu'elles mettent des gants) doivent se laver les mains à l'entrée et à la sortie d'une chambre. Les soignants le savent. Mais des audits dans l'établissement ont montré que ce n'est pas fait dans 4 cas sur 10. Entre chaque soin, le fait de toucher l'environnement comporte un risque.

Entre deux soins y compris pour le même patient il est de règle de se comporter comme s'il s'agissait d'un autre patient.

Même si les personnels soignants sont formés et très conscients du risque, il apparaît que le respect des gestes se perd au fil du temps ; cette baisse de vigilance est liée à différents facteurs : la charge de travail, la répétitivité des gestes, la routine, le fait de devoir toujours gagner du temps.

Le service hygiène d'un des établissements lance des actions pour contrôler le respect des procédures et vérifier la nature des risques.

Par exemple, il existe différents types de lavage mains :

1. Le lavage simple durant 30 secondes, normal, il s'agit d'enlever la flore transitoire, par exemple pour apporter le plateau patient.
2. un lavage hygiénique, anti septique ; la bétadine est couramment utilisée, elle suppose un nettoyage d'une minute environ ;
3. Le service d'hygiène de Lame travaille en ce moment sur des solutions pour remplacer le lavage des mains. Un autre produit existe C'est une solution hydro alcoolique. Un peu coûteux, il permet de se nettoyer en circulant ; il donne un meilleur effet que la bétadine en 30 secondes. Il ne nécessite aucun point d'eau.

La question du lavage des mains concerne bien sûr le bloc. Le service de l'hygiène de Lame a mis au point un protocole de désinfection des mains pour les chirurgiens. Ils ont mis en place cette méthode avec l'hôpital de Lille. Deux ans ont été nécessaires pour mettre au point cette méthode et discuter en face à face. Le service hygiène a instauré des audits réguliers de vérification. « *Le problème de l'hygiène est l'usure* ». La routine conduit ici comme dans d'autres secteurs à une baisse de vigilance par rapport aux gestes quotidiens. « *Au début on respecte les étapes, puis progressivement en accélérant on oublie certains éléments. Il existe une manière d'ouvrir les mains, de toucher les différentes parties (les pulpes, les bouts des doigts...), l'ensemble de la main. Des audits ont donc régulièrement lieu pour introduire des mesures correctives* » (médecin hygiéniste Lame).

La vérification des pratiques, l'action du service pour les faire évoluer peut prendre différentes formes.

La première est l'audit. L'audit n'est pas toujours bien perçu, on a des confrontations, des contestations, on perd du temps. Les gens ont du mal à supporter les jugements (médecin hygiéniste).

Exemple d'audit : la pose d'un cathéter suppose la mise en œuvre de 20 étapes ; ces différentes étapes sont listées sur une feuille. Au fil de l'observation dans le cadre de l'audit, le service hygiène coche les étapes selon qu'elles sont effectivement respectées ou non par les soignants. Puis la feuille est analysée ; le service hygiène rend compte des points négatifs au personnel observé ; « on définit des axes d'amélioration. On fait une opération formation, puis on laisse l'équipe tranquille 6 mois et on recommence » (service hygiène).

Autre formule : l'étude.

Elle consiste à étudier les pratiques effectives par observation.

Exemple. Les points observés par le médecin hygiéniste sont les suivants :

*« Les patients arrivent à 14h30 pour être opérés ; je regarde si on les douche, ce qu'on leur explique, si le malade est opéré le lendemain matin, il doit être redouché. (Quel produit lui donne t-on pour la douche ? Que fait-on pour que le patient arrive dans les meilleures conditions ?) Cela permet de donner beaucoup d'explications collectives après. Dans l'étude, on va regarder ce qui est réalisable, dans le changement. La douche et le fait de tondre ou d'épiler se fait au plus proche de l'opération (réveil par ex à 4h30).
Cependant, dans les entretiens les équipes des services consultation disent que tondre le malade se fait souvent la veille pour gagner du temps dans la préparation.*

Les responsables des services hygiénistes considèrent que le bloc est un lieu spécifique pour lequel il est nécessaire d'anticiper tout problème. Des prélèvements sont effectués régulièrement pour effectuer des contrôles de micro biologie (médecin hygiéniste Paris). Les surveillances de l'eau sont faites par le bloc lui-même.

Des actions peuvent être prises plus en amont pour redéfinir des protocoles de soin qui permettent d'anticiper la prévention.

Ainsi, le service hygiène de Paris a créé un groupe de travail pour établir les procédures afin de refaire le protocole de préparation cutanée de l'opéré. Participaient les chirurgiens et les IBODES. Après la procédure, un audit d'évaluation a eu lieu.

La difficulté du service hygiène est d'associer durablement les chirurgiens aux études qui sont lancées. Si les chirurgiens se montrent partie prenante au début de l'étude, il apparaît difficile de maintenir la coopération sur l'étude dans la durée « Les chirurgiens s'impliquent au départ mais ensuite il faut remplir régulièrement une feuille en répondant à certaines questions sur le patient et ils ne le font pas. C'est donc difficile à mettre en œuvre » (infirmier hygiéniste).

Exemple d'étude de surveillance d'infection du site opératoire : en fonction du programme opératoire, on retient quelques chirurgiens cibles, on fait la liste des patients reçus. Par exemple on prend les interventions de la prostate, on voit si le patient a eu un souci d'infection à J+ 30.

La question des normes d'hygiène est essentielle dès que l'on souhaite effectuer des travaux dans un service.

Pendant les phases de travaux il est important d'avoir une politique de prévention par rapport à l'environnement. Tous les travaux passent par le service technique et le service d'hygiène. Ils font l'objet d'une déclaration à l'unité d'hygiène, qui émet des recommandations plus ou moins drastiques.

Ainsi lorsque j'étais en visite au bloc de Paris, un technicien est passé pour demander s'il pouvait fixer la machine à boisson qui dessert le bloc car elle avait tendance à tomber. Il s'agissait de faire deux trous dans le mur. La responsable du bloc a mis en œuvre la procédure qui consiste à demander une autorisation au service d'hygiène (le service UFLIN).

Les consignes données par l'UFLIN ne sont pas toujours respectées par les entreprises. Ainsi une intervention a eu lieu à coup de marteau piqueur pendant un fonctionnement du bloc. Les chirurgiens non prévenus des travaux alertent immédiatement l'UFLIN qui veille à l'hygiène au sein de l'hôpital. Dans les cahiers des charges des entreprises, les services hygiène demandent que des protections particulières soient mises mais dans les faits, les entreprises ne respectent pas toujours ce qui a été décidé. En effet, les entreprises interviennent en sous-traitance, en cascade. « Le marché est décidé au niveau de l'AP-HP et on n'a pas droit de regard. Ils ne connaissent pas toujours les sociétés ». En outre, d'un jour à l'autre sur un même chantier, ce ne sont pas toujours les mêmes ouvriers qui interviennent ; ainsi le service d'hygiène peut passer voir les ouvriers un jour pour leur rappeler certaines consignes mais le lendemain les ouvriers ont changé et il faudrait alors recommencer. « On en informe certains et ce sont d'autres qui arrivent pour travailler » (médecin hygiéniste Paris).

6. Les laboratoires d'analyses médicales

Les conditions d'activité des laboratoires

Les responsables des laboratoires constatent une augmentation importante des demandes en volume et une exigence de rapidité. Les urgences ne sont pas les mêmes selon les secteurs. Toutes les spécialités ont recours aux services du laboratoire. L'objectif est de répondre en termes de délai progressivement en 1 heure, alors qu'actuellement la norme affichée est un délai de 3 heures. Pour certains secteurs la cardiologie par exemple, le labo parvient à effectuer les analyses en 1 heure. L'objectif est de rendre les résultats dans les délais, quel que soit le problème.

Le flux au service des urgences devient « monstrueux ». Il y a des embouteillages et donc le « labo est impacté ». « Les gens sont plus exigeants, c'est toujours plus, toujours plus vite » (responsable Lame).

Cependant ces contraintes sont compensées par un fort sentiment d'utilité et les salariés sont « contents de faire de l'urgence » quand ils savent que cela peut sauver une vie ou grandement l'améliorer. C'est le cas pour les AVC, les résultats biologiques doivent être là dans la demi-heure, ce sont des circuits très particuliers. « Le personnel aime faire ça ». Si on thrombolyse rapidement, la personne peut avoir moins de séquelle, c'est stimulant. L'urgence donne le sentiment de participer à une activité collective.

Les exigences concernant la réduction des délais ont conduit à un développement de l'automatisation. La difficulté est d'alimenter régulièrement les machines, de lisser les arrivées des produits. L'approvisionnement des machines par des arrivées régulières dépend en grande partie de l'architecture de l'hôpital. Les cadences des automates sont telles que le gain de temps ne peut désormais se situer qu'en amont, sur le temps de prescription et d'enregistrement des données administratives, sur l'identification du patient et des analyses.

L'évolution du service biologie permet de gagner du temps mais complexifie le processus car il est nécessaire de mieux maîtriser les flux d'analyse. Il peut y avoir des pannes, ce qui suppose de doubler les outils afin d'effectuer la maintenance et les réparations sans arrêt du processus⁶. L'avenir est au PC portable sur chariot dans les chambres des patients et en consultation. Cela se fait déjà dans le monde anglo saxon où les malades ont un bracelet électronique permettant avec une douchette d'enregistrer automatiquement sur chaque analyse le numéro du patient.

Au Canada, ce sont les biologistes qui vont prélever les analyses dans les services. Ils peuvent ainsi indiquer des délais plus précis. L'analyse est plus homogène et on gagne du temps.

Des discussions sont parfois nécessaires avec les autres services, car l'activité du laboratoire est conditionnée par les contraintes horaires des autres services.

Description de l'organisation au laboratoire de Lame

Au sein du laboratoire plusieurs zones sont délimitées :

Dans la zone centrale du laboratoire, on distingue une zone d'enregistrement et une zone d'analyse sanguine classique

Autour de la zone centrale se trouvent des secteurs spécialisés.

- bio moléculaire
- cytométrie (travail sur les lymphocytes, leucémie, HIV...)
- cytogénétique (travail sur moyen terme environ 3 semaines)
- allergies protéine, immunologie
- bactériologie

Autrefois le laboratoire d'urgence était situé à part. Désormais il est intégré.

Les analyses effectuent un circuit dans le laboratoire sur les différentes machines

Le processus administratif : Quand ils arrivent les produits sont acheminés dans la zone enregistrement. Ils font l'objet d'une saisie sur informatique, trois personnes saisissent les noms et les codes des personnes sur qui ont été faits les prélèvements. Les étiquettes sont imprimées à l'entrée du circuit de laboratoire au moment de la saisie.

Les circuits sont différents selon le niveau d'urgence. On peut distinguer :

- urgence vitale, le prélèvement arrive par porteur, l'étiquette et l'enregistrement ne se font pas en séquentiel comme habituellement, mais en parallèle.

⁶ Ainsi à Valenciennes, en hématologie existent 2 automates +1 pour les urgences, en biochimie 2 automates +1 pour les urgences

- Circuit urgent
- Circuit prioritaire
- Vitesse normale

Les produits à analyser sont acheminés au laboratoire selon trois modalités :

Une navette passe pour ramasser les prélèvements. Il s'agit là de « donner à manger à l'automate » à heure fixe afin de l'alimenter. L'hématologie prend la première navette vers 7h, puis c'est le tour de la réanimation et les urgences, le bloc.

Les urgences arrivent par pneumatique. Mais aussi les prélèvements de la maternité qui est géographiquement excentrée.

Certaines urgences sont portées directement par une personne. C'est le cas par exemple lorsqu'il y a une urgence au bloc opératoire. La personne qui apporte l'analyse repart avec le résultat, le plus vite possible. C'est alors le technicien qui fait l'enregistrement administratif pour gagner du temps. Le circuit habituel est donc adapté dans ces cas précis.

La charte qualité fait obligation de traiter les urgences dans la journée, voire même en 3 heures ; dans les faits elles sont rendues en 1 heure pour la majorité d'entre elles.

Les incidents dans les relations avec les services extérieurs

Dans certains cas l'analyse ne peut être faite et est refusée.

Par exemple, les cas de refus d'analyse interviennent lorsqu'il existe une discordance entre le contenu du tube (ou son étiquetage) et les indications portées sur le bon qui l'accompagne ; si les tubes ne sont pas bien remplis, pas étiquetés, s'il y a des fuites. En cas de non-conformité, le labo appelle le service et l'examen ne se fait pas.

Les tubes sont sous vide ; l'arrêt de remplissage se fait automatiquement mais il se peut qu'il y ait un dysfonctionnement du vide ; cela change alors les paramètres de la dilution.

Pour l'hémostase, si le tube n'est pas bien rempli, on ne fait pas les analyses car elles seraient faussées.

Autre type de problème : lorsqu'on fait un prélèvement sanguin, l'infirmier (e) secoue le tube afin de mélanger le sang avec l'anticoagulant déposé au fond du tube ou sur ses parois. Si le tube n'a pas été secoué ou mal, le mélange ne se fait pas entre sang et anti coagulant et le tube ainsi est non conforme. Il y a un rejet de la part du laboratoire qui ne peut effectuer les analyses du fait d'une coagulation du sang.

Les relations entre laboratoires et blocs opératoires :

La relation de coopération entre les blocs et les laboratoires peut se faire en séquentiel ou en simultané. Les blocs opératoires ont besoin des laboratoires d'analyse médicale pour effectuer des analyses en cours ou en fin d'opération.

Les analyses à effectuer se mêlent donc tantôt à l'ensemble des analyses à effectuer, tantôt sont mises en œuvre en urgence. Dans certains cas délicats le chirurgien peut demander le concours d'un médecin du laboratoire pour effectuer un prélèvement.

Les laboratoires reçoivent les prélèvements (la chirurgie a découvert un site infectieux, une nécrose...). L'envoi des paquets est réparti entre les différents secteurs : anatomopathologie, cytologie, hématologie... Pour chacun des services le conditionnement est spécifique. « On ne reçoit pas le prélèvement qui ne nous était pas destiné. Lorsqu'il y a une inversion, le tri de service intermédiaire au sein du laboratoire rectifie les adressages ».

Pour les urgences ce sont tantôt les services demandeurs qui se déplacent (Lame), tantôt le personnel du laboratoire préposé au tri (Paris) qui centralise les sachets et se déplace pour aller chercher les prélèvements d'urgence. Lorsqu'il y a une urgence, c'est le labo ou le centre de tri qui se déplace indifféremment. Il peut être transporté le week end, le dimanche, par un agent hospitalier.

Le laboratoire fait également des analyses pour le personnel lorsqu'il y a un accident et une exposition au risque dans le bloc.

Exemple : un personnel se blesse. On enclenche une procédure pour répondre à cette situation. L'accident d'exposition suppose d'avoir les résultats du patient source (VIH, hépatite). Il faut alors demander un traitement prophylactique pour la personne concernée. Tous les patients n'ont pas eu un test VIH. D'un point de vue pratique, un test fait depuis une semaine est refait.

Les personnels du laboratoire rencontrés à Paris ont souligné l'insuffisance de précision de l'information : Il leur faut effectuer une recherche pour retrouver le lieu où se situe le patient pour transmettre les résultats à la bonne personne. Le résultat négatif est faxé à la salle de réveil. Si le résultat est positif il faut trouver la personne concernée.

« La personne blessée a fait une déclaration auprès du cadre qui en a informé la médecine du travail. Ce circuit est un peu lent relativement à l'urgence (plusieurs jours). Il faut intervenir vite pour prendre une décision. Mais comme c'est urgent on ne peut centraliser les résultats à la médecine du travail, il faut donc se débrouiller pour trouver qui est la personne blessée. Cela prend beaucoup de temps de chercher » (médecin virologie). Ils ont l'étiquette de l'unité de soin post interventionnelle, ils ont le prélèvement, ils ne savent pas quelle est la personne blessée. « L'information est impersonnelle, géographique. Mais ils ne savent pas qui est la personne concernée. Dans certains cas un bip est indiqué. Fort heureusement, la personne blessée se manifeste le plus souvent » (médecin virologie).

Le rendu du prélèvement se fait par écrit. Il est envoyé à la salle de réveil avec un duplicata pour la médecine du travail.

Les incidents avec les blocs opératoires

- **Non respect des procédures de transport ou de dépôt**

Les relations avec les autres services sont marquées par cette caractéristique de prestataire de service⁷. Le technicien d'un des laboratoires a présenté le laboratoire comme « un service de tout le monde » et comme le bouc émissaire « les médecins engueulent le labo » (une responsable de laboratoire).

Les services n'apportent pas toujours les tubes dans les bonnes conditions. En l'absence de réceptionniste, alors qu'une pièce est dédiée pour recevoir les tubes, les tubes sont déposés n'importe où ils sont véhiculés par les brancardiers, les élèves infirmières, les aides soignantes (site de Lame).

La transmission des résultats peut engendrer des difficultés. Lorsque le labo téléphone au bloc, il ne trouvera pas facilement la personne qui peut le renseigner et indiquer à qui transmettre les résultats d'analyse (médecin virologie Paris). L'interlocuteur du bloc n'est pas forcément informé. Les personnes qui opèrent ne connaissent pas toujours le dossier du patient. Le patient a été hospitalisé dans un service, ils n'ont donc pas tous les éléments...

- **Échantillon insuffisant, inadéquat ou mal conditionné**

Parfois il n'y a pas d'échantillon satisfaisant ou son prélèvement a été fait dans des conditions qui ne permettent pas de donner un résultat. Au laboratoire les médecins s'interrogent savoir qui va faire les prélèvements. ?

Par exemple le médecin rencontré s'interroge : « Un ganglion, qui le découpe ? On ne sait pas si c'est le chirurgien, la panseuse ou l'aide. Le prélèvement est fait pendant l'opération par le chirurgien. Il ne faut pas se tromper car il n'est évidemment pas question de rouvrir le patient pour refaire les analyses. Prélever de la matière pour une analyse suppose un savoir-faire que ne possèdent pas toujours ceux qui font le conditionnement ou la séparation de la matière pour l'analyse. La séparation des morceaux pour les différentes analyses, leur conditionnement suppose de respecter certains protocoles. Les personnels qui font ce travail ne savent pas toujours comment s'y prendre ». Les IBODES sont formées, alertées. Il y a un fort développement des techniques. Elles leur sont présentées tous les mois. Chaque technique demande une condition de prélèvement ou de conservation différente. De ce fait le turn over du personnel dans ces services devient un problème. Il faut en effet un temps minimum pour se former. Une priorité de l'organisation devrait être de travailler à la stabilité des personnels infirmiers.

La difficulté apparaît relativement irréductible dans la mesure où les modalités de conditionnement ou de séparation de la matière, la manière dont on la coupe est différente selon les labos et les types

⁷ Mais pour avoir fait le tour de nombreux services, il apparaît clairement que chaque service est prestataire de quelqu'un ou d'un autre service.

d'analyse à effectuer. Le prélèvement serait bien fait si la personne qui le faisait, connaissait le cas et ce qu'il faut rechercher. Mais parfois seul le biologiste peut analyser et comprendre comment procéder. Il arrive d'ailleurs qu'un biologiste soit invité au bloc pour faire lui-même le prélèvement. De plus, au niveau du bloc le paquet doit être morcelé et conditionné pour affronter le transport. La marche à suivre devrait être indiquée par le chirurgien. Il arrive qu'un biologiste se déplace dans la salle d'opération avec des échanges aller/retour. « Lorsqu'il y a une multiplicité des destinataires cela se complique. Le prélèvement doit être conditionné d'une certaine manière mais les personnels ne savent pas pourquoi. Parfois ils questionnent pour savoir comment faire ».

L'équipe clinique cherche à faire un diagnostic. Le chirurgien est celui qui exécute, qui réalise le prélèvement. Les éléments de recherche du diagnostic n'ont pas toujours été suffisamment bien précisés au chirurgien. Il existe en effet une dimension irréductible liée à la construction progressive du diagnostic. Parfois il faut rattraper une situation défailante. Par exemple, on n'a pas pensé à faire certains prélèvements aux différents moments du diagnostic, or le diagnostic effectué évolue.

Il arrive de manière non exceptionnelle que le prélèvement soit mal conditionné.

« Par exemple il y a un service de don d'organe. La stérilité des organes est vérifiée, les patients en coma dépassé sont susceptibles d'offrir des dons d'organe. Les chirurgiens spécialistes font leur prélèvement. Nous recevons les organes dans un liquide de conservation. Un échantillon du liquide doit être analysé. Les résultats sont adressés au service de transplantation » (médecin laboratoire).

La recherche est un autre type de coopération entre les biologistes et les chirurgiens. Les biologistes font de la recherche avec les chirurgiens, ils définissent un protocole de recherche. Il y a pour ce faire un dialogue oral et une feuille d'engagement.

Des groupes de travail composés des personnels des différents services étudient les améliorations à apporter dans les procédures et les relations.

Par exemple, le contrôle de don d'organe suppose l'émission d'une feuille par la panseuse. Un guide des bonnes pratiques est fait ; tout ce qu'on fait doit être consigné. Mais ce qu'on fait évolue, et il est difficile d'avoir un guide correspondant à la réalité.

Transformer les modalités de coopération suppose d'associer tous les services qui seront touchés par cette transformation. Or le périmètre est parfois difficile à définir et certains sont oubliés car ils n'apparaissent pas prioritaires dans les changements. « Le chirurgien a des désirs, des rêves, mais ça nécessite une gestion administrative lourde, un protocole correct entre plusieurs personnes » (médecin de laboratoire).

« Actuellement il existe un groupe de travail dans le service pour étudier la possibilité de communiquer les résultats directement. Même au sein d'un même service il est parfois difficile de se comprendre et construire » (médecin de laboratoire).

Les difficultés concernent également les moyens à mettre en œuvre pour consulter et diffuser les résultats. Ainsi dans l'un des hôpitaux les terminaux ordinateurs sont en nombre insuffisants. Pour interroger et obtenir les résultats, il faut interroger plusieurs fenêtres. Les volumes d'information sont très importants, il faut donc passer par un tirage papier et cela n'est possible que sur un seul poste de travail.

L'avenir

Dans l'avenir, il est prévu que les services puissent consulter eux-mêmes directement les résultats par informatique.

On peut également déjà imaginer la possibilité pour le chirurgien et le médecin d'indiquer les analyses à faire à l'aide d'un outil de type « ordinateur de poche », sur lequel il cochera dans un menu les analyses demandées. Celles-ci seront alors transmises immédiatement au labo et à l'infirmière. Cela permettra de shunter la phase d'enregistrement, figurant actuellement dans la zone administrative du labo qui rallonge sensiblement les délais de résultat car elle se fait en séquentiel avant le déroulement du process technique.

**Chapitre 2 : Les relations entre l'équipe du bloc et
les intervenants utilisateurs : services de chirurgie
et anesthésistes**

1. Les logiques d'acteurs et les tensions

Nous avons décrit dans le chapitre 1 les fonctions générales des différents types de personnels, nous allons maintenant les aborder en insistant sur quelques points montrant leur place dans les relations et la manière dont ils sont amenés à négocier avec d'autres interlocuteurs. De nombreuses tensions existent sur les plateaux techniques ; elles sont liées à diverses raisons ; nous en aborderons quelques-unes qui apparaissent fréquemment dans les entretiens. Au fil de la description de ces différents problèmes, nous aurons l'occasion de mettre en évidence la place des différents métiers et le rôle particulier que joue l'encadrement dans la régulation des tensions (1.1).

La négociation s'appuie sur des textes tels la charte de bloc ; celle-ci est le produit d'un compromis entre les différents acteurs. Même si elle n'est pas toujours respectée, la charte met en évidence les problèmes qui peuvent se poser et fait état de modalités souhaitables de résolution des difficultés. C'est ce que nous verrons dans un deuxième point (1.2).

1.1. Les tensions dans le fonctionnement des blocs

Nous avons repéré quatre sources de tensions que nous allons développer point par point. Tensions liées :

- à la nature de l'activité
- aux retards des personnels
- aux mauvaises prévisions des délais et de l'ordonnancement
- au changement des programmes et aux difficultés de coordination.

1.1.1. *Des tensions liées à la nature de l'activité*

Négociation entre le bloc et les chirurgiens concernant l'occupation des salles :

La nature de l'activité comportant un risque vital pour le patient est anxiogène et conduit parfois les acteurs à développer des stratégies de réassurance et à rechercher une plus grande fiabilité. Ainsi certains chirurgiens souhaitent minimiser la variabilité technique et humaine de l'environnement. Ils demandent à opérer avec les mêmes matériels, dans les mêmes salles et avec le même personnel. Jusqu'à très récemment les chirurgiens étaient toujours affectés aux mêmes salles d'opérations. Désormais, dans les trois plateaux techniques où nous nous sommes rendus, les responsables de bloc souhaitent mutualiser les salles (dans la limite de critères de qualité d'environnement) et les chirurgiens ne sont plus considérés comme détenteurs d'une salle. Ceci donne lieu bien entendu à débat avec les chirurgiens et est un des objets de négociation. Les responsables de bloc lorsqu'elles évoquent leurs relations avec les chirurgiens disent leur volonté de les servir et les satisfaire au

maximum des possibilités. Ceci apparaît comme leur priorité. Il y a toutefois de nombreux problèmes à résoudre pour y parvenir.

Ainsi dans un des plateaux techniques qui apparaît bien organisé, et qui a instauré des règles claires de programmation, relativement bien respectées par la majorité des chirurgiens, il reste toujours quelques problèmes à résoudre. Ces problèmes peuvent venir de quelques chirurgiens qui n'acceptent pas les règles mises en place. Cela peut provenir aussi de changements tout simplement dans les programmes et dans les besoins pour certains malades. Le rôle du cadre infirmier est alors d'aplanir les difficultés et de rendre possible les interventions dans les conditions optimales pour l'usage des ressources du bloc : « On arrondit les angles, une demande qui perturbe, tant pis, on le fait si c'est possible (cadre infirmier) ». De nombreux exemples nous ont été donnés, montrant que l'objectif des cadres infirmiers du bloc est de maximiser le temps d'opération en tenant compte des différentes contraintes notamment celles du temps de nettoyage.

Exemple : les programmes de traumatologie durent longtemps. S'il n'y a pas suffisamment de personnel pour le nettoyage, le chirurgien peut occuper successivement 3 blocs. On change le chirurgien de salle pour qu'il puisse enchaîner ses opérations et qu'il y ait la possibilité de nettoyer après chaque intervention. « Entre deux opérations si on change de salle on gagne les 20 minutes de nettoyage plus l'installation de l'anesthésie ; le chirurgien gagne ainsi ¼ heure facile... » (Cadre infirmier).

- Les chirurgiens souhaitent le plus souvent travailler avec toujours avec les mêmes personnes. On constate une certaine régularité d'affectation pour les infirmières et les IBODES. Tout changement peut en effet déstabiliser les conditions du geste opératoire. Ceci est lié en partie à une logique opératoire : selon les opérations, les instruments varient, les positions du patient également, la manière de servir le chirurgien varie donc en fonction de la technique ; mais ce besoin de stabilité est aussi lié à un besoin de confort psychologique. Sans doute n'est-il pas trop fort de parler de couple de travail chirurgien-infirmière ; le terme de couple de préférence à celui de binôme évoque la charge affective liée à l'entraide et au service effectué. Il s'agit pour l'infirmier (e) d'anticiper les besoins et les souhaits du chirurgien, de connaître ses manières de travailler. L'existence de tandems convient bien aux deux parties. Le chirurgien voit son environnement de travail stabilisé, il y gagne en rapidité et en efficacité, il réduit sa charge émotionnelle. L'infirmière quant à elle connaît les demandes du chirurgien, peut répondre rapidement, sans risque d'erreur et donc de rebuffades. « Le chirurgien fait l'ambiance », tel est le constat de nombre de personnels soignants. De nombreuses infirmières ont dit la difficulté que les chirurgiens avaient d'accepter un nouveau personnel et de nouvelles manières de faire. En servant le même chirurgien, elles réduisent les incertitudes, le risque de s'exposer à des remontrances voire aux colères du chirurgien. Ceci bien entendu ne va pas toujours dans le sens d'une maximisation d'occupation des salles et du personnel. C'est pourquoi les responsables de bloc ne peuvent pas toujours privilégier les

regroupements chirurgiens/infirmières. L'optique des cadres supérieurs de blocs est de souhaiter la mutualisation des moyens dans la mesure du possible mais aussi la mutualisation du personnel car cela donne plus de souplesse dans la gestion des équipes. Cela suppose aussi de convaincre les chirurgiens pour qu'ils prévoient par exemple de leurs absences, afin que l'on puisse utiliser leurs salles... Souvent des conflits naissent du fait que les chirurgiens n'informent pas sur leur changement d'emploi du temps ou d'organisation, alors que le travail de nombreuses personnes dépend de leur emploi du temps.

De fait le travail au bloc requiert de la part du personnel à la fois de la dextérité et une grande réactivité. C'est ainsi que dans un des établissements le responsable du service de radiologie évoquait la difficulté de changer le personnel travaillant au bloc opératoire. Le service radiologie voulait changer son organisation afin de rendre plus souple l'affectation au bloc opératoire; l'idée était de renforcer le nombre de personnes pouvant aller au bloc afin de gérer les absences. Cependant l'intégration des nouveaux ne s'est pas bien faite.

« Les chirurgiens n'aiment pas les nouvelles têtes. Il faut avoir une dextérité avec l'ampli, être rapide dans ce que l'on réalise. En cours d'opération, il s'agit d'installer rapidement et bien l'appareil au-dessus du patient pour faire la radio en direct. Il faut réagir rapidement pour tenir compte du temps et de la difficulté du geste opératoire.

Il faut intérioriser la rapidité, de plus l'opération est impressionnante pour le radiologue. Dans la formation du radiologue on effleure la radio au bloc (4 heures), on ne connaît pas, il faut se former (responsable service radiologie).

Dans cet exemple, l'équipe de radiologie était jusqu'à présent dédiée au bloc, il y avait donc un confort pour le chirurgien car il travaillait avec un manipulateur qui pouvait anticiper, qui connaissait les gestes, et savait être rapide.. On perçoit l'importance de l'expérience et de l'habitude. Pour former les nouveaux, des fiches d'information et d'évaluation ont été mises en œuvre. Installer, positionner le matériel, travailler en asepsie ; la formalisation des règles de fonctionnement permettra aux seniors de former les jeunes.

Les infirmiers anesthésistes en revanche ne sont pas spécialisés dans un secteur particulier. Les IADES ont plus de polyvalence que les IBODES et tournent dans tous les secteurs, « ils sont moins à la main du chirurgien » (cadre infirmier). L'IADE possède une partie de délégation de la part du médecin anesthésiste, ce qui n'est pas le cas de l'IBODE. Il est plus indépendant, plus autonome. Son autonomie cependant dépend du médecin anesthésiste et de ce qu'il lui confie.

1.1.2. Des tensions liées aux retards des personnels

Les cadres infirmiers prennent des décisions multiples concernant l'organisation et les mettent en œuvre au coup par coup pour résoudre les divers problèmes qui peuvent se poser soit de manière

routinière, soit en lien avec un évènement spécifique. Si certains d'entre eux ont suivi une école de cadre, nombre d'entre eux font fonction de cadre sans avoir pu suivre la formation correspondant à la fonction.

Un cadre anesthésiste ainsi parle d'un rôle de facilitateur. Ce rôle le conduit certes à résoudre les problèmes matériels mais également à jouer un rôle de « tampon » entre différents acteurs. Il souligne le sentiment d'injustice qu'ils ressentent. « *Le cadre de proximité est toujours le tampon entre l'équipe pour l'intendance et le fonctionnement, on prend des coups tout le temps, on vous reproche tantôt d'être avec les médecins, tantôt d'être avec les infirmiers. Ca m'a aigri, on a l'impression d'essayer de faire des choses et personne n'est jamais satisfait, cela engendre une frustration. Se démener en ayant toujours les emmerdes est injuste. On est content de soi, on a trouvé des solutions aux problèmes puis le retour après est tellement négatif...* » (Cadre infirmier anesthésiste).

Le cadre ainsi doit gérer les problèmes liés aux retards. Le retard de l'anesthésiste déclenche la colère du chirurgien (et réciproquement car les retards concernent tantôt les chirurgiens, tantôt les anesthésistes).

Le chirurgien par exemple appelle le cadre infirmier anesthésiste car aucun anesthésiste n'est présent pour démarrer l'intervention. Or, l'anesthésiste intervient de manière décalée avant le chirurgien. L'anesthésiste a donc un retard important puisque le chirurgien est déjà là alors que l'anesthésiste devrait le précéder : « *C'est le cadre qui subit l'orage du chirurgien. Le chirurgien ne gueule pas après l'anesthésiste, il gueule après le cadre* ». Plusieurs personnes -chirurgiens ou personnels de soins- ont évoqué ces relations un peu décalées entre chirurgiens et anesthésistes, relations mêlées d'une déférence affichée et de rapports très policés. Ces deux catégories ménagent des relations qui leur permettent de continuer à coopérer sans perdre la face en cas de manquement. La non-justification d'un retard signe l'appartenance à un monde professionnel dans lequel chacun est son propre maître et ne doit rendre de compte qu'à ses pairs –et encore de manière limitée-. En revanche l'encadrement infirmier subit les remontrances de la partie mécontente. Ainsi, si le planning de travail des anesthésistes est fait par le médecin, responsable du service anesthésie, le cadre infirmier pallie les défaillances et doit trouver des solutions en cas d'absence des médecins.

1.1.3. *Des tensions liées à des statuts différents*

Les statuts différenciés on le sait confère du pouvoir différencié. La figure du chirurgien est souvent présentée comme celle devant laquelle il est difficile de résister ou d'argumenter. Le chirurgien est perçu comme une profession très écoutée des directions des établissements.

Ex : un cardiologue dont la plage horaire commence à 15 h souhaite commencer plus tôt car il est seul et a beaucoup de choses à faire. Il y a alors un problème d'ordre à résoudre au niveau du bloc entre « le sale et le propre ». Le responsable de bloc doit alors négocier les horaires d'intervention de chacun en fonction des possibilités d'occupation des salles, dans la mesure où elles sont désormais mutualisées. « Cela n'a rien d'évident par rapport à l'équipe

qui a l'impression d'être considérée comme un pion. Il y a une sorte de pyramide, patient, infirmier, chirurgien, et en haut de la pyramide, pour réguler, il y a le cadre » (cadre infirmier).

« Il faut aussi se battre pour que les gens osent prendre leurs vacances ». De fait le personnel du bloc prend ses vacances en fonction des vacances des chirurgiens ce qui suppose de la part de ces derniers une certaine discipline pour qu'on connaisse les dates de leurs vacances à l'avance.

Les anesthésistes ont des statuts très divers : vacataires ou au contraire attachés à l'hôpital. Ceci pèse sans aucun doute sur les modalités de l'investissement dans l'activité en hôpital.

Ainsi un cadre construit une typologie des anesthésistes qui tout en étant très personnelle met l'accent sur des investissements différents dans l'activité d'hôpital.

- *Le médecin anesthésiste a souvent son poste principal en privé pour gagner de l'argent et il fait le reste à l'hôpital mais ça n'est pas une priorité*
- *Le médecin « fonctionnaire » veut faire ses heures*
- *Les médecins « performants qui sont très consciencieux » ; ils sont toujours dérangés, car on fait souvent appel à eux, ce sont eux qui font les gardes (cadre infirmier)*

Malgré la différence de statut entre médecins et infirmiers, les infirmiers peuvent jouer un rôle non négligeable concernant le choix de recrutement des médecins. Tel est le cas, lorsqu'un responsable de l'équipe des anesthésistes demande aux infirmiers leur avis sur les médecins de l'équipe. « *J'ai une vue directe sur le parking, je regardais à quelle heure arrivaient les anesthésistes. Il y a des problèmes de ponctualité. On travaille bien de 8h à 14h ; après on travaille moins* » (infirmier cadre anesthésiste).

Le cadre fait également l'interface avec l'ensemble de l'organisation, veille à ce qu'il y ait un infirmier dans les vacations ouvertes.

1.1.4. Des tensions liées à des mauvaises prévisions de délais et d'ordonnancement

Notes de terrain : Aujourd'hui un chirurgien a changé l'ordre des patients le jour même. « Le changement d'ordre du patient fout tout en l'air, le patient est descendu, le matériel installé, il faut faire remonter le patient » (cadre infirmier occupant le poste de régulateur). « C'est un abus vis à vis du patient, cela perturbe le fonctionnement de toute l'équipe. Je dois aller le voir, c'est inadmissible, je dois le lui dire ». Et : « Je n'ai rien à me reprocher, J'attends qu'il ait fini son programme sinon il va être de mauvaise humeur et ça retombe sur toute l'équipe ». Au moment du déjeuner, le cadre n'avait pas encore abordé le chirurgien pour lui dire ce qu'il souhaitait. Cela paraît difficile d'affronter le chirurgien, de

lui faire la remarque, au risque d'entrer en conflit. Interdire ce mode de fonctionnement aux chirurgiens, c'est déranger leur suprématie dans le fonctionnement. « Les règles sont bêtes mais elles permettent d'avoir une rapidité, de maîtriser le temps et les rendez-vous pris entre tous ».

Les structures mettent en place des modalités concrètes de construction des programmes opératoires que nous verrons ci-dessous. Ces modalités facilitent la régulation et on peut ainsi voir de vraies différences selon les institutions et selon le travail de négociation qui a été mené entre le personnel de bloc et les chirurgiens et anesthésistes. Cependant il existe toujours des comportements problématiques. Ceux-ci deviennent marginaux quand l'ensemble des acteurs accepte de respecter un certain nombre de règles.

Le cadre infirmier qui est chargé de la régulation se rend disponible pour l'équipe et gère les problèmes qui peuvent se poser en faveur du praticien. Il s'agit de coordonner les salles et réguler les flux d'opérations.

« Par exemple, les salles sont affectées aux différentes chirurgies. Mais s'il n'y a pas d'activité dans un secteur, s'il faut une salle dans une spécialité, le régulateur se charge de faire correspondre les besoins. Il se charge d'ouvrir les autres salles, de contacter l'anesthésiste, de prévenir l'équipe. Il fait venir alors quelqu'un même si ce n'est pas son secteur qui est concerné » (cadre infirmier).

Enfin malgré des efforts pour organiser les programmes de manière précise, des erreurs peuvent se glisser, erreurs humaines liées à des négligences, des oublis...

« Il arrive que la secrétaire rajoute la veille quelqu'un sur le programme mais elle n'alerte que le lendemain, il faut qu'elle fasse l'alerte entre 8h et 9 h sinon c'est trop tard. Mais cela arrive que les secrétariats oublient d'appeler ».

Ou encore « Des fois on a l'information mais on peut oublier de la noter » (cadre infirmier).

La transmission d'informations orales double l'information écrite. Les supports écrits divers (feuille, dossier, fax ou message courriel) sont insuffisants car les personnels sont surchargés de travail et la transmission orale joue comme un rappel, une alerte. Par ailleurs, on remarque que dans chaque organisation le fait de construire des responsabilités dédiées améliore le système. Ainsi, on le verra, la création d'une fonction de régulateur à Lame construit une synergie et une meilleure coordination, des responsabilités multiples d'innovations ou d'atteintes de normes aux cliniques de Noil améliorent le fonctionnement des services.

1.2. La charte de bloc comme référence de régulation

Pour résoudre les tensions, il est nécessaire de mettre en place des instances de régulation qui aient un pouvoir et donc une légitimité. Les instances existantes diffèrent selon les lieux. Les régulations s'y

font de manière différente en lien avec le statut des établissements, les instances de régulation mises en place et l'histoire des établissements. La charte de bloc est le seul document écrit qui puisse faire référence localement dans la régulation du fonctionnement du bloc. C'est ce qui lui confère son importance. Elle est une base qui peut être activée par les différents acteurs dans leur activité quotidienne d'organisation et de gestion du bloc. Mais elle ne l'est pas toujours.

La charte peut être définie comme une sorte de règlement intérieur, validé par l'ensemble des personnes participant à l'activité du bloc opératoire⁸. La charte est un document évolutif qui sera modifié en fonction des modalités de travail. « *D'une manière générale la charte définit les conditions de fonctionnement nécessaires et suffisantes permettant aux activités opératoires de se dérouler dans le respect des intérêts du patient, du personnel, des équipes médicales, chirurgicales ainsi que la réglementation en vigueur (charte Parisp1)* ».

A l'hôpital, le bloc apparaît comme un service ayant une hiérarchie propre. Des structures de fonctionnement sont décrites dans les chartes de bloc. Ainsi, par exemple deux instances sont définies dans la charte de bloc à Lame.

1.2.1. Le conseil de Bloc opératoire

C'est une instance qui permet le « déroulement harmonieux de l'organisation et du fonctionnement du bloc opératoire »⁹. Dit autrement, il s'agit de mettre en place des règles de fonctionnement, de les faire respecter ; cela suppose de les rappeler, de discuter, convaincre et négocier en cas de non-respect des règles. Ces règles sont rappelées dans la charte et couvrent un champ très vaste. La charte est un document révélateur des problèmes rencontrés et des solutions que les équipes ont convenu de mettre en œuvre. Sa première utilité est d'avoir été construite car elle a permis ainsi de révéler les problèmes, de les discuter, de faire valider par les différents acteurs des solutions communes auxquelles on pourra se référer. A Lame la charte a été validée par la CME (commission médicale d'établissement) ; cela lui confère une légitimité renforcée qui peut dans un deuxième temps peser sur les négociations entre partenaires. La charte n'est pas toujours appliquée ; pour l'être, cela suppose un investissement des différentes parties. Ainsi on peut constater un décalage entre la composition du conseil de bloc opératoire de Lame et l'investissement de fait des différents acteurs.

⁸ Cf. charte de bloc de Paris

⁹ Cf. charte de bloc, validée le 5 mai 2006 par la CME (page 3) ; le texte de référence qui est à l'origine de la construction de la charte est la circulaire DH/FH/n°2000-264 du 19 mai 2000.

Le conseil du bloc opératoire de Lame est composé de :

- Un président de conseil de bloc,
- un vice-président, un chirurgien,
- deux médecins anesthésistes,
- Le cadre supérieur du secteur Bloc opératoire anesthésie,
- deux cadres de santé secteur bloc opératoire,
- un cadre de santé secteur anesthésie,
- un représentant de la direction générale,
- Un directeur de soins.

Cependant dans les faits, la régulation est assurée par la cadre supérieure de santé. On peut faire l'hypothèse que les autres acteurs -dont ce n'est pas le métier d'organiser- privilégient d'autres activités. La charte est néanmoins importante au niveau symbolique car elle permet lors de conflits d'obtenir une légitimité dans les décisions et d'énoncer des bonnes pratiques qui fonctionnent comme des repères même si tout n'est pas mis en pratique.

1.2.2. Assemblée générale

La deuxième instance de régulation de Lame concerne l'assemblée générale, instance qui permet les prises de décisions nécessaires à l'organisation et au fonctionnement du Bloc Opératoire. Sa composition est la même que celle du conseil de bloc à laquelle se rajoutent deux IADE, trois IBODE et trois aides soignantes. Les membres sont élus par collèges : chirurgiens, anesthésistes, cadres, IADE (infirmiers anesthésistes), IBODE, IDE (infirmières diplômées d'état), AS (aides soignantes). Son rôle est plus large :

Extrait de la charte de Lame

- définition des orientations stratégiques du bloc,
- adoption des principes de fonctionnement,
- attribution des plages opératoires,
- élection en son sein d'un président, interlocuteur de la direction,
- rédaction et adaptation de la charte sur proposition du conseil de bloc,
- orientation des choix d'équipement pour le bloc opératoire,
- définition des propriétés de la politique qualité et sécurité,
- siège en session ordinaire une fois par an et en session extraordinaire à la demande du conseil de bloc,
- prise de décision à la majorité simple des présents

Les différentes règles édictées par la charte concernent des rappels de comportements souhaitables (par exemple le respect des règles de courtoisie courantes), la nécessité d'être ponctuel. Il est ainsi spécifié dans la charte de Lame que tout retard de plus de 30 minutes aura des conséquences pour le malade et le programme. « *Tout retard non justifié d'un opérateur, quel qu'il soit, de plus de trente minutes, entraînera le retour de l'opéré dans le service d'hospitalisation, la place laissée libre dans le programme étant dès lors occupée en fonction des besoins* » (p8) ; ceci devrait permettre au personnel du bloc de mieux pallier les retards. On notera que si le service dans son ensemble peut ainsi être préservé, cela ne résout pas la question de la qualité de service pour la personne concernée. On peut penser que de telles mesures jouent un rôle dissuasif. Dans les faits, la mise en œuvre des règles et l'argumentaire n'est pas si aisée à mettre en œuvre.

2. Les enjeux d'une programmation fiable :

Les enjeux d'une programmation fiable sont divers. Sans les hiérarchiser nous en avons repéré quatre.

1. Éviter les attentes des patients
2. Le temps d'occupation et la productivité des installations ;
3. La bonne gestion de la préparation des outils
4. La mise à disposition du personnel et les conditions de travail

2.1. Éviter les attentes des patients

Un premier objectif est d'éviter les attentes des patients. Ainsi la responsable de l'ordonnancement de Noil travaille actuellement sur cet objectif. Il s'agit de ne pas faire rentrer trop tôt le patient avant l'opération. L'intervention doit avoir lieu à peu près à l'heure qui a été indiquée au malade. Enfin le malade doit sortir de la clinique au moment prévu sachant que la sortie ne peut être effectuée que si le malade a reçu la visite du chirurgien sous la responsabilité duquel il se situe. Seul le chirurgien peut autoriser la sortie. Or, le chirurgien n'assure pas toujours les visites à l'heure prévue. Il peut ainsi faire sa visite l'après midi et non le matin ainsi qu'il en avait été décidé. Cela a différentes conséquences. L'infirmière non prévenue de ce report de visite va occuper une partie de son temps à joindre le médecin pour voir quand il passera. En outre, l'ensemble du service ne peut préparer le lit et la chambre pour le malade suivant puisque la chambre ne peut être libérée. C'est donc l'organisation de l'ensemble du service qui est perturbée. Dans le cadre de la clinique, l'argument économique joue également un rôle essentiel puisqu'un lit qui aurait pu être libéré ne l'est pas à temps. On ne peut alors recevoir le malade suivant dans de bonnes conditions. Ce type de problème est généré par le fait que le chirurgien ne respecte pas les horaires prévus. C'est donc sur le respect de cet engagement que le service ordonnancement de la clinique travaille actuellement avec les chirurgiens. L'attente du patient peut également se faire à l'entrée du bloc. Si deux patients sont programmés en même temps il faudra forcément que l'un rebrousse chemin et réintègre sa chambre en attendant. La question posée ici est celle de la bonne cohérence des programmes opératoires, nous y reviendrons plus loin dans ce chapitre.

Enfin, il est utile de prévoir des alertes vis à vis des brancardiers pour qu'ils puissent aller chercher le patient dans les temps, juste avant l'opération, ou le ramener dans sa chambre dès que l'anesthésiste a donné son accord de sortie de la salle de réveil.

2.2. Le temps d'occupation et la productivité des installations

Un bloc opératoire est un condensé de technologie requérant des investissements financiers élevés. Le personnel qui y intervient est hautement qualifié ; son temps doit être utilisé à bon escient. Les attentes de personnel ou les inoccupations de salle doivent donc être minimisées. La nécessité d'une grande fiabilité des instruments suppose également des contrats de maintenance coûteux. L'amortissement de ces investissements supposerait donc que les installations soient utilisées sur des plages horaires longues. Les études effectuées par le cabinet Iris montrent que l'occupation des blocs est loin d'être maximum.

Ainsi à Lame le temps moyen d'occupation des salles varie selon les salles de bloc de 17h à 24h.

Notons que l'objectif peut être aussi d'utiliser les chirurgiens au maximum de leurs possibilités d'opération. Dans le privé les chirurgiens sont rémunérés en fonction du nombre et du type d'opérations effectuées, ce qui pousse à opérer beaucoup. Ces chirurgiens sont de ce fait assez sensibles aux argumentaires des gestionnaires lorsqu'ils peuvent se rendre compte qu'une meilleure gestion se traduit in fine pour eux par des possibilités plus grandes d'opérer.

2.3. La bonne gestion de la préparation des outils

Une bonne anticipation du programme du bloc permet d'organiser l'activité des personnels de bloc. Ainsi, programmer une opération suppose de tenir compte de la disponibilité des salles, mais cela suppose également de pouvoir disposer du personnel soignant nécessaire. Participent aux opérations, outre le chirurgien responsable, un anesthésiste, un infirmier anesthésiste (IADE)¹⁰, des infirmières diplômées (IDE) ou des infirmières de bloc opératoires (IBODE)¹¹. Les aides soignantes interviennent au moment de la préparation de la salle puis en fin d'activité pour le nettoyage de la salle.

¹⁰ Les infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) sont les proches collaborateurs des médecins anesthésistes-réanimateurs. Infirmiers spécialisés, ils sont habilités à effectuer les actes relevant de leur seule compétence; leur activité doit être à la mesure de leur qualification. Ils ne se substituent pas aux médecins anesthésistes-réanimateurs qu'ils assistent, mais qu'ils ne remplacent pas.

¹¹ Les infirmiers de blocs opératoires sont en nombre insuffisants ce qui conduit à avoir recours de manière indifférencié à des IDE. Notons qu'à Noil, les chirurgiens utilisent aussi des secrétaires médicales. Ce sont des personnels qui ont appris à servir l'acte du chirurgien progressivement. Traditionnellement il pouvait s'agir des secrétaires ou des épouses des chirurgiens qui apprenaient ainsi le métier sur le tas. Elles ont été conduites à compléter leurs savoirs par des formations et à obtenir ainsi une validation de leurs acquis professionnels.

La mise en œuvre des programmes s'accompagne d'une activité de préparation d'outils permettant au chirurgien d'effectuer l'opération. Il s'agit de petits matériels et de prothèses parfois très volumineuses. Les outils sont préparés sur des chariots le matin des opérations. Tout changement dans le programme opératoire en cours de journée et particulièrement en tout début de programme conduit à revoir la préparation de ces chariots. Faire et défaire implique nécessairement un coût en temps et en charge de travail.

3. La construction concrète du programme opératoire

« Le programme opératoire représente le cœur de l'organisation du bloc opératoire. L'article D 712.42 du décret n° 94 1050 du 5 décembre 1994 indique que « le tableau fixant la programmation des interventions est établi conjointement par les médecins réalisant ces interventions, les médecins anesthésistes réanimateurs concernés et le responsable de l'organisation du secteur opératoire, en tenant compte notamment des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur opératoire ainsi que des possibilités d'accueil en unité de surveillance post interventionnelle ».

« Un malade programmé ne peut être inscrit au tableau opératoire que s'il a été vu en consultation d'anesthésie à distance (décret 94 1050 du 5 décembre 1994), qu'aucune contre-indication n'a été dépistée à cette occasion et que les ressources nécessaires à l'accomplissement de la procédure chirurgicale sont disponibles. Une organisation concertée du programme opératoire, entre chirurgien et anesthésiste, doit aboutir, après validation bilatérale, à sa réalisation sans modification »¹². Dans les principes figure aussi la nécessité de valider le programme au plus tard le vendredi 17h et le porter à la connaissance de l'ensemble des acteurs.

Passer des principes à la réalisation est chose peu aisée. Nous allons voir comment dans les faits se construisent réellement les programmes opératoires.

Pour calculer un temps opératoire, il est nécessaire de bien distinguer les différents jalons de l'activité. Ainsi, le temps de fin d'intervention du praticien dans le cadre du programme ne correspond pas au moment de fermeture du bloc. Une fois la dernière intervention programmée, d'autres interventions sont effectuées dans le cadre de l'urgence. La fin du travail du bloc intervient après que les multiples opérations de rangement et de nettoyage soient effectuées.

Pour évaluer la durée de mobilisation d'une salle dans le cadre d'une intervention il est donc nécessaire de distinguer différentes opérations qui supposent chacune une durée :

La durée de mobilisation de la salle doit intégrer (cf. la charte de la clinique de Noil)

- le temps de préparation et d'installation du patient,
- le temps nécessaire à l'anesthésie

¹² Ces principes des programmes opératoires sont définis dans la charte du bloc de Paris (p 6).

- le temps nécessaire au praticien pour réaliser ses actes
- le temps nécessaire à la remise en état de la salle (notamment bio nettoyage)

Jalon et mobilisation du personnel pour une opération

Jalon	Activité	Intervention IDE ou IBODE	Présence du Patient	Anesthésie	chirurgien	Aide soignante
entrée	Installation du patient	X	X			X
Induction	anesthésie	X	X	X		
Incision	Intervention	X	X	X	X	
Fin d'intervention						
Sortie patient		-	X	X	X	
Salle remise en état	Nettoyage rangement		-	-	-	X

Le calcul du temps d'opération : Le travail de nettoyage de l'aide soignante se situe sur l'axe central du temps d'activité. Il est indispensable dans le calcul du temps d'occupation d'une salle de tenir compte non seulement du temps d'intervention mais également du temps de remise en état de la salle. Pour mesurer le temps d'occupation d'une salle d'opération, et programmer une intervention certains chirurgiens indiquent le temps d'occupation pour une opération en incluant le temps de préparation et de nettoyage de la salle qui est relativement standard (10 minutes à 20 minutes selon que les opérations sont dans des contextes infectieux ou non). Mais d'autres chirurgiens ignorent ce fait et minimisent ces temps ou les ignorent, déstabilisant ainsi l'ensemble de la programmation.

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, établir un programme opératoire suppose de tenir compte d'une disposition matérielle des salles d'opérations, de vérifier la disponibilité du personnel qui participera à l'opération : chirurgien, anesthésiste, infirmier-anesthésiste, infirmières, aides soignantes. Tous les programmes opératoires que nous avons étudiés sont construits au départ de la même manière. Le bloc dispose de salles outillées pour certains types d'opérations. Il s'agit a priori de salles dédiées à certains types de chirurgie, ce qui n'exclut pas qu'en cas de nécessité elle puissent être polyvalentes et être utilisées pour d'autres chirurgies. Elles sont donc polyvalentes mais cette polyvalence n'est que relative.

A la base, chaque chirurgien dispose de salles à certains jours et selon certaines plages horaires dans ces salles. En principe s'il inscrit un malade sur ces plages horaires dédiées, le chirurgien ne devrait pas avoir de problème de matériel ou de personnel bloc. En effet, si le personnel est absent pour une raison quelconque la coordination du bloc trouve un remplaçant. Dans certains cas ce type de problème n'est pas si facile à résoudre du fait de cumuls d'absence pour différentes causes. Chacune

des équipes de spécialité est libre d'échanger les horaires et les salles entre les chirurgiens d'une même spécialité car le matériel étant le même cela ne pose pas de problème majeur. Le programme opératoire notamment dans le privé doit prendre en compte les désirs des anesthésistes. Ils souhaitent en effet le regroupement de leurs interventions et peuvent refuser un programme opératoire qui leur paraîtrait trop éclaté. Ce que nous venons de décrire concerne les bases d'un programme opératoire prévu. Le rajout des urgences se fait en général après une discussion entre chirurgien, anesthésiste et bloc opératoire afin de concilier les disponibilités de chacun avec celle des moyens. Les urgences sont en règle générale rajoutées en fin de programme. Nous y reviendrons. Les acteurs du bloc opératoire ont à l'esprit des critères pour faire l'ordonnancement des interventions dans les salles. Ainsi une responsable de bloc hiérarchise les critères de la manière suivante :

- 1- une urgence est prioritaire*
- 2- une intervention chirurgicale nécessitant une anesthésie générale passera avant une anesthésie locale (à cause de la gestion du réveil en cas d'anesthésie générale)*
- 3- les interventions nécessitant un matériel implantable sont prioritaires (propreté nécessaire pour les prothèses)*
- 4- une personne ayant une infection sera programmée après les malades non infectés*
- 5- les enfants passent avant les adultes car ils ne peuvent rester trop longtemps à jeun*

Dans la charte de Paris les critères d'ordonnancement sont plus détaillés. Il est précisé que l'ordre de passage des patients doit faire l'objet d'une concertation entre chirurgiens et médecins tenant compte notamment"

- *de la difficulté et de la longueur prévisible de la mise en condition anesthésique de la difficulté et de la longueur prévisible de la chirurgie*
- *de la présence nécessaire d'un(e) instrumentiste*
- *du passage programmé en réanimation*
- *du terrain du patient (âge, état mental, allergie, diabète, etc.)*
- *du caractère septique de l'acte opératoire*
- *de la durée de séjour prévisible en USPI*

Sont prioritaires, c'est à dire placés en première position:

- Les patients ambulatoires
- Les enfants
- Les patients classés ASA (Amélioration du Service Attendu III et IV)
- Les patients allergiques au latex
- Les patients présentant des altérations de l'état mental
- Les interventions les plus longues sur le plan anesthésique et ou chirurgical
- Les interventions avec mise en place de matériel.

Après avoir défini ces éléments généraux communs nous allons maintenant entrer dans les procédures concrètes qui président à la construction du programme. On remarquera que la programmation se fait tantôt à l'aide de l'informatique, tantôt non.

Programmation à l'aide de l'outil informatique

Paris	Noil	Lame
Non	Oui	Oui

On a pour tous les établissements plusieurs types de trajectoires du patient :

1. Le patient passe par la consultation; c'est le moment où est programmée l'intervention. Cette programmation est faite à Lame et à Noil, une semaine avant (nous verrons qu'il peut y avoir des exceptions mais elles doivent être pour chaque cas, évaluées pour que le service rendu soit de qualité pour le patient). A Paris certaines opérations sont parfois programmées la veille de l'opération ou dans la nuit précédente. Celles-ci correspondent néanmoins à des interventions courantes, autrement dit qui n'ont pas le statut d'urgence.
2. Certains malades (ceux qui viennent en ambulatoire) sont opérés le jour même
3. Le service des urgences envoie les malades dans le service d'hospitalisation puis ils vont au bloc le jour même ou dans les 3 jours. Deux cas de figure :

Si l'urgence s'accompagne d'une opération immédiate, les soignants avant l'arrivée du patient anticipent ; ils préparent par exemple la perfusion, la tondeuse. « Anticiper permet de ne pas être dépassé » (cadre de service). Les infirmiers s'interrompent dans le travail quand il y a problème. Plus on les prévient tôt, mieux ils s'organisent. Ils apprennent d'expérience. « A l'arrivée du malade on se dépêche : on enregistre le malade, on l'installe, l'infirmier prélève pour les analyses, l'anesthésiste arrive rapidement » (cadre infirmier service chirurgie Paris).

Si l'urgence ne nécessite pas d'opération immédiate, ce n'est pas le même branle bas de combat. « Si les urgences ont commencé par exemple l'antalgique, on continue la surveillance ; l'idée est que le malade se sente accueilli ».

Les démarrages et les fonctionnements des blocs sont des « poupées russes », fragiles, interdépendantes. Il y a des chaînes d'activité et de rendez-vous ; si une personne faillit pour une raison quelconque tout peut être perturbé. Chaque personne en retard doit prévenir ; si elle ne prévient pas on l'appelle. Si un chirurgien ou un anesthésiste est en retard, un autre pourra le remplacer ; cela suppose un travail supplémentaire d'organisation pour le personnel cadre infirmier du bloc. Mais même si l'on trouve « un remplaçant », l'activité en sera perturbée. Nous allons maintenant décrire les trois types de procédures utilisées dans les trois établissements enquêtés car chacun d'entre eux a mis en place des procédures et des moyens matériels en personnels différents.

3.1. Un programme construit sur un support cahier : Paris

3.1.1. *Le circuit général de la prise de rendez-vous pour l'opération*

Deux outils de traçabilité révèlent les décisions des chirurgiens. Le dossier du patient, le cahier opératoire.

1/ Lorsque le chirurgien consulte, il regarde sur ce cahier commun aux chirurgiens du service afin de se rendre compte de la disponibilité des salles et du type d'intervention programmé par les autres chirurgiens de la même discipline. Le cahier circule entre les chirurgiens. Par exemple en urologie, deux salles sont à disposition des chirurgiens. Cela permet au chirurgien de voir quelles sont les plages disponibles. S'il y a de la place, le chirurgien indique avec une étiquette le type d'intervention qu'il prévoit. Tous les chirurgiens savent à peu près le nombre d'opérations qui peuvent être programmées. Ils savent aussi de quels matériels le bloc dispose ; ils doivent en principe éviter de programmer en même temps des interventions qui nécessitent l'usage du même matériel. Ils doivent également anticiper les procédures de nettoyage et de décontamination et donc les temps nécessaires à ces procédures. Tout ceci se fait 'au jugé'. En effet il n'existe pas d'outil permettant de comptabiliser les temps et produire une moyenne. Si ceci est un des objectifs de la clinique de Noil, et une préoccupation à Lame, il n'en est pas ici question.

2/ Un staff de chirurgie a lieu une fois par semaine, il réunit les chirurgiens, les anesthésistes, les cadres infirmiers.

- Dans la première partie de matinée les chirurgiens discutent des indications, demandent des avis, livrent leurs hésitations d'indication.

Les patients sont présentés ; les anesthésistes donnent leurs avis concernant les possibilités d'anesthésie, disent lorsque cela leur paraît difficile, demandent des examens complémentaires, retardent si nécessaire l'inscription d'un patient dans les programmes. Au staff, une référente du bloc (unepanseuse) est présente. Elle évoque la question de la disponibilité ou non du matériel nécessaire. Elle prend note aussi des demandes de chirurgiens concernant des matériels spécifiques.

- Dans la deuxième partie de la matinée le staff chirurgical travaille avec le radiologue, l'oncologue (cancérologue) et le radiothérapeute. « Pour un cancer, il est souvent mieux de commencer par faire de la chimio » (cadre infirmier de service chirurgie). La décision est prise au vu des scanners. Ce staff permet d'ordonner les types d'intervention, il est possible que l'on fasse autre chose que de la chirurgie : avant ou après ou en complément. Les personnes assistant au staff remplissent le cahier opératoire, il s'agit d'un agenda (avec jours de la semaine) unique pour tous les chirurgiens dans lequel on résume les discussions et on fait un compte rendu des décisions

prises. Les futures absences des chirurgiens sont notées sur ce cahier. Simultanément on renseigne le dossier du patient s'il y a lieu.

3/ Le tableau des interventions programmé est tapé et envoyé le vendredi avant 13h à la responsable du bloc.

Les acteurs ont pu lors de leurs récits mettre en évidence un certain nombre de dysfonctionnements. Il manquait au moment de l'étude deux cadres au bloc ; cette vacance a des conséquences sur l'ensemble de l'activité. Le bloc apparaît surchargé. Cela se traduit par l'externalisation de certaines activités. Les boîtes d'instruments vont être faites par la stérilisation, les réceptions de livraison et les ouvertures de colis sont faites avec le service lingerie. Cette absence génère d'autres perturbations. Les cadres n'ont plus tellement le temps d'aller aux staffs (ils ne sont pas toujours prévenus non plus quand les horaires des staffs sont modifiés).

On constate aussi des perturbations liées aux relations avec l'extérieur. Le bloc reçoit de nombreux rajouts d'urgence ou des changements d'ordre multiples. Ainsi dans une même journée une cadre infirmière avait reçu tellement de demandes de changements dans la programmation, qu'elle dit avoir fini par renoncer à s'en occuper : « *Le changement de programme opératoire peut concerner le tiers des interventions de la journée* » (cadre infirmier). Les IBODES ont des chariots préparés pour la journée, quand il y a un changement de malade dans le programme, elles ont pour chaque changement deux ou trois boîtes à changer. Ce qui représente une surcharge de travail et une perte de temps.

4/ l'introduction des urgences dans le programme opératoire.

S'il y a une grande urgence (une urgence vitale) on fait le tour des salles pour voir quelle est la salle qui termine la première. Ce tour des salles se fait à distance. Les cadres infirmières savent par expérience où en sont les interventions. Si l'urgence n'est pas vitale on la rajoute en fin de programme.

Il faut noter qu'il n'y a pas vraiment de centralisation des modifications du programme. Ainsi, n'importe quelle personne peut rajouter l'urgence au programme aussi bien une anesthésiste ou un chirurgien que la coordination ou une infirmière.

L'interface est faite par la coordination installée à l'entrée du bloc ; une secrétaire fait le lien avec l'extérieur. On prévient la coordination au bloc d'un rajout d'intervention. Le chirurgien ne donne souvent pas de manière précise à ce stade l'heure de l'opération.

3.1.2. Les difficultés du bloc à Paris

a) Beaucoup d'interventions de pose de cathéter ne figurent pas dans le programme opératoire. L'inscription de ces interventions dans les programmes devrait être possible mais n'est

pas faite. Les prises de rendez-vous pour les cathéters sont donc faites par l'infirmière de service du bloc. « *Je pense que le chef de service pourrait envoyer le programme des cathéters plutôt que de prendre chaque rendez-vous de manière séparée au bloc* » (cadre infirmier).

En conséquence ces rendez-vous de pose de cathéter dérangent continuellement le secrétariat du bloc, les infirmières ; cela occupe de temps, et hache l'activité, pose des problèmes dans la mise en œuvre des programmes. Cela alourdit le travail de secrétariat et rend plus complexe la programmation.

b) La construction du programme opératoire est peu standardisée et fait l'objet de recopies. On peut dire qu'il n'y a à Paris ni normalisation de la présentation des programmes, ni du terme de constitution de ces programmes (et ceci a contrario de ce qui figure dans la charte).

- L'information concernant les programmes opératoires parvient au bloc à des jours différents.
 - o Pour la chirurgie plastique, une partie de l'information arrive le vendredi pour le lundi, une partie arrive le lundi pour le reste de la semaine.
 - o L'ORL arrive le vendredi pour le lundi
 - o La stomatologie arrive le jeudi pour le lundi
 - o L'urologie le mercredi pour le jeudi avec un programme établi au jour le jour...

- Si certains envoient leur programme par mail, d'autres l'amènent sur des feuilles tapées de type word. Lorsque la coordination reçoit le programme de chacun des services, elle en refait un selon sa propre présentation homogène pour l'ensemble des interventions. (salle, nom de la personne, service, heure d'arrivée...). La coordonnatrice respecte l'ordre donné par le chirurgien. Ainsi les grosses interventions sont plutôt programmées le matin où toutes les équipes sont là. Le premier critère pour ordonner les opérations est la dimension septique, on travaille du moins vers le plus septique¹³.

- De plus, les renseignements fournis ne sont pas homogènes. Si la chirurgie plastique, l'ORL et la stomatologie indiquent des horaires qui sont mis par les chirurgiens, l'urologie et le digestif n'indiquent aucun horaire. Cependant les horaires indiqués ne sont pas toujours fiables.

c) Le programme du bloc change souvent. Les raisons des changements du programme de bloc sont multiples.

- Le programme peut être déstabilisé par des opérations qui n'ont pas lieu : ainsi une annulation due au fait qu'un patient ne se présente pas, ce peut être aussi l'état du malade qui ne permet pas l'intervention (une hypertension depuis la veille ne permet pas l'opération).
- Le programme est également déstabilisé par les urgences ou les modifications introduites par les chirurgiens. Le bloc ainsi montre une grande flexibilité, s'adapte à tout changement. Il y a des urgences mais il y a aussi des oublis.

¹³ Septique : souillé, porteur de germes

Le bloc s'adapte en permanence

L'activité est ainsi souvent modifiée. Elle est modifiée plusieurs fois dans la journée et au cours de la nuit. Ce qui fait dire à un cadre : « si on pouvait prévoir le matin ce serait bien ». On ne se situe donc pas dans l'anticipation. On constate une sorte de résignation de l'ensemble du personnel du bloc sur cette très grande flexibilité qui est demandée. Alors qu'à Noil, changer le programme et donc modifier les chariots d'instruments et de prothèses tels qu'ils ont été préparés le matin ne paraît pas admissible, ici cela paraît normal et n'est pas considéré comme un problème.

De multiples changements, y compris nocturnes ont lieu ; il arrive qu'un chirurgien passe à 22 heures et rajoute des urgences sur la feuille de programme. Celle-ci est scotchée sur le bureau du secrétariat, chacun pouvant y introduire ses modifications. De ce fait, le travail d'ajustement à l'ouverture est important. Il est nécessaire dès l'ouverture d'avoir une grande vigilance au niveau de l'organisation. Le bloc est ouvert le matin vers 7h30 par un cadre infirmier ou surveillante (ailleurs l'ouverture peut être faite par l'aide soignante du fait de la stabilisation du programme) ; les cadres infirmiers ouvrent le bloc le matin à tour de rôle et vérifient que tous les intervenants prévus sont présents, et que le programme n'a pas été modifié, s'il a été modifié, il faut ajuster le fonctionnement du bloc.

Le bloc reprend le programme au quotidien, il rajoute les urgences, on ouvre des salles supplémentaires éventuellement.

Le changement de programme perturbe l'activité du bloc et pose de multiples problèmes qu'il faudra résoudre (cela prend du temps). Des salles ont pu être nettoyées et fermées, il faut alors rouvrir la salle. Une panseuse a été libérée, il faut en trouver une autre. Au-delà des pertes de temps, on peut constater que faire et défaire n'est guère stimulant pour le personnel du bloc qui a le sentiment que son travail est peu considéré.

d) Les modalités de changement du programme posent problème :

- **Officiellement le circuit du changement est le suivant :** le changement de programme est émis par le chirurgien qui informe l'IBODE, qui informe la coordonnatrice qui modifie le programme. Ceci est le circuit officiel.
- **Dans les faits** cela se passe différemment car d'autres circuits de changement coexistent. Le changement sur le programme opératoire mis à disposition sur le bureau de la coordination peut être modifié par la coordonnatrice, par un chirurgien ou un anesthésiste. Un des problèmes est que les professionnels modifient le programme sans signer et sans signaler qui a modifié le programme ; les renseignements concernant le malade ne sont pas non plus mentionnés, l'identité n'est parfois pas indiquée. Il est arrivé que les changements ne soient pas clairs, que deux malades arrivent en même temps au bloc.

e) Désorganisation et activité en tension

Les temps opératoires varient par exemple entre chirurgiens jeunes ou plus anciens (les expérimentés étant plus rapides). Certains chirurgiens se doivent de former les jeunes internes et mêlent intervention et enseignement. Ceci contribue pour une part à déstabiliser la comptabilité des heures

opératoires. « *On aimerait des durées opératoires cohérentes mais de toute manière dans les durées opératoires on n'indique jamais les heures de ménage. C'est démobilisant pour ceux qui font le ménage* ». Cependant si tous cherchent à ne pas finir trop tard, il semble que les conditions de sécurité ou d'hygiène ne soient pas toujours respectées

« Je crains une catastrophe, (certes) notre objectif à tous est de finir plus tôt. Les programmes sont surbookés et on ne veut pas finir à point d'heure. Mais les anesthésistes n'acceptent pas toujours le temps de nettoyage des salles. Ils font rentrer le malade quand le sol est mouillé » (cadre infirmier).

« A une réunion, ils disaient qu'il fallait toujours se dépêcher, ils faisaient pression sur tout le monde. Donner 10 minutes entre deux malades pour ranger, trier le matériel, nettoyer le bloc, préparer pour le malade qui suit, cela leur est impossible. Trop se dépêcher conduit à prendre des risques, cela décourage aussi les AS. La précipitation est source d'erreur, pour les examens qui partent, il faut en effet remplir des papiers faire des vérifications.

« Lorsqu'on a un mineur, il faut faire des vérifications d'identité, regarder les autorisations parentales, ceci demande un minimum de temps. A force d'aller vite, j'ai peur. Peur que l'on coche deux homonymes ». « Avec des morceaux tranchants on peut se piquer. On est parfois obligé de prendre du temps, l'hémostase, la ligature prend du temps. Quand il y a un interne c'est plus long. Il faut en tenir compte... » (Cadre infirmier).

La mauvaise programmation conduit à surcharger des programmes. La volonté d'accélérer apparaît nuisible car cela ne permet plus de satisfaire aux normes de sécurité, et d'hygiène.

3.1.3. Le circuit : urgences → service chirurgical → intervention :

Les urgences se rajoutent dans le programme des blocs opératoires. Ici cela concerne des urgences habituelles, des transplantations des greffes, et des urgences amenées par le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

C'est l'interne le plus souvent qui téléphone des urgences pour savoir s'il y a un lit. On prévient l'infirmier de secteur de l'arrivée du malade, ainsi que l'aide soignante afin de préparer son accueil (l'aide soignante se chargera de la douche, du repas, du rasage). Les infirmières du service préviennent l'anesthésiste et la coordination. Cela double l'information ; en effet, les chirurgiens préviennent eux aussi les anesthésistes.

Dans le service d'hospitalisation, il y a désormais un téléphone dédié pour le bloc. Ceci illustre ce que nous avons dit concernant l'importance de hiérarchiser l'information et l'envahissement de la communication. Les nombreux échanges oraux conduisent à dédier une ligne et une sonnerie spécifique au bloc afin d'être certains que l'on répondra. « *C'est une alerte d'urgence, quand il sonne on répond toujours et le plus vite possible : avec cette sonnerie faut pas trop traîner* ».

Il existe des relations courantes entre le personnel du bloc et les services. L'infirmier du service chirurgie va dans l'espace bloc lorsqu'il descend par exemple une pompe à morphine. Chaque service fournit son matériel.

Certains échanges sont aussi liés à des incidents. « *Le malade peut aussi avoir oublié d'enlever un bijou, une prothèse. En principe l'infirmière vérifie, elle alerte alors le malade de bien enlever l'objet mais certains malades ne le font pas car ils veulent garder l'objet jusqu'au dernier moment et ensuite ils oublient de l'enlever. Une infirmière a 12 ou 13 patients en charge ce qui ne permet pas une surveillance très précise de ces détails (cadre de service) ».*

Parfois des personnes des blocs ou des urgences se rendent dans les services en période post opératoire, pour les pansements.

Les services du fait de la réactualisation continue du programme connaissent le nom des premiers patients mais pas l'ordre des patients ensuite. Ils les préparent donc tous. Les infirmières disposent du programme opératoire, sans indication d'horaire.

3.2. Un circuit avec informatique à Lame

3.2.1. Le processus de construction du programme au bloc

Au sein du bloc, les spécialités sont regroupées en secteurs. Chaque secteur dispose d'une salle, chaque chirurgien dispose d'une plage horaire. Les chirurgiens au moment où ils indiquent au patient la date de son opération, sont censés renseigner le logiciel optim, autrement dit, indiquer sur leur terminal ordinateur les renseignements concernant l'opéré. Cela permet à l'ensemble des collègues d'avoir une visibilité du programme opératoire¹⁴.

Ainsi trois prothèses du genou ne peuvent pas se faire en même temps car cela suppose la disponibilité d'ancillaires et il n'y en a que deux à disposition. De même il n'existe qu'une seule colonne arthroscopique¹⁵. La programmation de deux opérations par deux chirurgiens nécessitant un

¹⁴ Dans les faits ils ne le font pas toujours immédiatement. Cela a une incidence sur le programme. En effet, les différents chirurgiens disposent d'une plage horaire dédiée qui les rend autonome pour leur programmation. Néanmoins, ils doivent tenir compte des programmes des autres chirurgiens pour veiller à la disponibilité des instruments.

¹⁵ L'arthroscopie est une technique qui a révolutionné le traitement des articulations abîmées. Initialement, elle était réservée à l'examen de l'articulation mais depuis dix ans, de plus en plus d'interventions peuvent en bénéficier. En pratique, le chirurgien introduit une micro caméra, grâce à

même instrument peut conduire à revoir la programmation. Ceci sera alors corrigé par le cadre infirmier occupant la fonction de régulateur. En programmant leurs interventions, certains chirurgiens indiquent les durées d'opération d'autres non.

Tous les vendredis, le programme est extrait d'optim. Et l'ordre de passage est réajusté. En tenant compte de l'ordre de préférence « Du propre au sale » afin de réduire les opérations de « nettoyage terminal » et réduire les risques de contamination, d'autres critères peuvent entrer en ligne de compte comme l'âge des patients.

L'équipe du bloc considère que le bloc est mis à disposition des chirurgiens mais que ni les salles ni les personnels ne leur « appartiennent ». Cela signifie que lorsque c'est possible, l'équipe de régulation mutualise les moyens. Cette mutualisation est relative dans la mesure où certaines salles sont équipées de matériel dédié. Un chirurgien absent (qui de ce fait libère son créneau horaire), une intervention reportée...tous ces éléments conduisent l'équipe à redistribuer les moyens si cela est possible. La redistribution peut concerner une intervention d'urgence ou bien consister en un ajustement pour gagner du temps.

La traumatologie dispose de salles indépendantes qui ne sont pas planifiées mais qui seront utilisées pour les urgences éventuelles. Il y a beaucoup d'urgences en viscéral. En premier, on met le plus souvent un patient programmé. Car il faut le temps d'admettre un patient en urgence. En général un patient aux urgences, transite par le service avant d'aller au bloc.

3.2.2. *La création d'une nouvelle position de régulateur*

Un grand nombre de problèmes sont à régler au coup par coup dans la gestion quotidienne. Un chirurgien qui a un gros problème, va faire pression pour avoir une salle. Les infirmières de bloc opératoires (IBODES) vont faire pression également ; l'IBODE soutient le chirurgien avec lequel elle travaille. Des alliances se créent.

Cela s'accompagne de conflits avec les infirmiers anesthésistes.

Dans ces situations il est intéressant de n'avoir qu'un seul interlocuteur : c'est la raison pour laquelle la position d'agent de régulation a été créée. Le régulateur est alternativement un cadre infirmier ou l'autre. L'unicité d'interlocuteur incarné par le régulateur permet d'éviter des décisions contradictoires au sein de l'équipe, l'ensemble de l'information est centralisé par une seule personne, ce qui est un gage de fiabilité et de gain de temps. Avant la création du régulateur, une personne allait voir plusieurs cadres pour gérer une situation.

Exemple d'incident : un patient est allergique au latex, or on ne l'avait pas vu. Il a fallu le changer de salle, ce qui a désorganisé le programme d'attribution des salles. Or des patients étaient déjà installés. La première règle étant de « ne jamais pénaliser le patient », comment

une petite incision dans la peau, ce qui lui permet de voir tout ce qui se passe à l'intérieur de l'articulation.

rattraper cela ? L'infirmière responsable a pris une salle dans un autre secteur. C'est le régulateur qui est interpellé et qui prend la décision.

Il est aidé par un agent de régulation dont le rôle est la prise en charge de la matérialité de certaines coordinations : il réceptionne les colis, s'occupe des mouvements de linge...

3.2.3. La pré admission

Au début de la mise en place du logiciel *optim* les chirurgiens ne remplissaient pas le logiciel mais notaient des renseignements sur le papier. Ces renseignements devaient ensuite être recopiés sur le logiciel. Aussi pour effectuer ce travail mais aussi pour mieux accueillir les patients et les renseigner, le bloc a mis en place un poste « d'hôtesse d'accueil à la programmation chirurgicale »

Cette fonction est assurée par une secrétaire dédiée. Le poste d'accueil n'est pas situé physiquement à proximité des services, ou du bloc. Il est rapproché des autres postes d'accueil (ceux qui gèrent l'admission des malades à l'hôpital) près de l'entrée générale de l'hôpital.

- Le compte rendu après la mise en place d'optim.

Le compte rendu sera enregistré sur le logiciel sous le nom du chirurgien ; stocké dans la mémoire ordinateur, il pourra ensuite être consulté par le chirurgien comme par la secrétaire.

Dans une deuxième étape, lorsqu'un dossier unique du patient existera, (actuellement en cours, le logiciel n'est pas encore choisi), le compte rendu pourra être « versé » dans le dossier du patient.

3.3. Un circuit avec informatique et un régulateur extérieur Noil

Cette clinique nouvelle est née du regroupement de trois cliniques historiquement distinctes. La direction de la nouvelle entité a donc cherché à harmoniser les manières de travailler dans l'ensemble de la structure. Cette nécessité s'est accompagnée par une réflexion poussée concernant les modalités d'organisation.

L'esprit et le langage qu'utilisent les cadres pour présenter l'organisation s'apparente à celui utilisé dans les organisations industrielles. Il est ainsi question de flux, de recherche de satisfaction pour le client, de gain de temps et d'occupation du temps de bloc. Les réalisations et transformations de l'organisation peuvent être lues comme une volonté de gagner du temps, de fluidifier le parcours du malade. Regrouper à proximité les consultations et l'espace bloc, mais aussi la réanimation, les laboratoires... permet d'articuler la gestion du bloc et celle des consultations. Au lieu d'avoir deux activités très séparées, pensées et organisées de manière indépendante, nous avons affaire à une volonté de construction d'une seule entité, organisée de manière à privilégier un objectif commun,

celui d'un flux de malade mieux maîtrisé et intégré. La mise en œuvre de cette gestion se donne comme objectif une plus grande fluidité de l'organisation : chasse au temps mort, réduction des gaspillages d'énergie des administratifs et des soignants. Ce regroupement permet une meilleure rationalisation du temps du médecin. Il peut se déplacer rapidement en cas d'incident. En outre, le gain de temps, l'absence de transports pour le médecin introduit de la souplesse dans les possibilités de gérer l'alternance des activités (consultations, visites, interventions). Le médecin peut aisément aller voir un patient hospitalisé entre deux consultations ; il se rend du cabinet au bloc et vice versa.

L'organisation actuelle est le résultat d'une orientation politique. Elle est le fruit d'une révolution au sens d'un renversement de point de vue. Il s'agit en fait de ne plus construire une organisation orientée exclusivement vers le chirurgien et son acte, mais de construire une organisation prenant en compte simultanément l'ensemble des contraintes des différents services.

Les chirurgiens sont au cœur de l'activité des blocs, et prestataires de ces blocs. Mais ils en sont aussi extérieurs et défendent des intérêts et des points de vue liés à leur spécialité. Ils n'ont ni la vision d'ensemble du bloc, ni la responsabilité de son fonctionnement. De ce fait, la gestion des blocs se situe toujours en tension entre deux points de vue ; d'un côté, la volonté de chaque chirurgien d'opérer à certains moments, d'étendre éventuellement ses plages d'opérations, d'imposer des conditions d'opération. D'un autre côté, les modalités et les critères de programmation génèrent des exigences propres. Il est nécessaire de concilier les demandes de tous, d'adopter des choix conciliables avec les moyens disponibles, de mettre en relations les disponibilités de tous les personnels.

Antérieurement les demandes des chirurgiens s'imposaient au bloc. Ces demandes pouvaient arriver à différents moments de la semaine, avec ou sans délai. A charge pour les services d'hospitalisation et les blocs opératoires de se rendre disponible et de « caler » leur organisation sur les rythmes et les demandes des chirurgiens. Si l'activité de chirurgie reste au centre de l'organisation, de nombreux aménagements, comme nous le verrons dans la partie 3 permettent de mieux planifier et organiser l'activité. Le bloc tente de construire d'autres logiques et de mieux réguler l'activité en recherchant la plus grande précision dans l'anticipation. Pour ce faire le bloc ne dispose pas toujours des moyens nécessaires. A la fois, symboliquement et concrètement les chirurgiens ne sont-ils pas les « patrons » ? Ainsi les propriétaires de la clinique de Noil sont aussi les usagers du bloc. La possibilité de refuser pour le bloc est donc faible. Tout doit donc se jouer dans la négociation (nous y reviendrons dans la partie 3). Dans le cadre hospitalier, on retrouve cette même préoccupation qui est de mieux planifier et anticiper l'activité. La manière dont les chirurgiens envisagent l'activité ne prend pas toujours en compte l'organisation générale. Si certains d'entre eux comprennent et intériorisent les contraintes générales, d'autres entendent être servis selon les anciennes normes.

Quelle que soit l'organisation, les cadres de santé - hiérarchie des infirmières- jouent de ce fait un rôle essentiel en terme de régulation. Ils sont au carrefour des logiques différentes voire contradictoires des acteurs. Ils ont la responsabilité de rappeler les règles de bon fonctionnement présentes dans les chartes de bloc.

Par ailleurs ils doivent pouvoir se reposer sur une organisation la plus adaptée possible. Organisation qui doit être réactive et permettre d'introduire les changements liés à l'urgence toujours potentiellement très présente. L'organisation doit également favoriser la circulation de l'information et sa centralisation. La multiplicité des acteurs rend en effet très difficile la capitalisation de l'ensemble des informations sur un même problème par une même personne.

3.3.1. *La programmation et les modalités d'intégration de l'urgence*

Le nœud de l'organisation est constitué d'une cellule ordonnancement externe au bloc. Alors que dans les deux hôpitaux étudiés, l'ordonnancement est le fait de la responsable du bloc en coopération avec les acteurs internes et externes (chirurgiens et anesthésistes), à Noil un service extérieur au bloc appelé « ordonnancement » régule les demandes d'inscription sur les programmes opératoires. Cette organisation peut être resituée dans l'organisation d'ensemble en se référant à la présentation qui en est faite dans la charte de bloc.

Rôles et responsabilités¹⁶ des instances aux nouvelles cliniques de Noil

Conseil de surveillance :

Sa mission essentielle est de contrôler la gestion du directoire- Le conseil de surveillance est composé de médecins et 1 représentant du personnel, ceux-ci sont invités à chaque réunion.

Directoire :

Composé de trois représentants des actionnaires, ici trois médecins, dont le président du Directoire, il est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances au nom de la société - il les exerce dans la limite de l'objet social et sous réserve de ceux expressément attribués par lui au conseil. Il délègue une partie de la gestion quotidienne de l'Établissement au Directeur Général Délégué (Le directeur au sens classique du terme en établissement).

Équipe de direction :

Managée par le Directeur Général Délégué, son rôle et ses missions consistent à prévoir, anticiper, organiser mettre en oeuvre des activités de soins conformément à la législation en vigueur suivant les directives du directoire et sous le contrôle du conseil de surveillance, dans l'intérêt des patients, des praticiens actionnaires et du personnel.

CME (Commission Médicale d'Établissement) :

La Commission Médicale d'Établissement est composée de médecins exerçant dans celui-ci

¹⁶ Définitions extraites de la Charte du plateau technique des Nouvelles Cliniques de Noil

Elle est chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et participe à l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles. Elle donne son avis sur la politique médicale de l'établissement ainsi que sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité et des investissements.

Commission des Utilisateurs du Plateau Technique (CUPT);

Cette commission est composée du Directeur Général Délégué ou du son représentant, de praticiens exerçant sur le plateau technique, de responsables du plateau technique et du représentant des différentes fonctions travaillant sur le plateau technique. Elle a pour objectif de promouvoir une organisation optimale du service, de faciliter la mise en oeuvre de l'ensemble « coordination concertation - communication » garant d'une organisation maîtrisée et propose l'actualisation de la prescrite charte.

Responsable des plateaux techniques

Est le manager de l'ensemble du plateau technique en étroite collaboration avec la direction générale et l'infirmière responsable des soins et de l'ordonnancement. Est responsable de la définition, de la coordination et du contrôle de l'ensemble des activités de soins au niveau du plateau technique opératoire de Noil.

Est garant de la qualité, de la coordination et de l'harmonisation des soins prodigués sur l'ensemble du plateau technique tant au niveau technique que relationnel.

A l'autorité de l'organisation de la cellule supervision du plateau technique et peut en déléguer la responsabilité aux RUPT.

Infirmières Responsables des Unités du Plateau Technique (RUPT)

En l'absence d'un cadre infirmier de bloc, ce sont les responsables d'unités (RUPT) présentes qui le remplacent. Certaines activités sont déléguées à une IDE responsable du plateau technique, elle prend connaissance des procédures diffusées dans chaque unité du plateau technique.

La RUPT doit appliquer la programmation prévue, mobiliser les moyens adaptés en matériel et personnel, aux besoins de l'organisation conformément à sa fiche de fonctions en s'assurant de la cohésion des ressources du service. Elle établit le planning du personnel.

Toute personne travaillant au sein du plateau technique est recrutée selon la procédure établie par l'établissement. Chaque personnel reçoit sa fiche de fonction définissant ses rôles et responsabilités.

Cellule de « supervision du bloc » :

Sous la responsabilité du responsable des plateaux techniques, elle a pour mission de rechercher en permanence l'optimisation de l'utilisation des moyens et de la mobilisation des ressources pour maximiser le nombre d'interventions réalisées en *respectant les* conditions de sécurité et de qualité fixées par le Directoire et la Commission Médicale d'Établissement et les conditions de travail définies par la Direction Générale.

Cette mission se traduit par 4 fonctions majeures :

1) ordonnancer, les jours précédant le jour d'intervention, les programmes proposés par les praticiens pour permettre d'accepter un maximum d'interventions tout en veillant aux respects des conditions de sécurité et de qualité, aux contraintes de disponibilité du personnel et à la disponibilité des matériels,

2) réguler au cours de la journée d'intervention le déroulement du programme pour régler les aléas (durée d'intervention supérieure à la durée prévisionnelle, prise en charge d'une intervention urgente, absence de personnel, absence de matériel ...),

3) fournir des indicateurs (taux de démarrage à l'heure, taux de débordement ...) à la CUPT afin de lui permettre de veiller au respect des règles de la charte, d'analyser les dysfonctionnements et de proposer des solutions pour y remédier,

4) Fournir des éléments quantitatifs sur l'activité (taux d'occupation des salles) à la CME (commission médicale d'établissement) pour lui permettre d'adapter les périodes de mise à disposition par praticien en fonction à la fois de l'activité mesurée et du projet médical.

Elle a également pour mission d'établir le suivi et la facturation des commandes pour les dispositifs médicaux implantables stériles, de mettre en place les procédures, les recommandations, l'évaluation des personnels et des matériels.

Les rôles et les responsabilités mentionnées ne doivent en aucun cas empêcher l'entraide entre les différentes unités et les différents intervenants du plateau technique lorsque cela est nécessaire.

Cellule d' « ordonnancement de la clinique » ;

Cette cellule, placée sous la responsabilité de la Responsable de l'Hospitalisation et de l'Ordonnancement de l'établissement, a pour mission de gérer les flux de patients au sein de l'établissement avec deux objectifs :

- 1 sécuriser la prise en charge du patient avec en particulier la responsabilité de l'identification correcte du patient
- 2 permettre d'accueillir un maximum de patients, dans le respect strict :
 - i. des conditions de sécurité de prise en charge définies par le Directoire et la Commission Médicale de l'Établissement
 - ii. des capacités d'accueil à la fois des unités de soins et des plateaux techniques

Le service ordonnancement gère les flux et l'information. Il centralise l'information nécessaire pour la prise en charge du patient. Celle-ci est ensuite redistribuée au bloc ou aux autres services. Son objectif est de bien accueillir le patient et de maximiser l'utilisation du bloc opératoire pour pouvoir répondre positivement à un maximum de demandes. « *Malgré l'urgence le patient doit avoir le sentiment d'être accueilli, attendu. Dans le même temps, cette introduction d'un nouveau patient doit déstabiliser le moins possible la programmation* » (responsable ordonnancement).

Aujourd'hui les informations passent par la cellule ordonnancement. L'accueil suppose un rendez-vous, un lit, une salle au bloc avec tout le personnel et le matériel disponible. Pour organiser le moment de l'entrée, l'ordonnancement part à la fois de la disponibilité du lit et de celle du bloc. Pour le bloc, parfois l'intervention est simple, facile à gérer. Mais si le matériel est complexe, cela suppose un délai. Si un lit est disponible, le service vérifie que l'opération est possible au bloc.

Tout ce qui est programmé est donné le jeudi midi ; tous les cabinets doivent téléphoner à l'ordonnancement qui centralise la programmation et émet des avis lors des changements de programmation. Une grille de programme est affichée sur écran, les secrétaires consultation regardent le programme sur l'écran, voient un créneau, téléphonent à l'ordonnancement pour voir si cela est possible.

La secrétaire ordonnancement traite la proposition; elle voit si un lit est disponible. En fonction de la pathologie elle évalue le temps nécessaire pour l'intervention (les secrétaires ordonnancement ont été formées pour cela), elle téléphone au bloc pour vérifier éventuellement. L'ordonnancement appelle donc le bloc, qui peut lui-même contacter le praticien pour ajuster les horaires. Le bloc valide ensuite et met à disposition une salle.

En retour en fin de procédure le changement sera répercuté auprès des différents services concernés (gestion des lits et blocs pour adaptation du programme sur ordinateur). On remarquera que ce n'est

pas le praticien qui décide de l'heure et du jour de l'opération de manière unilatérale car il s'agit d'optimiser le matériel et son utilisation.

Trois fiches accompagnent l'entrée du patient :

- Le dossier de soin du patient sur papier déclenche la commande du matériel pour le bloc ; la fiche d'observation initiale qui donne les raisons des motifs d'hospitalisation, les antécédents. Les prescriptions, les usages de médicaments.
- La fiche remplie par les secrétariats de consultation comprend le nom du patient, la date de naissance, le sexe, le type d'opération, le souhait de chambre seule ou non.
- La fiche anesthésie, prescription médicamenteuse pré opératoire

Dans le programme opératoire, est indiqué s'il y a eu de la part du malade une consultation antérieure (consultations saisies depuis le début 2005). Le compte rendu de consultation pré opératoire est disponible.

La gestion de la clinique repose sur l'idée que les soignants sont servis par le système d'information et qu'ils doivent en retour le servir. Ils sont tenus d'informer de toute modification le service ordonnancement et leurs interlocuteurs. « Bien rentrer une information, et qu'elle soit partagée par tous. Cela permet des gains de temps pour tous » (responsable ordonnancement). Chaque infirmière doit savoir si son patient est parti ou non et doit en informer les autres services (par exemple pour les services ménage cela indique la possibilité d'intervenir). Cette volonté de circulation de l'information existe également dans les structures publiques. Mais la difficulté dans le privé comme dans le public est de généraliser cette information à tous et de la rendre systématique.

3.3.2. La mise en place du système : par un changement d'organisation et une informatisation

La mise en place de ce système a débuté par une remise à plat de l'organisation en vue d'un changement des systèmes informatiques. Le projet informatique prévoyait de remplacer le système de facturation existant par un système d'information construit autour du dossier médical et de la facturation. Antérieurement il n'y avait pas de service informatique. L'informatisation avait été sous traitée et le produit choisi n'était pas bon.

Le nouveau travail d'informatisation a débuté par une précision de la demande de l'établissement. Les questions et problèmes de l'établissement ont été remis au centre de l'informatisation. Le choix de l'outil s'est fait une fois les choix d'organisation effectués. Ainsi dans une première étape la clinique a mis en place un outil comptable et une facturation. Dans une deuxième étape l'organisation interne a été reconsidérée. L'objectif était de mettre en place un outil pour organiser les flux.

Le circuit malade commence par les consultations, puis l'hospitalisation ou non. Il s'agit tout d'abord au moment de l'accueil de renseigner le dossier du patient ; planifier le passage dans l'établissement, composer le programme du bloc.

3.3.3. *La mise en place du changement : convaincre et négocier*

Le mode de fonctionnement n'a pas été facile à adapter et roder. Les chirurgiens avaient tendance à décider par eux-mêmes de la programmation. Les secrétaires devaient régulièrement leur rappeler qu'ils ne pouvaient décider seuls mais devaient en référer à l'ordonnancement. La responsable de l'ordonnancement a été amenée à intervenir (et plus particulièrement au début de la mise en place) au cas par cas pour expliquer le bien fondé de la procédure, convaincre qu'il en allait du bien être du client et aussi du volume d'activité de la clinique. Le projet mis en œuvre est d'économiser du temps et du travail sur les erreurs, le manque de fiabilité des engagements. L'expérience de cette responsable (ancienne infirmière de bloc) a sans doute facilité le dialogue avec les chirurgiens dans la mesure où elle connaissait leurs préoccupations, savaient aussi quelles étaient les difficultés de fonctionnement des plateaux techniques. Sa légitimité s'est donc construite à partir des savoirs qu'elle avait pu accumuler au fil de sa propre trajectoire. Elle s'est également construite grâce à un appui de la direction (médicale) de la clinique qui souhaitait instaurer une meilleure gestion du bloc et qui l'a soutenue tout au long du changement.

Cette transformation a été permise par la construction progressive d'une certaine connivence entre les secrétariats de consultation et l'ordonnancement, puis avec le personnel infirmier du bloc. Cela n'était pas acquis car les secrétaires se sentent solidaires du chirurgien qu'elles servent.

Si on ne pouvait pas répondre positivement pour la programmation d'une intervention à la date demandée par le chirurgien, il a fallu mettre en exergue le fait qu'il ne s'agissait pas d'un refus définitif mais de repousser au lendemain afin d'améliorer les conditions de sécurité et de qualité. Le service ordonnancement joue le rôle d'une sorte de standard par rapport à la pression. Ne pas céder à la demande immédiatement, répartir les besoins d'intervention exprimés permet d'avoir un confort de travail et de ne pas passer son temps à gérer la désorganisation introduite par le non-respect des procédures. C'est sans doute ce qui a permis d'asseoir progressivement une légitimité et rendre la démarche progressivement populaire auprès des différents personnels. (Les infirmières étaient aussi réticentes au début car elles avaient peur de perdre leur travail si elles affrontaient les chirurgiens). Ainsi, le bloc subit moins directement la pression, il y a une interface qui permet aux équipes de plus se consacrer à l'organisation et moins à la négociation.

Les praticiens ont été gagnés au système dans un deuxième temps lorsqu'ils ont vu que l'on pouvait améliorer les résultats et le nombre de patients à servir.

Au tout début les tensions ont parfois pris la forme d'affrontements. Les chirurgiens venaient expliquer à la personne chargée de l'ordonnancement comment s'y prendre. Ils pensaient que l'ordonnancement ne refuserait pas les patients et ils mettaient le service devant le fait accompli,

construisant ainsi une épreuve de force¹⁷. Si au début le service ordonnancement s'est contenté de rappeler et expliquer le sens des procédures, les relations se sont progressivement durcies. En effet, les chirurgiens ne respectant pas les procédures, certains patients ont été renvoyés chez eux par l'ordonnancement. Ce durcissement des positions de chacun jusqu'au conflit s'est progressivement estompé lorsque la nouvelle organisation mise en place a permis de montrer qu'elle ne réduisait pas le nombre d'opérations possibles, -bien au contraire-. Une fois la preuve faite que les chirurgiens n'y perdaient pas à condition de mieux anticiper, le service s'est avéré de meilleure qualité dans la mesure où les attentes des patients se sont réduites. D'autre part les flux patients ont été mieux maîtrisés et ont pu augmenter.

3.4. Les modalités générales de la communication

Nous venons de voir les difficultés de la construction d'un programme opératoire et le fait que cette construction suppose une négociation journalière dans la mesure où chacun peut demander que l'on fasse une exception à la règle ou à la procédure. Pour terminer l'évocation du travail autour du programme opératoire nous voudrions rappeler l'importance de la communication orale dans le fonctionnement journalier de l'hôpital telle que nous avons pu l'observer¹⁸. On sait que dans toute organisation, la division en services représente une ressource car elle permet de construire une unité d'objectifs et fédérer les efforts dans une direction ; elle est aussi une faiblesse potentielle, dans la mesure où toute séparation pose la question de l'articulation des segments ainsi constitués.

La bureaucratie est une forme d'organisation conçue pour substituer aux arrangements interindividuels des règles de fonctionnement plus impersonnelles. Il s'agissait en rationalisant les procédures et en les formalisant de réduire la part de subjectivité dans le fonctionnement des organisations et d'introduire de meilleures possibilités de maîtrise et de prévision. Ce sont les avantages mis en exergue par Max Weber. Cependant, cette volonté de penser les procédures a priori et de les rationaliser a montré ses limites et des effets pervers se sont développés. On peut en retenir quatre.

1) Les bureaucraties engendrent une spirale inflationniste de règles qui cloisonnent les services et complexifient les activités. En effet, la volonté de tout prévoir conduit à multiplier les règles et construire ainsi un carcan qui pèse sur le fonctionnement routinier. Le caractère très normé du fonctionnement organisationnel propre à une bureaucratie a été renforcé encore par la multiplicité de règles de sécurité comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

¹⁷ Situation que l'on retrouve actuellement à l'hôpital Paris.

¹⁸ Nous avons notamment parcouru de nombreuses fois les couloirs de l'hôpital à la recherche de notre prochain interlocuteur. Nous étions accompagnées très souvent d'un(e) cadre infirmier (e) ce qui nous a permis d'observer les relations et les échanges de travail qui pouvaient se nouer dans les couloirs à l'occasion de rencontres fortuites. Nous avons également pu observer les discussions de face à face, les échanges par téléphone.

2) Michel Crozier (1963) a en outre, abondamment montré comment les niches de pouvoir des salariés, aux différents niveaux, se trouvaient renforcées- ce pouvoir consistant notamment à accepter ou non les aménagements de règles (règles qu'ils ont en charge d'appliquer)-

3) Les bureaucraties sont organisées autour de la routine et non autour de l'innovation (Alter 1993). Le cloisonnement, la multiplicité des règles ne favorisent pas l'introduction du changement.

4) Enfin le fonctionnement bureaucratique génère des circuits de communication spécifiques marqués par la recherche d'une personnalisation et articulés à des réseaux sociaux.

L'importance de la communication orale dans les hôpitaux est un phénomène déjà repéré (Lacoste et Grosjean 1999) comme dimension essentielle du fonctionnement de l'hôpital. La communication orale s'avère nécessaire dans la recherche de l'efficacité. Elle présente un avantage certain sur le message écrit y compris celui qui est acheminé par courriel. Elle permet en effet à l'émetteur de vérifier la bonne réception, le déclenchement d'actions liées au message. Elle est un moyen de réactiver la vigilance de l'interlocuteur. Ceci représente un avantage non négligeable sur le message courriel ou l'inscription dans un logiciel car qui peut dire si la personne a consulté le programme informatique, la boîte de courriel ou le logiciel de commande ? Ainsi, si l'informatique est un support non négligeable de partage de l'information, il est utile de savoir si oui ou non cet écrit a attiré l'attention ou si la personne surchargée ne l'a même pas consulté. L'écrit, qu'il soit sous forme de fax ou de courriel, ne suffit pas. Il doit être confirmé par un message oral.

L'oral s'articule à l'écrit de diverses manières.

- L'oral peut constituer une relance et, il permet de vérifier que l'information ou l'instruction a bien été prise en compte, qu'elle a été lue, et intégrée dans le fonctionnement. Cela permet par exemple de signaler la modification qui vient d'être faite sur le logiciel car seul le dernier écrit est visible et non l'historique des modifications ; il n'est donc pas visible qu'une modification ait été faite.
- L'oral rappelle une priorité au service concerné. Ici encore il double la communication écrite.
- L'oral enfin précède l'écrit car il est plus rapide, permet certaines vérifications. Des urgences de nature différentes appellent l'oralité : Une commande urgente passe par le téléphone, de même une interrogation sur la manière dont il est possible de caser une intervention au bloc. L'oral est un support de coordination et de négociation...ce que ne permet que très mal l'écrit.

Dans la plupart des contextes, l'oral et l'écrit sont utilisés le plus souvent en renfort l'un de l'autre.

Une autre forme d'échange est le face à face. Il est particulièrement prisé à l'hôpital. Il s'agit pour les acteurs de gommer l'impersonnalité générée par la structure. Les personnels se déplacent dans les autres services pour différentes raisons. Ce déplacement a une raison utilitaire car il permet de mieux se connaître et se comprendre. Il s'agit aussi d'anticiper la circulation officielle d'informations qui arrivera tardivement. Parfois cette demande d'information anticipée ne représente pas une nécessité à proprement parler, mais cela permet de satisfaire un besoin de curiosité et de compréhension, un désir de se représenter l'avenir. Il s'agit aussi d'expliquer le sens des demandes que l'on exprime afin que les autres services en comprennent mieux la nature. Les univers des services sont assez

différents et il existe parfois de fortes incompréhensions comme nous le verrons au chapitre 2. Se rencontrer pour discuter, participer à des groupes de travail communs permet une meilleure inter connaissance et une meilleure articulation des activités entre elles. Enfin, les personnels ont conscience de la force des complicités pour obtenir satisfaction. Bien connaître une personne, c'est se donner les moyens pour en faire un relais quand on a un besoin d'information ou de service. Ces liens sociaux facilitent les relations de travail. Elles ne sont pas toujours nécessaire pour gagner en efficacité car de fortes complicités peuvent se créer à distance, mais parfois elles apparaissent incontournables aux acteurs qui ont remarqué qu'en se déplaçant on obtient une meilleure réponse au besoin exprimé. On note donc que les acteurs cherchent à combattre l'impersonnalité de la structure en introduisant de l'inter connaissance. Un médecin nous confiait : « *Avoir de bonnes relations, c'est économe* », *économie en temps, en énergie...*

Cette abondance de communication orale comporte un revers. Et le risque pour le personnel est d'être envahi par de multiples circuits d'informations ; l'information véhiculée par l'intranet se surajoute à la communication orale véhiculée par les bips et maintenant les téléphones portables ; ces signaux multiples contribuent à une surcharge mentale car cela autorise des entrées en communication alors que la personne n'est pas toujours disponible. Les communications apportant des informations diverses arrivent à tout moment émiettant ainsi l'activité.

3.5. En conclusion

La description des procédures de programmation nous permet de cerner l'importance du rôle des chirurgiens et anesthésistes et la nécessité de les associer aux procédures de gestion des programmes. Sans leur coopération il s'avère vain de vouloir mettre en place une programmation régulée sur le long terme.

Nous avons vu l'intérêt et les enjeux d'une telle programmation tant pour l'activité de chacun que pour le bon usage des outils. Le service au patient y gagne en fiabilité.

L'informatique apparaît un support intéressant à plus d'un titre dans la mesure où il s'accompagne souvent de formalisation et de standardisation des procédures. Elle permet d'éviter des recopies souvent sources d'erreurs, elle permet également de maintenir une information exacte à jour pour tous. Cependant l'informatique tout en étant un support intéressant pour l'activité ne se substitue pas à l'oral. L'information orale apparaît essentielle.

La comparaison des modes de programmation dans les différentes structures met en évidence le fait qu'une mauvaise programmation est une source d'erreur et de perte de temps, perte de temps qu'il faut alors parfois rattraper dans de mauvaises conditions de sécurité.

Bien que peu évoquées directement par nos interlocuteurs - exceptée la responsable de l'ordonnancement de Noil- les conséquences de changements anarchiques de programme rejaillissent directement sur les personnels des blocs. Les changements de programme sont un élément de

fatigue, de surcharge du personnel de bloc qu'il s'agisse de l'encadrement ou des aides-soignantes et infirmières.

Ces personnels sont habitués à valider les raisons des chirurgiens et à les servir du mieux possible. Cependant, on peut noter une certaine lassitude et une difficulté à assumer les conditions d'exercice qui rendent le travail fortement insatisfaisant lorsque les règles élémentaires ne sont pas respectées. Ces conditions d'ensemble ont des conséquences sur la motivation au travail.

Ainsi, ces cadres supérieurs cherchent à travailler avec les cadres responsables des différents secteurs et à former des équipes. Ceci représente un véritable travail et demande de mettre en place une politique spécifique. Créer une seule équipe suppose d'avoir un même objectif, une même orientation.

Chapitre 3 : Les fonctions de gestion : facturation,
gestion des approvisionnements, pharmacie
et linge

Ce chapitre traite d'un certain nombre d'activités prises en charge par des services dédiés aux fonctions transversales. Ces fonctions transversales que l'on retrouve aussi bien en hôpital qu'en clinique concernent le domaine de la gestion : la facturation, la gestion des approvisionnements pharmacie et linge. Ces domaines sont encadrés par de multiples règles juridiques. Nous allons évoquer trois aspects pour chaque type de domaine :

1. L'importance des réglementations qui interfèrent comme des contraintes fortes sur l'activité. Celles-ci sont différentes sur certains points en clinique privée et en hôpital mais on constate une volonté commune de normaliser (par exemple, les produits et les procédures d'achat).
2. Le développement des activités de contrôle du respect des normes en vigueur. Cette activité de surveillance est prise en charge par des services dédiés.
3. La manière dont les acteurs du bloc jouent avec les règles et les aménagent pour pouvoir maintenir une certaine efficacité (notamment être servis malgré les incidents, gagner du temps sur des procédures jugées bien trop longues etc.). Ce troisième point concerne plus particulièrement l'hôpital. En effet les règles y sont plus nombreuses, les procédures beaucoup plus lourdes et de ce fait il apparaît impossible de toutes les respecter sans entraver de fait l'activité. On est dans un contexte de type bureaucratique où la multiplicité des règles visant à tout rendre impersonnel et équitable génère des effets pervers déjà abordés antérieurement.

Nous développerons les éléments concernant trois domaines d'activités : la facturation des actes afin d'obtenir le financement sécurité sociale ; les achats de produits pharmaceutiques ; les achats de produits ou services annexes (tel l'entretien du linge), le petit matériel. Le domaine des achats de biens ou de prestations extérieures de services comporte différentes règles concernant le choix des fournisseurs et le choix de produits référencés et utilisés par l'hôpital.

1. La facturation des actes

Le système d'information sur l'hôpital

Dans le domaine de la facturation des actes, le système d'information sur l'hôpital est principalement constitué, d'une part de répertoires et de fichiers statistiques, et d'autre part du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

- **Le Fichier d'identification national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)** recense l'ensemble des établissements et équipements sanitaires et sociaux autorisés et installés.
- **Le répertoire ADELI** enregistre les membres des professions réglementées par le code de la santé publique. Principalement utilisé pour identifier les professionnels installés en ville, il est également utile pour identifier ceux qui exercent à l'hôpital.
- **La Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE)** recense l'activité et les personnels des établissements de santé publics et privés ainsi que les moyens de production humains et matériels utilisés. Cette statistique a été refondue à partir de 1999 pour tenir compte de la généralisation du PMSI.
- Autorisé par une circulaire du 5 août 1986, le **Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)** consiste en un recueil d'informations administratives et médicales sur chaque séjour de patient effectué dans un établissement de santé. La totalité des séjours est classée en un nombre limité de groupes de séjours présentant une similitude médicale et un coût voisin (les GHM : groupes homogènes de malades).

Dans chaque structure hôpital ou clinique le Département d'Information Médicale (DIM) parfois appelé service d'information médical (SIM) prend en charge la facturation des actes. Avant de dire comment travaille le DIM, rappelons à grands traits comment se fait la facturation.

Principes de la facturation

« Désormais l'hôpital s'achemine vers une généralisation de la T2A. La tarification à l'activité (T2A)¹⁹ a pour but de fonder l'allocation de ressources aux établissements de santé publics et privés sur le volume et la nature de leur activité mesurée pour l'essentiel par le PMSI.

La réforme concerne tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Si ces établissements disposent également d'autorisations en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie, seule la partie MCO (médecine, chirurgie,

¹⁹ Source extrait de : <http://www.arh-centre.sante.fr/budget/dg/reftaa.htm>

obstétrique) de leur activité est concernée. Les hôpitaux locaux sont exclus du champ d'application de la réforme.

Le système de financement de l'activité en MCO est un système mixte reposant à la fois sur :

- une facturation à l'activité, sur la base d'un tarif de prestations d'hospitalisation par séjour,
- Une dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Les autres activités (Soins de Suite et Réadaptation et psychiatrie) ont également vocation à terme à être financées selon l'activité. Mais dans l'attente des résultats des travaux nécessaires, elles restent financées sous forme d'une dotation forfaitaire.

La facturation à l'activité repose sur des tarifs arrêtés au niveau national. Elle comporte :

- **Des tarifs par séjour.** L'activité réalisée est mesurée grâce à la répartition des cas traités dans les groupes homogènes de séjour (GHS) et à chaque GHS correspond un tarif ;
- **Des tarifs par prestation.** Certaines activités non décrites par les GHS sont financées sur la base de tarifs spécifiques complétés le cas échéant par un forfait annuel (exemples des urgences, de l'activité de coordination des prélèvements d'organes) ;
- **Des enveloppes supplémentaires.** Certains médicaments et dispositifs médicaux implantables, à la fois très onéreux et dont la prescription est variable, sont pris en charge en plus des tarifs de prestation.
- Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation concernent certaines activités ou missions des établissements de santé qui ne peuvent pas être financées sur la base des tarifs de prestation. C'est le cas notamment de l'enseignement et de la recherche, de l'innovation, du rôle de recours ».

L'activité du département d'information médicale (DIM)

A l'origine le DIM est créé afin de mieux gérer l'hôpital ou la clinique et pouvoir imputer à chaque activité ses coûts et ses recettes. Jusqu'en 1983 le budget de l'hôpital était géré globalement. L'indicateur était le taux d'occupation, le nombre de journées, les types de « K ». Il n'y avait pas d'indicateurs d'activité précis.

Désormais des forfaits englobant les différentes prestations ont été construits, permettant ainsi d'attribuer des ressources à la structure de soin. Ce système incite à porter une attention aux coûts puisqu'il devient très facile d'attribuer les coûts de manière précise pour un malade, et une intervention. La nécessité de présenter des comptes globaux aux tutelles conduit à caractériser les patients en fonction des coûts.

Le rôle du DIM est de vérifier et valider la tarification à l'activité lors du séjour du patient, tarification qui a du être codée par le médecin ou le chirurgien. La vérification porte aussi sur la manière dont les actes effectués sur le patient ont été relevés et répertoriés car ces actes sont « classants », ils

amènent le malade dans un GHM²⁰ (groupe homogène de malade) et dans un GHS (groupe homogène de séjour), correspondant tarifant du GHM.

L'acte principal est lié au diagnostic et non à l'acte. Le diagnostic principal est pris en compte ainsi que les diagnostics associés significatifs. Le classement dans la nomenclature PMSI est lié au diagnostic principal. La CCAM fonctionne sur le principe de l'acte global. L'intervention est décrite.

Pour chaque Groupe Homogène de Malade l'hôpital se voit attribuer des ressources. Tous les actes ne sont pas encore gérés par cette nomenclature. Font exception aujourd'hui : les soins de suite et la réadaptation, la psychiatrie.

Le rôle du DIM est donc pendant cette période de mise en place de vérifier et de former.

- Le contrôle porte sur la cohérence des informations médicales données, la vérification est centrée sur la manière dont les actes sont codifiés ; pour ce faire le service DIM compare l'acte de codification avec par exemple la durée de séjour à l'hôpital ou le fait que le patient soit décédé. Cette vérification occupe un temps important du personnel de ce service composé essentiellement de médecins. Le responsable de ces services est un médecin de santé publique.

Si le décalage entre codage et commentaire médical est trop important le DIM peut corriger de lui-même le codage sans en prévenir le service. Cette manière de faire, même si elle permet de résoudre au plus vite un mauvais libellé, pose néanmoins problème. En effet, nous l'avons vu l'écriture est de la responsabilité du médecin.

- La formation : plusieurs formations sont faites pour les mêmes personnels. Parfois par le DIM, parfois par une société sous traitante. Des responsables ont pu constater qu'il semble qu'à chaque fois les personnels redécouvrent la procédure et son importance. On peut en conclure la difficulté de mise en place. L'acte de saisie est vu comme un acte administratif par certains médecins qui ne voient pas encore l'enjeu fondamental de gestion pour eux-mêmes et leurs services.

Les nomenclatures évoluent ce qui entraîne de nouvelles règles de codage. Dans l'avenir les chefs de pôle s'appuieront sur ces codages.

Un médecin responsable dans l'établissement du service d'information médicale (SIM) centralise toute information médicale nominative qui entre dans le champ de l'analyse de l'activité des établissements de santé (PMSI). Ces données sont protégées par le secret médical.

Le personnel du DIM (ou du SIM) est composé de médecins et de personnels ayant reçu une formation leur permettant de comprendre le vocabulaire médical²¹.

²⁰ Aux USA existe les « DRG » (Diagnosis Related Group) modèle d'inspiration des GHM français.

²¹ A Lames: 4 techniciens, des secrétaires médicales, des soignants ; à Noil : 5 médecins DIM dont 3 médecins praticiens qui font du codage PMSI en plus de leur activité. Il y a au départ 3 secrétaires TIM. (Entre la facturation et la DIM une douzaine de personnes).

Les aspects économiques vont donc certainement prendre une place encore plus importante dans l'avenir ; ils pourront être un critère comme l'état médical de gestion des séjours et des soins.

Le personnel médical est responsable du relevé des actes, de leur codage. Il doit être formé pour mieux cerner la nomenclature des actes et comprendre l'enjeu de la formalisation et du relevé des actes. Chaque composante de soin comporte une dimension économique supposant un enregistrement administratif qui est un acte comptable. La difficulté pour les gestionnaires de l'hôpital est de convaincre le corps médical de l'importance de l'enjeu et de l'associer à la saisie des actes de manière fiable et régulière.

A la sortie du patient, un résumé d'unité médicale (le RUM) doit être saisi. Légalement ce codage relève de la responsabilité de chaque personnel médical effectuant des actes. Chaque médecin a en charge le codage de ses actes. Le chirurgien doit légalement coder les diagnostics patients et les ressources mobilisées.

La saisie par le chirurgien

Tous les services ne remplissent pas correctement la nomenclature des actes. Or, il y a de véritables enjeux à la clé.

- L'objectif est de mettre en place une vision économique de ce qui a coûté le plus. Une description existe pour le court séjour elle s'appelle le MCO. Le PMSI est un autre outil permettant de piloter l'activité. Il permet de mémoriser l'ensemble des actes et permet ainsi d'effectuer une analyse comparative et chronologique, visualisable par des courbes d'activité. Une analyse par durée de séjour, par âge des patients est possible. La description effectuée à l'aide de la nomenclature GHM, le Case-mix donne l'éventail des cas.
- Un contrôle est effectué régulièrement par les instances de la sécurité sociale qui vérifient que le bon GHM est attribué à chaque patient. La tutelle a des logiciels de contrôle (DATIM). Ce contrôle en cas d'erreur peut s'assortir de pénalités et peut entraîner des rendus d'argent de la part de l'hôpital.
- Des erreurs dans le codage peuvent également se traduire « par une perte d'argent phénoménale » (médecin du DIM). Le médecin DIM est de ce fait garant de la qualité du relevé. Il est l'interface entre l'administration et le médecin. Il se sent ainsi tantôt identifié par les médecins comme un allié du directeur, tantôt par le directeur comme un médecin auquel on ne peut pas faire entièrement confiance. Par exemple, il n'est pas sans conséquence de coder un problème du patient en douleur thoracique ou en infarctus du myocarde. La différence de codage représente environ 2500 euros.
- Lorsque le patient a plusieurs pathologies, il est important de pouvoir les hiérarchiser car le chirurgien doit indiquer le diagnostic principal et ce qui a été mobilisé comme ressource pour le traitement.

Cette saisie a désormais des conséquences sur la tarification à l'activité.

Le chirurgien doit donc saisir pour chaque acte, l'activité patient en un résumé de l'activité médical et le diagnostic des actes. Il faisait autrefois systématiquement cette saisie sur une feuille papier. Désormais, il peut faire la saisie sur informatique directement dans le logiciel.

A Lame et à Noil, dans la presque totalité des cas cela est fait par le chirurgien. Ni les secrétaires, ni le personnel soignant ne font la saisie. Un cadre de santé peut exceptionnellement le faire pour un chirurgien qui a du mal à se mettre à la saisie informatique.

A Paris c'est la secrétaire coordinatrice qui effectue ce travail de saisie ; elle recopie ce qui a été indiqué sur une feuille par le chirurgien. Deux remarques concernant les inconvénients de cette procédure.

- Ce travail demande un minimum de concentration pour éviter les erreurs ; or, il est fait dans un contexte où la secrétaire est constamment dérangée par des demandes diverses soit en interaction directe soit par téléphone.
- D'autre part, il existe environ 7500 actes dans la nomenclature ; ils font l'objet de modifications (ex au 15 avril 2006) ; cela demande une certaine vigilance de la part de ceux qui renseignent (les chirurgiens) et ceux qui vérifient (le DIM). Si le chirurgien saisit directement la nature du diagnostic sur informatique, le logiciel lui propose des menus déroulant lui permettant de mieux préciser la nature du diagnostic ; on peut faire l'hypothèse qu'ainsi l'erreur liée à une imprécision est moindre.

Les opportunités créées par la procédure informatique

L'introduction de l'informatique suppose que les acteurs s'approprient les logiciels et le travail sur ordinateur. L'informatique pour certains représente une contrainte dans la mesure où il faut entrer dans les systèmes et les renseigner selon des modalités précises. L'informatique s'accompagne aussi souvent d'une contrainte de rythme, les logiciels devant être renseignés en temps réel. Mais l'informatisation présente un certain nombre d'avantages qui ne semblent pas encore entièrement exploités et mis en œuvre faute de moyens. Le fait de relever les actes sur logiciel permet maintenant de rendre compte de l'évolution de l'activité et le personnel médical a désormais la traduction de son activité en évolution à partir d'un certain nombre de critères. Cette activité de saisie se traduit donc par un retour. Les chirurgiens peuvent visualiser et analyser leur propre activité. (Dans certains services cet accès concerne les cadres de service et les praticiens). Les chirurgiens qui souhaitent faire une analyse à partir de variables spécifiques peuvent en faire la demande au service DIM. Par exemple, en cancérologie, il est possible de savoir combien de patients ont été pris en charge, et pour quels types de cancer.

Cette base de données permet aussi d'appuyer des demandes de postes et d'objectiver le volume d'activité. Ainsi, la direction des affaires médicales demandera des données pour juger du bien fondé de la création d'un poste de PH. La nature des requêtes pouvant être satisfaite dépend bien entendu de la manière dont les objets ont été définis au sein du logiciel. On peut noter que certaines analyses

nécessitent des traitements informatiques,; ce qui n'a pas encore été pris en compte par l'organisation puisque aucun informaticien dédié ne figure par exemple dans le service de Lame.

L'analyse précise de l'activité constitue ainsi une aide à la décision, permet de mieux saisir les dépenses et recettes. Une fois que l'outil aura fait l'objet d'une appropriation par le personnel médical, il nécessitera moins de contrôle et pourra être utilisé pour effectuer des analyses. Ainsi, cet outil devrait permettre de mieux visualiser la trajectoire du patient.

Exemple : un AVC qui passe dans différents services pourra être mieux repéré et sa trajectoire mieux aménagée.

2. La gestion de la commande des produits pharmaceutiques

Les fonctions de la pharmacie sont multiples. Nous les rappellerons brièvement (2.1), puis nous mettrons en évidence trois activités essentielles : l'activité de suivi des produits (que l'on nomme traçabilité) (2.2), l'activité d'achat et de contrôle des achats (2.3), l'activité de stérilisation (2.4). Nous verrons comment le bloc contourne les procédures et les règles pour mieux servir l'acte opératoire.

2.1. Les différentes activités de la pharmacie

Les principales responsabilités concernent :

- Achats et approvisionnements
- Distribution
- Préparations
- Assurance qualité
- Vigilances : cette fonction est chargée de transmettre les suivis d'alertes de manière ascendante et descendante. (par exemple : transmission d'alertes venant du ministère, avec retraits de lots ou en ascendant, les services signalent la défectuosité des produits)
- Contrôles
- Traçabilité : la traçabilité est liée à un certain nombre de risques. Ainsi les médicaments dérivés du sang sont étiquetés par lots, leur tracé est informatisé. La pharmacie dispose d'un logiciel permettant de noter les numéros de lot, de faire un bordereau de traçabilité, notamment la manière dont les produits ont été administrés. Ce logiciel n'est consultable qu'à la pharmacie.
- Expérimentations cliniques : Ces expérimentations font l'objet d'une déclaration administrative. Une déclaration est faite aux comités de protection de la personne. Les produits mis à disposition passent tous par la pharmacie.
- Documentation...
- Encadrement interne : secrétariat, appels d'offres, cellules de marché les saisies sont centralisées.
- Commande facturation
- Réception
- La stérilisation qui revêt une importance spécifique pour le bloc

Les relations avec le bloc

Les relations spécifiques avec le bloc concernent les dispositifs médicaux, la stérilisation. Les relations avec l'anesthésie concernent les médicaments (prescription d'antibiotiques, de gaz...). Il n'y a pas de prescription nominative. La distribution se fait de manière globale et est reproduite dans les mêmes termes.

Les produits sensibles font exception. Ils donnent lieu à une ordonnance papier. La commission de surveillance intervient pour les attributions de gaz, de produits stupéfiants par exemple. Ces produits sensibles concernent aussi d'autres services (comme la réanimation).

La pharmacie travaille en dépôt vente. Le produit n'appartient à l'hôpital et n'est réglé au fournisseur qu'à partir du moment où il est posé. Cette procédure peut entraîner quelques difficultés lorsque le stockage est très long et que les produits se périment avant d'avoir été posés. D'où la nécessité d'instaurer un stock minimum et d'avoir une bonne traçabilité. Un produit périmé finira en effet par être facturé par le fournisseur. Ceci est vrai pour d'autres services comme la cardiologie

Pour les pharmaciens, il est parfois plus facile de se déplacer pour communiquer car les chirurgiens tournent et il est difficile de les joindre par téléphone, ils ne sont pas là tous les jours. L'interlocuteur est donc souvent le cadre de santé.

2.2. La sécurité du patient et la traçabilité

Des règles contraignantes se déploient également concernant la traçabilité des produits. La réglementation est de plus en plus stricte. Ainsi la pratique des échantillons accordés par les laboratoires extérieurs a été abandonnée pour des questions de sécurité professionnelle. Les chirurgiens et les médecins n'ont pas le droit d'avoir des produits non validés par la pharmacie.

Il est essentiel pour se prémunir de différents incidents de connaître précisément le circuit des produits et quels sont les produits qui ont été dispensés à un malade donné. Les conséquences du sang contaminé ont bien montré l'importance du suivi des circuits des produits, son lien avec la sécurité du patient. Il s'agit donc pour les gestionnaires de bien repérer les lots de produits qui à l'origine sont des lots de fabrication eux-mêmes repérés.

Cela suppose un étiquetage précis des produits, un positionnement des étiquettes de produits sur les documents divers qui accompagnent les interventions auprès des patients... Nous avons déjà évoqué cette question de la transcription écrite des actes lorsque nous avons abordé le travail des blocs (nous avons vu qu'il suppose lui aussi la mise en œuvre de règles strictes et le déploiement de multiples feuilles et registres afin d'enregistrer les manières dont se fait l'activité). Il s'agit au travers de ces documents de pouvoir analyser les dysfonctionnements, et retrouver les malades qui ont été affectés en cas de problème sur un produit ou sur une intervention. Cela permet également d'imputer les responsabilités individuelles à partir des fautes qui auraient pu être commises.

La loi oblige la traçabilité des produits implantés. La traçabilité est assurée par le numéro de lot passé et implanté. Il est enregistré dans le labo qui produit puis à la pharmacie de l'hôpital et de la clinique qui réceptionnent le produit. Il sera ensuite enregistré sur différents documents au sein des services. Cet enregistrement permet une traçabilité des produits injectés au patient ou incorporés.

La pharmacie veille à la traçabilité des produits non seulement au moment où ils arrivent à la pharmacie mais ensuite lors de leur usage dans les services.

A l'heure de l'informatique, ce suivi pourrait être facilité par des saisies électroniques. Cependant si un tel système commence à être mis en place à Lame pour gérer le renouvellement des stocks, on est encore loin d'un enregistrement de toutes les étapes de circulation du produit dans les structures enquêtées.

Depuis 2000-2002 existe une fiche de risque de transmission ; ceci pour éviter le risque de Creutzfeldt-Jacob. Si la fiche qui accompagne les instruments n'est pas renseignée par le bloc, la pharmacie la leur renvoie et l'absence de fiche est signalée au service par téléphone.

L'énumération des différents supports et des différentes tâches de la traçabilité met en évidence le côté artisanal et besogneux de fonctions qui pourraient très bien être desservies par l'informatique.

Au départ, les lots sont indiqués sur la feuille patient, avec code barre et étiquette à coller. L'informatisation aurait pu permettre de signaler des erreurs, mais ici tout se fait à la main.

Par exemple pour les dérivés du sang : les stocks sont regroupés par lots.

- 1) Il existe une informatique pour la réception locale.
 - i. On prescrit et on réécrit tout sur une feuille,
 - ii. on colle les étiquettes de traçabilité. On connaît avec l'informatique l'identifiant de patient avec le produit du lot.
- 2) Une deuxième feuille est destinée au service,
 - i. ils mettront sur cette feuille les étiquettes utilisées pour un patient ; en effet lorsque le produit est passé au patient, l'infirmière recolle l'étiquette sur la feuille du patient
 - ii. Cette feuille est redescendue à la pharmacie qui contrôle les étiquettes.

« Dès qu'on a fait de la retranscription il faut être vigilant. L'enregistrement du patient se fait dans le système local en pharmacie et non dans les services. Il y a de ce fait un gros travail d'entrée d'informations, on double les tâches pour que ce soit bien fait ». « Des gens à la pharmacie font de la vérification toute la journée. Ils vérifient les utilisations de produits par rapport à la prescription. Écrire les lots à la main pour les faxer, effectuer le contrôle de vigilance dans les circuits... » (responsable pharmacie).

2.3. La commande et l'adaptation des procédures

La gestion de commande de produits pharmaceutique est très encadrée par deux dimensions.

- Les fournisseurs font l'objet d'appels d'offre pour l'hôpital public. De son côté la clinique veille à réduire le coût des commandes et fait également des études de marché. Mais elle ne reste pas attachée à un fournisseur pour une durée de marché donnée. Les modalités de contrat sont plus souples et moins centralisées.
- Les achats reposent sur le principe d'une commande homogène et sécurisée. Cela implique de choisir des fournisseurs fiables mais aussi d'avoir des listes de produits accrédités qui seront renouvelées régulièrement, l'idée étant de limiter les gammes.

Les achats de produits passent en règle générale par la pharmacie qui doit vérifier que les commandes concernent bien les produits figurant dans la nomenclature des produits utilisés par l'hôpital ou la clinique.

Les achats à la clinique

A Noil, les chirurgiens décident de leur fournisseur. En cas de problèmes de budget, les habitudes d'approvisionnement seront changées. Les achats doivent tenir compte du lien qui existe entre chirurgiens et fournisseurs. Ce lien est caractérisé par un de nos interlocuteurs comme un lien de pouvoir : les laboratoires pour fidéliser et remercier les chirurgiens de choisir leurs produits leur offrent des cadeaux (la palette de champagne), ils montrent aussi une grande déférence : les demandes des chirurgiens sont exécutées immédiatement du fait de l'importance de l'enjeu financier, les livraisons se font par porteurs spéciaux... A la différence de l'hôpital public où il y a un ou deux fournisseurs, dans les cliniques privées les fournisseurs sont plus diversifiés. Il est donc important pour les pharmaciens de maintenir un dialogue régulier avec les chirurgiens.

Pour chaque spécialité il existe un référent au sein de la pharmacie : toutes les commandes passent par la pharmacie, qui note les références des fournisseurs. La pharmacie signe les commandes qui seront ensuite acquittées par la trésorerie par une opération de mandatement.

Dans la clinique de Lame, il existe trois procédures pour alimenter la demande interne :

- La commission des médecins a fait une liste de médicaments de référence pour l'établissement, médicaments qui sont disponibles en stock. La demande peut toujours être honorée grâce à la gestion des stocks. 600 références sur 9000 sont disponibles.
- Un médicament prescrit qui n'est pas dans la liste de référence, n'est pas commandé de manière systématique ; la pharmacie prend avant de décider de la commande un certain nombre de renseignements. Elle cherche à substituer un médicament référencé à la

prescription effectuée. Le malade peut avoir des stocks chez lui... Il peut aussi y avoir un échange avec la pharmacie de l'hôpital, mais cela reste exceptionnel.

- L'achat du matériel est décidé après essais et consultation du personnel, le rapport prix qualité est pris en compte car on peut avoir un matériel peu coûteux mais sans qualité (par exemple, une seringue dont les chiffres de graduation s'effacent). Le matériel utilisé doit également être conforme à des normes européennes pour ne pas être dangereux.

Les achats à l'hôpital

La pharmacie est régie par de multiples textes qui rendent son approche et sa compréhension complexes. La réglementation se diversifie dans la mesure où elle concerne de plus en plus des produits et non des classes de produits.

A l'hôpital, il peut exister des contradictions entre les trois tutelles qui sont susceptibles de réglementer : le ministère de santé, les ministères de l'intérieur et des finances. Le ministère de l'intérieur introduit des plans de sécurité, des réglementations sanitaires différentes ; ces textes sont disponibles sur internet, ils existent pour chaque secteur (ils concernent la rétrocession, la réglementation clinique, l'autorisation temporaire de stupéfiants, la radio, la pharmacie etc.).

La diversité de la réglementation conduit donc à une spécialisation au sein de la pharmacie car la pharmacie doit avoir la capacité de connaître et analyser les règles, les imposer et contrôler leur application.

Cette lourdeur juridique ne doit pas avoir d'impact direct sur les services dans la mesure où le rôle de la pharmacie est de travailler pour les services. Les pharmaciens communiquent beaucoup avec les médecins, ils leur expliquent la réglementation, leur balisent les autorisations d'utilisation. La pharmacie valide les prescriptions peu nombreuses du bloc. Elle vérifie les commandes et donne son accord sur leur contenu, passe les commandes, réceptionne les colis des dispositifs médicaux (DM) et des médicaments.

Les pharmaciens disent courir derrière l'urgence. Ceux du secteur public disposent de moins de possibilité de choix car les marchés sont passés pour un temps assez long (trois ans à Lame) ; cela présente aussi l'avantage de ne pas relancer trop souvent les appels d'offre.

Les nouvelles demandes doivent être argumentées par le corps médical. Elles passent devant la commission des dispositifs médicaux qui indique la décision mais avec un délai parfois de 6 mois. C'est trop lent pour innover. Si le volume à commander est important, il faut un appel d'offre. Pour un appel d'offre, il faut prévoir les besoins 9 mois avant.

C'est la pharmacie qui vérifie la nature des commandes et les passe aux laboratoires avec lesquels l'hôpital ou la clinique ont des marchés. Ils valident la demande d'achat (DA) et la faxent au fournisseur. On comprend que les délais induits par les vérifications ne sont pas propices à une réactivité et une rapidité. De ce fait, chaque bloc mais aussi chaque pharmacie cherche à mettre en place des astuces pour que la commande soit passée le plus vite possible. Aussi, constate t-on un « aménagement » important des procédures.

L'aménagement des procédures concernant les commandes

Dans les blocs, un cadre de santé est responsable de la pharmacie. Différents types de circuits accompagnent les commandes :

Une partie du matériel utilisé est toujours identique et se situe en dépôt, en stock ; par exemple les petits dispositifs médicaux telles les compresses, sont commandés tous les 8 jours ou tous les 15 jours à Lame comme à Paris, la pharmacie a en plus un stock tampon d'un mois sur ces produits. Le stock est transféré au bloc tous les 10 jours grâce à une liste type. En effet, la charge de travail n'a pas toujours permis d'anticiper et de faire les commandes à temps.

Le cadre de santé commande aussi une partie de ce qu'ils n'ont pas en réserve via la pharmacie.

Une autre partie est commandée directement au laboratoire extérieur à l'hôpital, ce qui constitue un détournement de la règle (ceci concerne les hôpitaux). En effet, selon les règles en vigueur, c'est la pharmacie qui devrait réserver car elle doit donner une autorisation par rapport à la commande. Mais cette procédure étant longue, le cadre infirmier, souvent pressé et soucieux de voir sa demande aboutir avec certitude, téléphone directement au laboratoire extérieur qui fournira la commande. Cela lui permet de gagner du temps et il a l'information en direct concernant le délai de livraison. Il peut ainsi connaître la disponibilité de l'appareillage- par exemple la prothèse- et savoir si l'opération peut être programmée comme prévu ou s'il faut la reporter. Le cadre de santé fait alors une fiche réservation auprès du labo, téléphone au labo. Il fera valider a posteriori cette commande par la pharmacie. Il n'y a pas de problème en général car les cadres de santé connaissent les fournisseurs, les nomenclatures produits et ne font pas d'opérations qui pourraient être désavouées par la pharmacie. La procédure est déviée également pour des produits comme la bétadine, les compresses... Le cadre de santé signe en effet la commande avant de passer par la pharmacie, cela lui permet de gagner du temps.

On remarquera que le détournement de procédure ne concerne pas que l'imprévisible, il concerne aussi le tout venant qui pourrait être anticipé. Cela signifie que les personnels trop débordés ne repèrent pas toujours les ruptures de certains stocks et ceci bien qu'il y ait des personnes ayant en charge la vérification des stocks.

Le détournement de la règle est parfois officialisé ; ce qui lui confère une légitimité.

Par exemple, dans un hôpital, les vis et clous sont commandés par la logistique. Pour avoir la commande du jour au lendemain, le cadre de santé passe la commande lui-même. Il a reçu de la part du service logistique une délégation de commande. Il a de ce fait un pouvoir de commande direct mais qu'il n'utilise pas systématiquement. Pour cela il dispose d'un carnet de commandes avec numéros confié par le service logistique. Il faxe donc (ou téléphone) au laboratoire extérieur avec un numéro de commande attribué par les services logistiques.

Toutes ces initiatives sont rendues nécessaires par la lourdeur des circuits. Ce « système D » donne de la souplesse. A Paris l'aménagement de procédure ne suppose pas une commande directe de la part du bloc ; mais il existe ce qu'on appelle une procédure d'urgence. Elle prend la forme d'un bon d'urgence :

Le bloc gère sa commande et ses besoins. Par ex les besoins en conservateurs d'organes fluctuent. On peut avoir 3 ou 4 demandes un week end (lié aux accidents) ou un par mois. Le bloc descend ses commandes deux fois par semaine. Lorsqu'il y a une urgence ils viennent exprès avec leur bon. Lorsqu'il y a une urgence, on crée un 404, bon d'urgence pharmacie, cela permet de commander s'il y a une forte rupture des stocks (pharmacien).

L'aménagement des procédures concernant les marchés :

Les produits avant de figurer sur les listes d'achat doivent être testés. Lors des appels d'offre, les pharmaciens vont donc faire tester les produits aux laboratoires. En fonction des réponses on choisit un seul produit.

Si un produit n'est pas recommandé par une société savante, il faut justifier son utilisation, la pharmacie peut aussi recommander autre chose au médecin. Sinon une partie ne sera pas prise en charge et remboursée.

Cette réglementation générale n'est pas évidente à appliquer. En effet, les chirurgiens ont des habitudes concernant les matériels ou des souhaits qui ne correspondent pas toujours aux choix effectués par les services pharmaceutiques.

« Chaque chirurgien a ses habitudes. Par exemple pour le choix du fil. Les chirurgiens sont formés avec un produit et ont du mal à s'habituer à d'autres produits » (un pharmacien). Les pharmaciens du privé et ceux du public ont confirmé le fait que les raisons des choix ne sont pas toujours liées à une spécificité patient mais plutôt à un choix de fournisseur. « Il y a beaucoup de stress dans l'activité des chirurgiens, ils ont horreur du changement, du changement de geste ; cela induit en effet des difficultés supplémentaires ».

Si les commandes doivent se situer dans le marché, il arrive néanmoins qu'un chirurgien commande une prothèse qui se situe hors du marché. Selon la règle cette commande ne devrait pas être possible ; cependant la règle est assouplie et ajustée. Cela n'est possible qu'à la marge, autrement dit si cela est considéré comme exceptionnel. Le cadre santé de bloc fait alors une feuille de réservation, qui passe par la pharmacie. On signale au chirurgien que c'est hors marché. Si cela arrive une ou deux fois par an cela peut passer comme un essai de nouveau matériel. C'est le cadre qui signe et en prend la responsabilité.

Dans la clinique, il n'existe pas de règle de marché public mais une liste de fournitures et de produits utilisés fait référence afin d'harmoniser les types d'achats et les volumes de commandes. La pharmacie veille également à cette homogénéité des commandes mais elle accepte comme à l'hôpital des exceptions pourvu que la commande exceptionnelle ne devienne pas une habitude.

Il arrive que le bloc choisisse un autre fournisseur que ceux qui avaient été défini au départ. « *Il y a une forte pression commerciale sur le chirurgien, et ils ne préviennent pas toujours la pharmacie de ce qu'ils font. En orthopédie, c'est la pharmacie qui entérine* » (pharmacie Lame).

La pharmacie fait aussi des essais de nouveaux matériels. Elle fait un recensement des besoins. Parfois à la demande des chirurgiens. Les IBODES n'ont pas toujours les mêmes demandes que les chirurgiens (conflit des demandes).

Par exemple elles ne veulent pas accepter qu'il n'y ait qu'un seul champ pour une opération et veulent en maintenir deux (Lame). Parfois le chirurgien oublie qu'il a donné son avis sur un matériel. Mais le service pharmacie n'a pas le temps de formaliser les réponses dans des documents.

La réception

La pharmacie est le lieu où se fait la réception des colis. L'arrivée des colis n'est pas toujours maîtrisée et sans avoir pu le vérifier, on peut penser que cela a des conséquences en aval. En tous cas cela occasionne un travail supplémentaire au service de la pharmacie.

Ainsi à Paris un énorme quai de chargement accueille l'ensemble des commandes. Un quart des livraisons ne sont pas vérifiées, sont en dépôt sans contrôle. En effet, ils ont un quai de chargement pratique, et de ce fait toutes les arrivées et les dépôts s'y font. Il faut noter que le transport est souvent pris en charge par des sous traitants qui travaillent à la commission. « Ils déposent les cartons parfois sans aucune réception de la part de la pharmacie. C'est ensuite à la pharmacie de redispacher » (pharmacien).

La matériovigilance

Il existe un risque pour tout le personnel si les instruments arrivent défectueux. Ainsi lorsqu'un problème se répète, les infirmières vont signaler à la pharmacie la défectuosité des produits pour qu'ils y remédient en amont auprès des fournisseurs (ex. bocal fissuré, pansements avec des défauts).

Les modalités de réception sont diverses :

La pharmacie de Paris et celle de Noil par exemple réceptionnent les médicaments et des dispositifs médicaux (DM) puis s'occupent de la livraison auprès des services.

A Lame, la livraison des petites compresses et médicaments, des champs se fait à la pharmacie. Mais la livraison des prothèses qui sont des objets excessivement volumineux se fait au bloc directement. En ce qui concerne les vis et clous (le marché est passé par la logistique) le stock se situe sur le parking ; le personnel du bloc ira le chercher.

Un problème important signalé par les gestionnaires de pharmacie concerne les logiciels

La complexité de l'approvisionnement et de la circulation des médicaments varie selon les types de pathologies soignées dans les hôpitaux. Ainsi, à Paris,

« Pour un long séjour, les prescriptions se font sur un mois. Pour un court séjour, en hématologie, on peut avoir 30 médicaments par jour, et qui changent tous les deux jours. Les malades en hémato-cancérologie qui reçoivent des protocoles de première intention, ces malades reçoivent 5 fois plus de médicaments ; on peut leur changer leurs médicaments, parfois 3 fois par jour » (pharmacien).

Que ce soit à Lame ou à Paris, les logiciels utilisés par les pharmacies apparaissent incompatibles entre eux, nécessitant de nombreuses recopies avec le risque d'erreur et la perte de temps que cela suppose pour un travail peu intéressant.

Pour illustration les différents logiciels qui nous ont été listés à la pharmacie de Lame

- Appel offre
- Rétrocession
- Chimio
- Traçabilité
- Gestion finance (relié à celui des appels d'offre)
- Dérivé du sang

Pour ce qui concerne les dispositifs médicaux implantables, le logiciel optim dans un proche avenir devrait permettre de gérer la traçabilité.

A Paris,

- Le logiciel de gestion de la pharmacie ne fait pas la comptabilité, ni les statistiques.
- Les dispositifs médicaux sont gérés sur excel ;
- Les dérivés du sang sont traités sur un autre logiciel métier

« Il y a un gros soucis informatique qui n'est pas adaptée aux réalités du terrain. 6 ou 7 logiciels qui ne se parlent pas alors qu'il en existe des nouveaux compatibles entre eux ».

Les logiciels utilisés sont anciens.

Par exemple le logiciel de traçabilité date de 1995 ; celui de réapprovisionnement date de 2000-2001, un autre de 1993.

2.4. La stérilisation

Une partie des outils ou des objets utilisés dans le bloc est à usage unique, une autre partie doit être stérilisée. La stérilisation est sous la responsabilité de la pharmacie.

Le processus de nettoyage et stérilisation

Ce processus commence au bloc opératoire et se poursuit ensuite au service de stérilisation qui dépend de la pharmacie.

Décontamination : après utilisation du matériel, le personnel du bloc (AS) fait tremper le matériel. Il s'agit d'une pré désinfection. Le matériel est ensuite apporté dans ses bacs de trempage à la stérilisation.

Dans un deuxième temps **la stérilisation** prend en charge le matériel qui en général lui est livré. Les différentes étapes de stérilisation sont les suivantes :

Le lavage : le matériel pris en charge est rincé, nettoyé, soit de manière manuelle, soit de manière automatisée. Le lavage est fait avec des solutions particulières qui permettent une désinfection ; la désinfection thermique suppose de respecter des normes de température de nettoyage se situant autour de 95 degrés, sur une durée précise (le temps est de 4 minutes).

Les instruments qui ne peuvent être nettoyés par cette technique par exemple du fait d'une fragilité (matériel ne supportant pas l'eau), sont nettoyés à la main ou par ultrason.

La stérilisation se fait en autoclave c'est à dire sous chaleur humide Le cycle de process pour stériliser une boîte dure environ 5 heures (sans interruption de chaîne car le traitement se fait en continu). Une boîte est tributaire des autres.

La validation : le tampon apposé permet de valider la stérilité du matériel (sont indiqués les paramètres analysés et validés).

Les outils venant du bloc ont une « charge protéique » (sanglante) plus importante; de ce fait les conditions de nettoyage sont différentes des autres services. La stérilisation se fait en trois temps avec forte température.

Le bloc est toujours un gros client pour la stérilisation ; mais s'il est le client unique pour Noil, il n'en est pas de même à Paris ou à Lame.

En 1999 l'hôpital de Paris a mis en place des capacités de stérilisation importantes ; Paris devait en effet accueillir les grands brûlés et la chirurgie réparatrice. Cependant la construction du bâtiment a pris du retard et le service de stérilisation de ce fait est en surcapacité. Il a donc cherché à rentabiliser

les équipements existants. La stérilisation de Paris travaille pour l'hématologie. Ils font aussi de l'activité de sous-traitance. Par exemple ils prennent la stérilisation de cliniques privées. Les établissements privés sous traitent la stérilisation car pour les petites cliniques la mise aux normes des installations s'avère coûteuse. Le personnel d'un autre hôpital, actuellement en travaux vient stériliser son propre matériel.

La prise en charge de la stérilisation d'autres établissements peut créer un cercle vertueux. Cela permet de gagner plus d'argent pour l'hôpital, de payer des primes au personnel de la stérilisation et également de valoriser ce personnel. « *On gagne en qualité, en relation, en esprit d'équipe* » (responsable stérilisation).

La stérilisation de Lame a investi dans un matériel sophistiqué qui lui permet d'automatiser un certain nombre d'interventions. Elle a investi dans du matériel afin d'éviter les gardes et les astreintes. Pour rentabiliser ce matériel elle est prestataire de service vis à vis de l'extérieur. Le service fonctionne 7 jours sur 7²².

Une capacité de prévision et d'anticipation du volume de stérilisation inégale

Le service de stérilisation ne parvient pas à anticiper son activité. Ainsi, à Noil, la stérilisation dispose d'une feuille de commande du bloc ; le bloc donne ses besoins la veille pour le lendemain mais le bloc ne peut pas toujours prévoir. Il y a une partie de l'activité qui n'est pas prévisible ; et le bloc peut aussi exprimer le jour même de l'opération la demande d'un instrument auquel il n'avait pas pensé. Cette absence de précision dans la prévision est une réelle difficulté pour la stérilisation qui ne peut planifier son activité et doit ainsi gérer de l'aléatoire. Pour réduire l'incertitude et l'aléatoire, il serait nécessaire que chaque chirurgien et aide opératoire fasse une liste des instruments dont il souhaite disposer pour son activité opératoire et en fonction des types d'opérations. En effet, les demandes de matériel et d'outils sont différentes selon les chirurgiens pour un même type d'opérations. Cette remarque vaut également pour la stérilisation de Lame qui souhaiterait pouvoir mieux prévoir l'activité. On envisage par exemple à **Lame** de construire une connexion informatique entre le bloc et la stérilisation qui faciliterait la prévision des volumes.

A Paris, depuis un an de gros efforts d'investissement et de mise aux normes ont été faits à la stérilisation. Les équipements, les circuits d'air, l'informatisation ont été revus. On peut désormais suivre en temps réel les cycles des autoclaves²³. On sait donc à chaque instant, à quel moment du process on se situe. Cela permet un gain de temps important car les personnes qui servent les autoclaves peuvent anticiper et préparer le cycle suivant.

La responsable du service dispose d'un écran où figure la représentation du fonctionnement des cinq autoclaves. Il est donc facile pour elle de contrôler et de demander des relances.

²² Lundi au vendredi 7h à 20h30 ; Samedi 7h à 17h30 ; Dimanche 8h30 à 17h (2 personnes) pour servir essentiellement le bloc et la gynécologie.

²³ Ils ont obtenu le 3^{ème} prix qualité de l'APHP.

Les personnels de la stérilisation ont désormais le déroulement de la production toujours sous les yeux.

Il est possible grâce au logiciel de connaître l'emplacement des boîtes, celles qui sont en stérilisation, celles qui sont de retour au bloc. Cela permet à la stérilisation de mettre à distance les pressions du bloc. Ainsi il est possible de dire au bloc que les outils qu'ils cherchent ne sont pas à la stérilisation mais au bloc. Le suivi informatique du déroulement de la stérilisation est donc perçu par le personnel comme un élément de preuve et de négociation avec les personnels de bloc pour dédouaner les personnels de stérilisation.

Ce logiciel considéré comme très convivial est différent de celui du bloc. Si le bloc avait le même logiciel il pourrait consulter le logiciel pour localiser les boîtes ; or actuellement ce n'est pas le cas. Un logiciel d'interface existe mais n'a pas encore été mis en place.

A Noil, le travail se fait à flux tendu.

« En effet, le matériel de chirurgie coûte cher et de ce fait, une boîte peut être stérilisée 3 fois par jour. Il peut y avoir des incidents notamment des retards, cela arrive régulièrement. Sur 1000 boîtes différentes, 600 sont stérilisées par jour. Les prothèses sont volumineuses et représentent 7 à 8 conteneurs de 150 à 160 interventions par jour ».

Les relations entre bloc et stérilisation parfois cordiales, parfois tendues

Dans les relations entre bloc et stérilisation, nous avons rencontré tantôt de cordiales relations, tantôt au contraire des tensions. Le service stérilisation se situe certes dans l'urgence comme le bloc mais pas de la même manière. Cependant, il subit assez couramment la tension du bloc.

Les relations décrites par les personnels de stérilisation montrent qu'ils réfléchissent sur leur manière de communiquer avec les chirurgiens : *« Les relations avec le bloc se passent bien si on s'intéresse à leurs problèmes. S'il y a un problème ils peuvent hurler pour être entendu, mais si on va au devant et si on les sert bien, cela se passe sans difficulté relationnelle majeure ».*

La communication est facilitée lorsque la personne de la stérilisation prend de la distance et parvient à calmer la personne du bloc. *« Cela suppose d'être bien dans ses baskets. Avant que le chirurgien n'explose, il faut parler, mettre des choses en place ».* On devine ici la tension qui émane des interlocuteurs du bloc.

De fait, la pression du bloc sur la stérilisation est importante. Elle est symbolique dans la mesure où la stérilisation considère indépendamment de toute communication particulière que le bloc est un client « important ». D'une certaine manière les services intériorisent l'importance du bloc qui se trouve paré d'un certain prestige. Une responsable de la stérilisation, ancienne cadre de bloc dira que la qualification acquise antérieurement au sein du bloc lui a permis de mieux résister aux demandes présentées comme urgentes par le bloc opératoire lorsqu'elles ne l'étaient pas vraiment. Elle sait en effet juger et relativiser les demandes. Elle peut *« répondre fermement sans risque de se tromper ».*

Deux dimensions nous paraissent importantes : celle de la reconstitution des boîtes d'instruments et celle de l'emplacement de la stérilisation.

La reconstitution des boîtes d'instruments

Les instruments de chirurgie sont intégrés dans des boîtes. A l'issue des interventions chirurgicales, les instruments ont été sortis des boîtes, mélangés. Il peut donc en manquer. Bien qu'à la sortie du bloc les éléments utilisés pour une opération soient rassemblés, les contenus des différentes boîtes sont encore mélangés. Il est nécessaire de pouvoir les repérer pour effectuer un tri et reconstituer les boîtes avant l'acte de stérilisation proprement dit.

Traditionnellement cette reconstitution des boîtes était de la compétence des infirmières. On constate cependant que la reconstitution des boîtes peut être faite par un personnel moins qualifié. Selon les lieux, cette reconstitution peut être faite par les infirmières du bloc ou par le personnel de la stérilisation.

Personnel prenant en charge la reconstruction des boîtes

Paris	Noil	Lame
Elle est en train de passer du bloc à la stérilisation	La stérilisation	Les infirmières de bloc

Lorsque la composition des boîtes est conforme, elles sont stérilisées, scellées et enfin renvoyées au bloc. La reconstitution des boîtes nécessite de bien connaître les instruments et la composition des boîtes. Celle-ci varie selon les types de chirurgie mais peut varier aussi selon le chirurgien.

- Traditionnellement ce sont donc les infirmières de bloc qui vont à la stérilisation pour recomposer les boîtes dont elles auront la responsabilité. C'est ce qui se passe à Lame, c'est aussi ce qui était d'usage à Paris jusque très récemment.
- Paris nous allons y revenir est en train de changer de système ; désormais les instruments seront classés et rangés par la stérilisation.
- La pratique est différente à Noil. Ce sont les personnels de la stérilisation qui prennent en charge la reconstitution des boîtes. Ce personnel peu qualifié suit les instructions figurant sur des listes préétablies par les groupes de travail des personnels de bloc.

Nous allons évoquer les modalités du changement à Paris dans la mesure où cela permet de comprendre les problèmes qui se posent autour de la stérilisation et la composition des boîtes d'instruments.

Le changement à Paris

Le changement de matériel permet un gain de temps sur les cycles de stérilisation. Ce gain de temps a été utilisé par la responsable de la stérilisation pour d'autres activités. Notamment la répartition du travail entre le bloc et la stérilisation a été repensée. Ainsi avant les panseuses du bloc venaient reconstituer leurs boîtes. Tant que ces boîtes n'étaient pas reconstituées, la stérilisation était bloquée. Par contre, le lendemain de la reconstitution des boîtes la charge de travail était importante. Des fluctuations donc dans la charge de travail, conduisant tantôt à des attentes, tantôt à des heures supplémentaires et ceci en fonction du rythme de disponibilité des panseuses pour reconstituer leurs boîtes.

L'arrivée de l'informatisation s'est accompagnée d'une proposition de redistribution de l'activité. La responsable de la stérilisation a proposé de faire prendre en charge le conditionnement des boîtes par son service. Ce nouveau travail a été considéré par les aides soignantes de la stérilisation comme une requalification, le travail apparaît plus varié, moins routinier. Elles apprennent le sens de l'activité demandée, elles savent pourquoi elles doivent faire telle opération. « *Elles font ce travail dans de meilleures conditions que les panseuses toujours pressées et qui se trompent, oublient des pièces...* ».

Evolutions récentes dans les relations entre le bloc et la stérilisation :

1/ La prise en charge de la constitution des boîtes par les aides soignantes d'hospitalisation

suppose une formation des aides soignantes de la part des IBODES (infirmières de bloc opératoires). Les aides soignantes ne connaissent ni les outils, ni les spécificités de fragilité. Un temps plein d'IBODES est dédié à la formation, deux infirmières accompagnent et forment le personnel à cette mise en place des boîtes. Certains matériels sont coûteux et doivent être maniés avec précaution, les références des raccords de câble doivent être repérées et associées. Elles disposent souvent des références et des photos des matériels à assembler. De fait tous les outils ont été répertoriés. On trouve cette même démarche à Noil. Cette déposssession d'une partie de leur tâche a d'autant moins posé de problème aux IBODES qu'elles auraient du, après l'informatisation de la stérilisation, se mettre aux nouvelles procédures et suivre les consignes du logiciel informatique.

Désormais pas à pas il faut s'enregistrer en début de protocole (boîte, heure, nom de la personne), valider tout ce qu'on met dans la boîte « le logiciel vous dit ce que vous avez oublié. S'il manque un élément on peut le signaler, les informations ainsi restent en mémoire. S'il manque des ciseaux par exemple, on ne peut pas finir la boîte. On ne ferme jamais une boîte avec un élément manquant. En cas d'absence d'un outil, la stérilisation demande donc au bloc d'effectuer une commande. Mais si le bloc ne fait pas la commande, la boîte reste bloquée. Il arrive donc que la stérilisation prenne l'initiative de la commande. La commande est alors remplie par la responsable de la stérilisation puis contresignée par la responsable du bloc, et enfin envoyée au service de commande. Cette prise en charge épisodique de la commande est liée à un dysfonctionnement du bloc.

Deux IBODES assurent la formation. Former au reconditionnement des boîtes est long. Il y a 800 boîtes différentes. Ce transfert d'activité du bloc vers la stérilisation devrait permettre de gagner deux équivalents temps plein au bloc. Le cadre de stérilisation a donc négocié pour que cela se traduise par une reconnaissance financière pour les agents de stérilisation. Une aide soignante en stérilisation ne travaille pas le dimanche, elle gagne donc moins que d'autres personnels car elle n'a pas d'indemnité. La nouvelle indemnité liée à l'activité supplémentaire permet aussi de fixer le personnel et éviter le turn over.

Les aides soignantes peuvent s'appuyer sur des listes d'éléments entrant dans la composition des boîtes. En mettant chaque outil dans les boîtes, l'aide soignante enregistre les opérations qu'elle effectue

2/ La stérilisation se situe sur le même palier que le bloc, à deux portes. Depuis la reconfiguration de l'installation et sa mise aux normes, les IBODES n'entrent plus aussi facilement dans le service de stérilisation. Pour deux raisons :

- Pour rentrer dans le service, il est nécessaire d'obtenir l'accès. Avant elles entraient facilement, désormais si elles veulent une boîte, elles ne viennent plus d'emblée dans la stérilisation, mais téléphonent et on peut savoir si la boîte est en stock ou non grâce au logiciel. « *On n'est plus tributaire de leur désorganisation* » (responsable stérilisation).
- Entrer dans la stérilisation suppose de revêtir une tenue adéquate et notamment un bandeau sur la bouche. « Et les IBODES ne souhaitent pas le faire ; elles viennent donc avec moins d'enthousiasme » (cadre stérilisation).

Optim permet de connaître le statut des boîtes.

Le statut se décompose en trois états :

1. La boîte est propre, elle est passée au laveur à 90° pour une désinfection thermique ; elle attend pour être reconditionnée.
2. La boîte est en cours de stérilisation (la stérilisation se fait par vapeur)
3. La boîte est au bloc déjà stérilisée.

« *Le bloc est un gros client difficile, pas organisé...il n'a pas de rigueur, il n'y a pas de chef d'orchestre* ». Ainsi, lorsque le bloc n'accepte pas les boîtes stérilisées et les renvoie au service, ils ne précisent pas quelle en est la raison. Si sur une feuille de décision ils indiquent de changer un ciseau, ils ne disent pas pourquoi. Si un chirurgien demande de changer une pince à disséquer, il ne précise pas s'il s'agit de changer cette pince pour un type d'opération particulier, pour toutes les boîtes... ». Si le bloc ne commande pas par exemple pour renouveler les stocks cela rejaille sur l'image de la stérilisation, car lorsque les chirurgiens n'ont pas leurs instruments, on leur dit que c'est la faute de la stérilisation.

Une réflexion est en cours entre la surveillante et la responsable de la stérilisation. Le bloc a accepté de nommer une référente par discipline. Il s'agit d'améliorer l'articulation entre les deux services.

« Si autrefois la stérilisation recueillait « les bras cassés de l'hôpital », il apparaît nécessaire désormais d'avoir un personnel compétent. Avec le changement des normes et l'informatisation, la routine a été cassée, les horaires ont été réorganisés pour permettre une plage horaire de travail plus longue. Certaines personnes sont parties à la retraite, pour les autres des horaires alternés ont été imposés une semaine le matin, une l'après midi. Moyennant quoi elles prennent leurs congés quand elles veulent.

De nouvelles fiches métiers ont été créées au niveau national. La fiche agent de stérilisation a été créée. La VAE est mise en place, il faut les former » (responsable stérilisation).

L'emplacement du service stérilisation

L'emplacement du service de stérilisation est très important car il interfère sur la proximité avec les équipes de bloc, permet ou non la mise à distance, joue sur la possibilité de relations. Le service de stérilisation occupe une place différente dans les trois structures étudiées :

- A Noil la stérilisation se situe au sein du bloc opératoire.
- A Lame elle est éloignée, et se situe à un autre étage.
- A Paris, elle est située au même étage. On y est rapidement en franchissant deux portes.

La proximité spatiale joue sur les formes de la rencontre. On constate en effet que les personnes situées à proximité ou circulant dans des espaces communs se rencontrent et échangent plus régulièrement. Qu'en est-il des échanges entre services de stérilisation et bloc ? Les personnels sont-ils favorables à une intégration forte ?

La stérilisation de Noil est récente. Sa conception au centre du bloc avait comme objectif de mieux intégrer cette fonction dans les besoins du bloc. Le service de stérilisation est au centre du bloc. On peut y accéder directement par un couloir circulaire ou en passant par les salles de bloc. Les interlocuteurs de la stérilisation pensent qu'il est utile d'avoir un lien direct pour échanger mais que la présence de la stérilisation au sein du bloc présente des inconvénients : *« cela complique les relations. A l'origine il s'agissait de les simplifier. Cela permet de simplifier les flux. C'est un concept qui date de 10 ans. Souvent la stérilisation n'est pas loin, mais là c'est au milieu. « Rien qu'avec l'architecture on sent une pression. Le bloc est un lieu de stress, le stress s'y concentre ».*

« Le bloc a besoin d'échappatoire et la stérilisation lui sert d'échappatoire, il vient déverser son stress », s'inquiétant de savoir si les instruments seront prêts ou non. Si le bloc a un problème et redoute de ne pas avoir une boîte à temps, différents intervenants du bloc peuvent intervenir auprès de la stérilisation.

Or, « *la stérilisation doit être un lieu de qualité et de calme ; on n'a pas à avoir le stress du bloc* ». Un certain nombre de contraintes suppose une activité rigoureuse. Les instruments manipulés sont fragiles et coûteux, la stérilisation est très encadrée au niveau des normes de qualité. L'objectif de l'unité est de produire du matériel stérile en respectant des étapes rigoureusement, c'est un lieu fermé. Être interrompu dans une procédure par l'entrée intempestive dans le service d'une personne extérieure qui a une demande pressante peut être dommageable (ex : lors du déchargement d'un autoclave). La qualité finale s'en ressent.

S'il est utile voire nécessaire d'avoir un lien pour les objets entre la stérilisation et le bloc, le lien direct et physique pour les hommes n'est pas souhaitable. L'idéal d'emplacement pour la stérilisation est de se situer à proximité avec un lien physique (couloir ou monte charge).

3. La gestion du linge et des petits approvisionnements

Descriptif général

Le service logistique et le magasin hôtelier s'occupent de l'approvisionnement de linge tissé et non tissé, du petit matériel. Cet approvisionnement se fait chaque journée y compris le week end par un automate, sorte d'armoire.

L'activité du service et les produits concernés

Nous commencerons par une description du fonctionnement du service logistique et magasin hôtelier. Cette description concerne l'hôpital Paris, elle permet de mieux comprendre les fonctions de ces services.

Le bloc passe ses commandes par informatique, le service du linge réceptionne et livre. On trouve différents produits. On peut distinguer le matériel hôtelier commun à de nombreux services, du linge tissé, et non tissé, les produits spécifiques au bloc.

Le tissé

Le service s'occupe du sale, fait le traitement blanchisserie. Le linge du bloc est personnalisé. « Tout ce qu'on leur lave, on leur rend ». Le blanchissage est sous traité à l'extérieur (avec un délai de 72 h ou plus) Un des problèmes de ce service est de maintenir l'approvisionnement lorsqu'il y a des mouvements sociaux. « En cas de rupture de l'approvisionnement, on utilise du linge à usage unique pour l'habillement. On réduit les alèses et draps, on leur donne du papier à usage unique ».

L'évacuation du linge sale se fait au quotidien, dans des sacs de couleur par article. Le bloc vient chercher les vêtements de travail propre.

Le non tissé

Il concerne le linge hôtelier médical non stérile, à usage unique. Les charlottes et les bonnets, les surchaussures, les masques, le linge hôtelier, les pyjamas, vestes, essuie-mains.

L'approvisionnement est hebdomadaire. Les services saisissent leurs commandes sur ordinateur, chaque hôpital a un magasin chez le fournisseur.

Les déchets sont évacués par le service déchet.

Si l'article est défilant, la blanchisserie a un circuit pour repérer les articles. Les articles défilants (tachés, déchirés) sont retournés par le service ; ils décident si la destruction doit être faite. Chaque article possède son propre code barre, qui disparaît avec l'objet.

S'il y a un problème avec le fournisseur, il existe une procédure de réclamation.

Une fois par mois, le matériel hôtelier fait l'objet d'un tri. Stylos, articles de bureau, flacons, tubes de prélèvement sauf ce qui est stérile, tout est entreposé dans un magasin médical. La demande des services se fait par informatique, les produits sont préparés, facturés et expédiés, une fois par mois. Certains produits sont dits spécifiques tels que le fil pour recoudre. Les instruments de chirurgie (ciseaux...). Certaines commandes spécifiques sont validées par la pharmacie : les dispositifs médicaux implantables (vis, parois, implants) ; il est nécessaire d'assurer une traçabilité pour ces produits.

Les circuits de commande

La commande par le bloc suppose de mettre en œuvre un circuit précis qui a été étudié, revu, validé. Le bloc fait une commande directe à l'économat pour les produits exclusifs pour le bloc. Il saisit sa commande qui sera validée par la pharmacie, qui elle-même saisit et envoie la commande. Le schéma suivant montre les différentes étapes, étapes qui sont un peu différentes selon les services.

La coopération entre le bloc et le magasin linge et hôtellerie pour améliorer l'activité de réception

Le bloc est livré alors que tous les autres services viennent chercher leurs fournitures. Ceci est nouveau (depuis 2 mois, mars 06) et a fait l'objet d'une concertation entre le bloc et le service d'approvisionnement linge. En effet, le bloc était débordé du fait d'une hausse d'activité et de deux postes non pourvus. Le bloc a demandé que le service lingerie améliore l'approvisionnement et la gestion du flux. Celui-ci a réfléchi à la manière de mieux servir le bloc.

Le processus de changement.

Le cadre supérieur de bloc et la responsable du service lingerie se sont réunis pour réfléchir à la réception des commandes. Le bloc souhaitait améliorer la commande directe, le personnel avait des problèmes de réception. Les personnels faisant la réception au bloc avaient besoin d'être aidés et soulagés rapidement. Les deux services ont donc organisé des réunions de travail pour trouver des solutions.

Par exemple une première solution évoquée était que la réception ne se fasse plus au bloc mais au service lingerie. Les avantages et inconvénients ont fait l'objet d'une réflexion. Le magasin est sale, les produits de toutes manières devront être acheminés au bloc. La solution retenue est décrite ci-après ; elle concernait plusieurs services, d'où la nécessité de faire un essai avant de l'adopter et de reconsidérer les circuits de manière plus définitive. Ce sont les opérationnels de chaque service qui ont participé à la réflexion et qui ont trouvé les solutions. Cette collaboration s'est prolongée par une meilleure relation ; elle s'est notamment traduite par l'invitation et la visite du bloc par les salariés de la lingerie.

Cela s'est traduit par une aide à la réception. En effet, antérieurement, les personnes du bloc prenaient tous les cartons dans le désordre ; en les déposants au bloc elles les mélangeaient sans vraiment en avoir conscience.

- Le travail entre le service lingerie et le bloc a permis de faire ce diagnostic concernant la difficulté de réception. Une intervention de la part du service lingerie a permis d'exiger du fournisseur qu'il regroupe certains produits au sein de colis uniques. Le premier travail du service lingerie a donc été de reconsidérer le conditionnement afin de faciliter la réception des colis au bloc.
- Le service lingerie aide désormais le cadre du bloc à compter et vérifier la marchandise à réception. Notamment, une comparaison est faite entre le bon de commande que le bloc archive systématiquement et le bon de livraison. Le fait de partager cette activité de livraison a permis une meilleure inter connaissance des deux services, cela a permis de trouver des ajustements pour satisfaire les demandes du bloc.

Exemple : un travail en commun a été fait pour améliorer la manière de ranger le stock. La livraison par le fournisseur est mensuelle, une commande correspondant à un seul bon peut figurer dans plusieurs colis. Si le service du bloc prend les colis dans n'importe quel ordre et les sépare, il est beaucoup plus difficile de vérifier la commande et un temps important était perdu initialement du fait de ce manque de vigilance.

Désormais les colis sont montés au bloc dans l'ordre où ils ont été livrés, on fait attention de ne pas séparer les colis qui seraient de même nature, cela facilite l'ouverture et l'inventaire de la réception.

Ainsi, en prenant en charge l'ouverture et l'inventaire des colis, les magasiniers ont modifié leurs pratiques de livraison et pris en compte dans leur mode opératoire, l'activité suivante. Le recouvrement dans les segments d'activité permet de mieux organiser le flux du colis en fonction des activités qui jalonnent son parcours. **Désormais les activités de l'étape 1 -acheminement et dépôt des cartons à l'entrée du bloc- intériorisent les contraintes de l'étape 2 qui sont de réceptionner et vérifier la commande.**

- Il y a en outre un savoir-faire général « d'ouverture des colis » que ne possédait pas le personnel du bloc et que le service lingerie a transmis (manière de manipuler les cutters...)

Ainsi les difficultés liées à la livraison engendraient de nombreux conflits entre les deux services, qui ont été résolus par un autre partage des tâches, les uns comprennent mieux pourquoi les autres demandent telle chose.

Le personnel de bloc a été formé sur l'organisation des commandes, l'ouverture, le stockage. En outre, le gestionnaire du service lingerie a pu aider le bloc à penser l'organisation des archives de suivi de la documentation : classer les documents, éviter d'archiver ce qui ne sert pas.

Ce travail en commun a permis également de repérer la différence de désignation des termes utilisés par les deux services. Ainsi ce que les salariés du bloc désignent comme un pyjama, n'est pas un

pyjama pour ceux qui font les commandes. Ce repérage a permis d'éviter un certain nombre de confusions. Les compresses étaient désignées par un autre terme au bloc etc.

Ces petites différences de langage pour désigner des objets ne sont pas des détails dans la mesure où ils peuvent conduire à des erreurs dans l'activité et les commandes. (Ces différences de langage ne sont pas spécifiques au bloc elles concernent par exemple également les labos qui désignent les produits avec un langage technique, étranger au personnel de l'approvisionnement).

Des dysfonctionnements peuvent apparaître en ce qui concerne les délais de livraison. Habituellement le service lingerie ne livre qu'en fonction de l'arrivée d'un certain volume au magasin. Mais parfois le bloc réclame les livraisons. Ce qui suppose alors que le service lingerie adapte sa pratique et vienne livrer le bloc plus tôt que prévu. Dans d'autres cas, le fournisseur ne livre pas suffisamment vite, le bloc alors relance directement le fournisseur.

—

—

—

—

—

CONCLUSION

Au terme de cette première étude sur trois blocs opératoires quels sont les enseignements que l'on peut tirer ? Quelles sont les perspectives qui s'offrent à nous en termes de poursuite de la recherche.

1. Les enseignements de ce premier travail d'investigation

Notre objectif était d'analyser à partir de trois institutions (hôpital public en région nord, CHU à Paris et clinique privée en région ouest) comment le bloc opératoire était servi, autrement dit quelles étaient les fonctions qui intervenaient sur son approvisionnement et participaient à son bon fonctionnement. Nous nous sommes intéressés à différentes activités. Activités :

- matérielles : elles comprennent les approvisionnements de toutes sortes (linge, prothèses, produits pharmaceutiques), les activités d'analyse de laboratoire, l'activité de radiologie.
- de gestion (enregistrer l'activité, la coder)
- d'information concernant par exemple le suivi des commandes, l'information sur le patient, la traçabilité des produits.
- d'accueil et d'information du patient

1.1. Le premier enseignement que nous en tirons concerne la méthode.

1) Comprendre comment le bloc est servi suppose de partir de la réalité du bloc plutôt que des fonctions elles-mêmes, fonctions dont le périmètre est trop vaste pour faire l'objet d'une étude exhaustive dans le cadre de cette problématique. La démarche a consisté de ce fait à travailler sur les articulations et les prolongements de ces articulations dans les services à partir d'exemples concrets choisis soit parce qu'ils révélaient des dysfonctionnements, soit parce qu'ils représentaient des tentatives de transformation ou d'amélioration de l'organisation. Cette démarche suppose donc de rencontrer à la fois les services environnants mais aussi les acteurs du bloc qui effectuent l'interface et utilisent les services des autres fonctions.

2) Pour appréhender correctement les relations du bloc avec les autres services et notamment avec les services d'hospitalisation, d'urgence ou de consultation il est nécessaire de considérer que les chirurgiens n'appartiennent pas au bloc. La relation entre le bloc (son personnel dédié) et les chirurgiens consiste en un échange de prestations. Le personnel du bloc sert et appuie l'équipe chirurgicale (qui comprend le chirurgien, l'anesthésiste, le radiologue extérieur au bloc) mais aussi le personnel proprement dit du bloc (infirmières...). Le chirurgien met à disposition ses compétences et

fournit une prestation au bloc : celle d'opérer²⁴. Il assure aussi dans le périmètre des locaux du bloc un certain nombre d'autres « tâches » comme celle par exemple de rentrer l'information permettant de facturer ses actes.

1.2. Le contenu des prestations offertes par les services extérieurs au bloc

Des prestations pour les blocs tantôt générales, tantôt spécifiques

Comment les services de l'hôpital ou de la clinique servent-ils le bloc. Celui-ci est-il un client comme un autre ou un client particulier ?

Dans une première configuration, les prestations offertes au bloc par les autres services peuvent être générales autrement dit ne pas différer des prestations offertes à l'ensemble des services. Ainsi l'entretien des appareillages est fait sur l'ensemble des services, il suffit seulement de négocier le bon moment. Certains approvisionnements -en ordinateur ou en linge par exemple- peuvent et suivent le plus souvent les circuits généraux sans difficulté particulière. Mais ce traitement indifférencié peut parfois conduire à des dysfonctionnements. Ainsi on a constaté que dans certaines structures la pré admission et l'admission sont équivalentes pour tous les services : qu'il s'agisse d'accueillir des malades pour des soins, une observation ou une intervention chirurgicale. Cela a des conséquences sur l'accueil et la nature de l'information donnée mais aussi sur l'heure d'arrivée des premiers opérés ; cela peut entraîner des dysfonctionnements, par exemple retarder le démarrage du programme opératoire.

Dans une autre configuration, les prestations offertes au bloc opératoire apparaissent spécifiques ou font l'objet d'un traitement particulier. Il nous paraît important de distinguer a) ce qui relève de la réglementation et qui ne devrait souffrir aucune exception et b) ce qui relève de l'arrangement local en fonction des besoins et des pratiques de travail des uns et des autres.

a) Parfois la prise en compte de la réalité spécifique du bloc est incontournable dans la mesure où elle se réfère à une réglementation particulière ; particulièrement lorsque cela touche aux questions d'environnement stérile, à la traçabilité des produits et à la traçabilité de l'intervention. Le bloc n'est pas le seul périmètre concerné par ces différentes problématiques ; les services qui le servent exercent aussi une vigilance spécifique sur ces différents aspects. Cela suppose une articulation entre

²⁴ Sur le métier de chirurgien cf. Régine BERCOT, Alexandre MATHIEU-FRITZ, Les chirurgiens Eléments pour une analyse sociologique d'une crise de recrutement professionnel, Genre Travail et Mobilités (G.T.M.), Septembre 2006, Contrat de recherche entre l'A.P.-H.P. et le LATTIS et GTM, n° 05CTR024

services. Ainsi, les règles d'hygiène au bloc supposent, pour chaque intervention extérieure (par exemple des travaux), que les services en charge de l'hygiène veillent à la mise en place de protocoles adaptés. De même la sous-traitance de ménage, lorsqu'elle a lieu, doit également faire l'objet de cahiers des charges précis et de vérifications par le personnel du bloc. Certains approvisionnements doivent être stériles, etc...

b) La prise en compte de la spécificité du bloc peut également être liée à des circonstances locales. Dans l'hôpital, le bloc fait l'objet d'une attention particulière lorsqu'il est spécifiquement demandeur d'un service urgent (ex au niveau du laboratoire) ou lorsqu'il exprime un besoin qui donne lieu à une discussion et un travail en commun (comme nous avons pu le voir avec la mise en place de groupes de travail permettant de rationaliser la réception et la mise en rayon des produits pharmaceutiques). Le bloc peut aussi prendre l'initiative quand cela est matériellement possible –quand il existe un personnel en nombre suffisant- de construire ses propres procédures et circuits au sein des procédures générales (comme nous l'avons vu concernant l'accueil dans l'hôpital de région). Enfin, la clinique est entièrement tournée vers la chirurgie, ce qui bien entendu est un facteur favorable pour mettre en place une gestion plus rigoureuse des flux.

La gestion des relations entre les personnels des blocs et l'extérieur

Les modalités des relations sont marquées par le cadre d'exercice. Les lourdeurs de l'hôpital sont bien connues et de ce fait les contraintes ainsi imposées génèrent des initiatives multiples des personnels pour mieux gérer les relations, gagner du temps et de la fiabilité dans la communication. L'activité des soignants des blocs se caractérise par une réactivité forte, une gestion quotidienne des incidents divers mais multiples. La gestion de ces incidents est tantôt organisée collectivement, tantôt le fruit d'initiatives plus individuelles. La gestion individuelle repose sur la création de réseaux personnels qui peuvent être des points d'appui pour obtenir ce que l'on souhaite au niveau de l'information et au niveau de la mise en œuvre de solutions lorsqu'un problème se pose. Ces micro initiatives sont le cœur des conditions d'exercice de l'activité. Ce travail d'organisation interindividuel n'est pas le seul loin s'en faut. Il existe une culture de l'organisation très forte dans ce secteur de la santé qui conduit les cadres à rechercher des formalisations dans des procédures écrites.

La formalisation apparaît en effet comme un acte de répartition des rôles et des actions des uns et des autres, comme un engagement. Mais avant tout, la formalisation fait partie de l'action de travail et de son amélioration. C'est l'occasion de construire différemment une logique d'action collective (Amblard, 2005). L'amélioration du fonctionnement est obtenue par discussion entre les acteurs concernés aux différents niveaux de la hiérarchie et de ce fait elle vise également à améliorer les procédures. Ainsi, le changement de logiciel, la résolution des problèmes concernant le flux de l'information et le flux des malades donnent lieu à des changements de protocoles. En reconsidérant les protocoles, les acteurs acquièrent ainsi une meilleure connaissance de leurs contraintes réciproques, contraintes qu'ils sont susceptibles ainsi d'intégrer chacun dans leur propre pratique (Callon, 1986). Dans un deuxième temps, l'encadrement devra veiller à leur application.

On peut noter qu'il est parfois assez difficile de délimiter le périmètre des acteurs qui sont concernés par une question et seront sollicités pour construire un protocole donné. Une mauvaise définition de ce périmètre fait achopper l'amélioration du fonctionnement. On a pu le constater pour le choix des logiciels, pour l'organisation du timing des activités (les horaires des uns peuvent perturber le fonctionnement des autres : ainsi les visites dans les services donnant lieux aux examens peuvent intervenir à des horaires qui ne conviennent pas au rythme de travail et d'organisation des labos). Nous avons vu qu'un point nodal est la construction d'un programme du bloc qui intègre tant les interventions prévisibles que celles qui viennent en supplément. Les modifications des programmes de bloc concernent à la fois des urgences, certaines pouvant être qualifiées de vitales et des adaptations liées à la volonté des chirurgiens ou des anesthésistes d'adapter les programmes. Egalement, les retards des chirurgiens et des anesthésistes apparaissent en filigrane même si nos investigations ne concernaient pas ce point.

2. Les prolongements de ce travail d'investigation

Par rapport au travail effectué, nous retenons l'importance de la figure du cadre infirmier, figure essentielle et peu étudiée. Deux niveaux sont à distinguer au sein du bloc. Le cadre infirmier supérieur qui gère l'ensemble et le cadre infirmier de proximité qui parfois peut se substituer au cadre supérieur dans certains contextes ; son activité est un travail de gestion au quotidien.

Le rôle du cadre supérieur suppose des compétences en terme d'organisation mais aussi et en terme de négociation. Négociation avec les différents services de l'hôpital pour obtenir des moyens, travailler sur les intersections entre services, obtenir une meilleure coordination des interventions et des moyens tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du périmètre du bloc. Il serait intéressant de voir comment ce rôle peut être tenu, quelle est la diversité des pratiques et de la maîtrise et quelles sont les conditions qui favorisent la maîtrise de l'activité. Elles sont multiples ; elles concernent tant l'organisation que les modalités de comportement des interlocuteurs. C'est la raison pour laquelle la relation avec les autres acteurs doit particulièrement être prise en compte. Un travail abordant la question des relations tripartites chirurgiens-anesthésistes-IBODES serait intéressante.

Il serait utile d'étudier le rôle et les compétences que ces cadres infirmiers mettent en œuvre mais surtout analyser leur trajectoire de métier afin de reconstituer leur carrière, les moments et les situations dans lesquelles se construisent les compétences et les décisions de mobilité. Il s'agirait ainsi non seulement d'aborder la question des ficelles du métier mais aussi de la construction des compétences. Le rapport de l'ONDPS concernant les professionnels de santé (2004), la synthèse du rapport 2005 soulignent le fait qu'il existe peu de travaux permettant de connaître la réalité des trajectoires des professionnels en formation puis en exercice.

Bibliographie

Amblard Henri, Bernoux Philippe, Herreros Gilles, Livian Yves-Frédéric, « Les nouvelles approches sociologiques des organisations », Seuil, 2005, troisième édition augmentée

Callon M., (1986), « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs en baie de Saint-Brieuc », L'Année Sociologique, 36.

Crozier Michel et Friedberg Erhard (1977), L'acteur et le système, Seuil, coll. Points.

Crozier Michel (1963), Le phénomène bureaucratique, Seuil, Paris, Points

Grosjean M., Lacoste M., Communication et intelligence collective le travail à l'hôpital, PUF, Le travail humain, 1999.

Kaufmann Jean-Claude, 1996, L'entretien compréhensif, Nathan, collection 123

ONDPS :

- Analyse de trois professions, tome 3 du rapport ONDPS, La Documentation Française, 2004
- Synthèse générale et tome 2 Analyse de deux professions pharmaciens, infirmiers Rapport 2005, La Documentation Française

Signification des sigles

AS Aide Soignante

ASQ Aide soignante Qualifiée

AVC Accident Vasculaire Cérébral

BMR Bactéries dites Multi Résistantes

CCAM Classification Commune des Actes Médicaux

CME Commission Médicale d'Établissement

DA Demande d'achat

DIM Département d'information médicale

DM Dispositifs médicaux

FINESS Fichier d'identification national des établissements sanitaires et sociaux

F.O.S.O Feuille d'ouverture de Salle d'Opérations

GHM Groupe homogène de malade

GHS Groupe homogène de séjour

IADE Infirmier Anesthésiste diplômé d'État

IBODE Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État

IDE Infirmier diplômé d'État

MCO Médecine, chirurgie, obstétrique

MIGAC missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ().

PMSI Programme de Médicalisation des Système d'Information

RUPT Responsable unité plateau technique

SAE Statistique Annuelle des Établissements de santé

SIM Service d'information médicale

UFLIN Unité fonctionnelle de lutte contre les infections nosocomiales

Annexes

1. *Activité aux Nouvelles Cliniques de Noil*

Source : base nationale 2005, segmentation méthodologie OAP

GHM chirurgicaux en hospitalisation complète

SPECIALITES	RSA		Journées		DMS	Age moyen
	Nombre	%	Nombre	%		
Orthopédie-traumatologie	4 021	46,9	23 944	53,1	6,0	54,1
Chirurgie digestive	1 787	20,9	10 414	23,1	5,8	48,1
ORL	824	9,6	2 271	5,0	2,8	46,0
Gynécologie	617	7,2	2 672	5,9	4,3	55,7
Chirurgie vasculaire	503	5,9	2 098	4,6	4,2	61,2
Ophtalmologie	221	2,6	477	1,1	2,2	75,2
Neurochirurgie	208	2,4	1 141	2,5	5,5	56,9
Chirurgie thoracique	192	2,2	1 437	3,2	7,5	51,4
Chirurgie plastique	129	1,5	396	0,9	3,1	57,8
Stomatologie	36	0,4	79	0,2	2,2	48,1
Chirurgie cardiaque	16	0,2	107	0,2	6,7	67,2
Chirurgie urologique	13	0,2	90	0,2	6,9	62,7
TOTAL	8 567	100	45 126	100	5,3	

GHM médicaux en hospitalisation complète

Spécialités	RSA		Journées		DMS	Age moyen
	Nombre	%	Nombre	%		
Cardiologie	3 898	72,3	13 190	67,0	3,4	66,2
Gastroentéro-Hépto-biliaire-pancréas	788	14,6	3 361	17,1	4,3	64,9
Médecine vasculaire	127	2,4	539	2,7	4,2	67,2
Hématologie	114	2,1	567	2,9	5,0	62,2
Pneumologie	106	2,0	442	2,2	4,2	65,0
Médecine sympto et divers	86	1,6	274	1,4	3,2	63,5
Rhumatologie	73	1,4	402	2,0	5,5	57,1
Neurologie	59	1,1	234	1,2	4,0	63,4
Infectiologie	41	0,8	263	1,3	6,4	57,0
Endocrinologie	31	0,6	113	0,6	3,6	60,0
Dermatologie	28	0,5	164	0,8	5,9	63,9
Néphrologie	23	0,4	83	0,4	3,6	59,8
Psychiatrie	11	0,2	39	0,2	3,5	56,4
Soins palliatifs	4	0,1	30	0,2	7,5	65,0
	5 389	100	19 701	100	3,7	

GHM chirurgicaux ambulatoires

Spécialités	RSA		Age moyen
	Nombre	%	
Endoscopie ambulatoire	6 353	33,9	53,2
Stomatologie	2 768	14,8	22,4
ORL	2 397	12,8	25,2
Orthopédie-traumatologie	2 077	11,1	47,5
Ophtalmologie	1 696	9,0	69,8
Chirurgie vasculaire	1 568	8,4	51,7
Chirurgie plastique	1 274	6,8	52,7
Chirurgie digestive	479	2,6	47,0
Chirurgie urologique	78	0,4	45,9
Neurochirurgie	35	0,2	49,1
Gynécologie	30	0,2	37,3
Chirurgie thoracique	4	0,0	58,75
	18 759		

GHM médicaux ambulatoires

SPECIALITES	RSA		Séances		Age moyen
	Nombre	%	Nombre	%	
Cardiologie	778	34,9	0	0,0	59,3
Rhumatologie	278	12,5	0	0,0	51,9
Dermatologie	255	11,4	0	0,0	34,4
Gastroentéro-Hépatobiliaire-pancréas	246	11,0	0	0,0	42,0
Médecine sympto et divers	223	10,0	0	0,0	46,3
Hématologie	135	6,1	13	100,0	55,7
Pneumologie	114	5,1	0	0,0	60,4
Neurologie	89	4,0	0	0,0	49,3
Néphrologie	66	3,0	0	0,0	45,0
Infectiologie	19	0,9	0	0,0	51,6
Endocrinologie	14	0,6	0	0,0	49,6
Psychiatrie	13	0,6	0	0,0	51,5
	2 230	100	13	100	

2. Activité au CH de Lame

Source : base nationale 2005, segmentation méthodologie OAP

GHM chirurgicaux en hospitalisation complète

SPECIALITES	RSA		Journées		DMS	Age moyen
	Nombre	%	Nombre	%		
Orthopédie-traumatologie	1 846	36,8	19 936	45,0	10,8	53,0
Gynécologie	725	14,5	3 940	8,9	5,4	46,9
Chirurgie digestive	687	13,7	7 019	15,8	10,2	41,9
Chirurgie urologique	522	10,4	4 686	10,6	9,0	58,5
Ophthalmologie	383	7,6	1 215	2,7	3,2	60,0
ORL	300	6,0	1 764	4,0	5,9	33,8
Chirurgie vasculaire	175	3,5	2 472	5,6	14,1	59,6
Chirurgie plastique	144	2,9	1 828	4,1	12,7	34,9
Neurochirurgie	144	2,9	1 001	2,3	7,0	52,4
Stomatologie	74	1,5	295	0,7	4,0	26,2
Chirurgie thoracique	6	0,1	99	0,2	16,5	58,3
Chirurgie cardiaque	5	0,1	46	0,1	9,2	50,0
	5 011	100	44 301	100	8,8	

GHM médicaux en hospitalisation complète

Spécialités	RSA		Journées		DMS	Age moyen
	Nombre	%	Nombre	%		
Cardiologie	2 813	17,9	20 967	16,1	7,5	64,6
Neurologie	2 291	14,5	18 909	14,5	8,3	54,4
Gastroentéro-Hépto-biliaire-pancréas	1 961	12,5	15 027	11,5	7,7	50,8
Pneumologie	1 873	11,9	16 555	12,7	8,8	48,2
Endocrinologie	1 227	7,8	7 747	5,9	6,3	47,5
Néphrologie	1 033	6,6	7 980	6,1	7,7	55,0
Psychiatrie	1 017	6,5	11 414	8,8	11,2	52,1
Dermatologie	784	5,0	8 017	6,2	10,2	49,0
Médecine sympto et divers	610	3,9	2 771	2,1	4,5	46,2
Rhumatologie	610	3,9	5 191	4,0	8,5	46,2
Hématologie	471	3,0	4 919	3,8	10,4	55,9
Infectiologie	352	2,2	4 448	3,4	12,6	47,6
Médecine vasculaire	309	2,0	3 039	2,3	9,8	64,4
Chimiothérapie	210	1,3	950	0,7	4,5	51,6
Soins palliatifs	159	1,0	2 220	1,7	14,0	63,1
Séances	24	0,2	96	0,1	4,0	37,7
	15 744	100	130 250	100	5,5	

GHM Obstétrique et néonatalogie en hospitalisation complète

SPECIALITES	RSA		Journées		DMS	Age moyen
	Nombre	%	Nombre	%		
Obstétrique	3 461	52,3	19 737	48,4	5,7	26,1
Nouveaux-nés	2 660	40,2	12 520	30,7	4,7	0,0
Nouveau-nés néonatalogie	290	4,4	2 691	6,6	9,3	0,0
Nouveau-nés réanimation	184	2,8	5 785	14,2	31,4	0,0
Nouveaux-nés	27	0,4	64	0,2	2,4	0,0
	6 622	100	40 797	100	6,2	

GHM Obstétrique et néonatalogie en ambulatoire

Spécialités	RSA		Age moyen
	Nombre	%	
Obstétrique	1 732	96,4	28,7
Nouveaux-nés	57	3,2	0,0
Nouveau-nés réanimation	8	0,4	0,0
	1 797	100	

GHM chirurgicaux ambulatoires

Spécialités	RSA		Age moyen
	Nombre	%	
Orthopédie-traumatologie	2 163	31,0	37,4
Gynécologie	1 399	20,1	26,7
Endoscopie ambulatoire	1 006	14,4	47,4
ORL	639	9,2	16,7
Chirurgie urologique	595	8,5	22,1
Chirurgie plastique	472	6,8	36,9
Ophthalmologie	219	3,1	39,0
Chirurgie digestive	194	2,8	20,2
Stomatologie	148	2,1	26,4
Chirurgie vasculaire	121	1,7	56,0
Neurochirurgie	11	0,2	37,3
Chirurgie thoracique	1	0,0	60
	6 968	100	

GHM médicaux ambulatoires

SPECIALITES	RSA		Séances		Age moyen
	Nombre	%	Nombre	%	
Médecine sympto et divers	6 113	26,5	4	0,0	46,5
Chimiothérapie	3 097	13,4	3 097	11,6	57,2
Hémodialyse	2 735	11,9	22 739	84,8	65,2
Hématologie	1 862	8,1	973	3,6	57,7
Psychiatrie	1 634	7,1	0	0,0	41,0
Neurologie	1 403	6,1	0	0,0	25,3
Gastroentéro-Hépatobiliaire-pancréas	1 292	5,6	0	0,0	31,0
Cardiologie	1 229	5,3	0	0,0	54,4
Endocrinologie	1 013	4,4	0	0,0	41,3
Néphrologie	738	3,2	0	0,0	47,5
Infectiologie	679	2,9	0	0,0	34,5
Pneumologie	629	2,7	0	0,0	27,8
Dermatologie	512	2,3	0	0,0	23,9
	22 936	100	26 813	100	

3. Activité à l'hôpital Paris

Source : base nationale 2005, segmentation méthodologie OAP

GHM chirurgicaux en hospitalisation complète

SPECIALITES	RSA		Journées		DMS	Age moyen
	Nombre	%	Nombre	%		
Gynécologie	1 471	22,8	6 980	16,2	4,7	51,0
Chirurgie urologique	1 287	19,9	9 774	22,7	7,6	55,0
ORL	1 217	18,9	5 029	11,7	4,1	46,5
Chirurgie digestive	1 108	17,2	10 352	24,0	9,3	49,0
Chirurgie plastique	709	11,0	4 985	11,6	7,0	51,9
Orthopédie-traumatologie	362	5,6	4 279	9,9	11,8	43,5
Stomatologie	177	2,7	458	1,1	2,6	37,0
Ophthalmologie	70	1,1	388	0,9	5,5	54,7
Neurochirurgie	24	0,4	147	0,3	6,1	38,3
Chirurgie thoracique	15	0,2	287	0,7	19,1	43,7
Chirurgie cardiaque	9	0,1	116	0,3	12,9	53,3
Chirurgie vasculaire	4	0,1	253	0,6	63,3	65,0
	6 453	100	43 048	100	6,7	

GHM médicaux en hospitalisation complète

Spécialités	RSA		Journées		DMS	Age moyen
	Nombre	%	Nombre	%		
Chimiothérapie	2 859	22,5	9 877	8,9	3,5	51,1
Hématologie	2 106	16,6	30 897	27,7	14,7	48,8
Pneumologie	1 182	9,3	11 659	10,5	9,9	55,6
Gastroentéro-Hépto-biliaire-pancréas	1 046	8,2	7 626	6,8	7,3	51,3
Infectiologie	950	7,5	13 609	12,2	14,3	44,2
Endocrinologie	938	7,4	6 452	5,8	6,9	51,3
Dermatologie	684	5,4	6 485	5,8	9,5	53,6
Néphrologie	684	5,4	5 190	4,7	7,6	53,3
Médecine sympto et divers	682	5,4	3 259	2,9	4,8	49,9
Cardiologie	404	3,2	3 295	3,0	8,2	57,0
Rhumatologie	309	2,4	2 403	2,2	7,8	48,6
Soins palliatifs	307	2,4	4 754	4,3	15,5	60,0
Médecine vasculaire	239	1,9	2 686	2,4	11,2	63,1
Neurologie	199	1,6	2 329	2,1	11,7	52,1
Psychiatrie	67	0,5	721	0,6	10,8	50,5
Radiothérapie	55	0,4	168	0,2	3,1	46,0
Séances	12 711	100	111 410	100	6,0	

GHM chirurgicaux ambulatoires

Spécialités	RSA		Age moyen
	Nombre	%	
Chirurgie plastique	1 877	32,0	51,6
Endoscopie ambulatoire	1 274	21,7	43,2
Gynécologie	823	14,0	26,3
Chirurgie vasculaire	712	12,1	48,2
ORL	475	8,1	42,2
Orthopédie-traumatologie	365	6,2	42,9
Ophthalmologie	107	1,8	49,2
Chirurgie urologique	100	1,7	38,4
Stomatologie	80	1,4	22,6
Chirurgie digestive	51	0,9	40,0
	5 864	100	

GHM médicaux ambulatoires

SPECIALITES	RSA		Séances		Age moyen
	Nombre	%	Nombre	%	
Radiothérapie	16 471	33,2	16 978	46,6	57,5
Chimiothérapie	13 996	28,2	14 015	38,5	50,2
Hématologie	6 917	14,0	2 501	6,9	48,9
Médecine sympto et divers	3 200	6,5	64	0,2	45,8
Hémodialyse	2 579	5,2	2 806	7,7	58,3
Cardiologie	1 798	3,6	37	0,1	54,4
Infectiologie	1 464	3,0	2	0,0	41,1
Endocrinologie	1 157	2,3	0	0,0	46,5
Néphrologie	773	1,6	1	0,0	49,4
Pneumologie	518	1,0	0	0,0	49,8
Gastroentéro-Hépatobiliaire-pancréas	437	0,9	3	0,0	47,8
Neurologie	179	0,4	0	0,0	50,4
Dermatologie	58	0,1	0	0,0	36,3
	49 547	100	36 407	100	

4. **Tableau de comparaison des structures enquêtées :**

	Lame	Paris	Noil
Structure	Centre	Centre Hospitalier Universitaire (AP- HPM)	Clinique privée
Taille en nombre de lits et places d'hospitalisation	M : 517	M : 818	M : 43
	C : 207	C : 150	C : 166
	O : 82	ACA : 4	ACA : 57
Activité en hospitalisation de chirurgie	11 548 HC	7 840 HC	15 810 HC
		1 430 ACA	12 408 ACA
Spécialités chirurgicales	Chirurgie digestive et Maxillo Faciale et Stomatologi Orthopédie et Gynécologie- Neuro-Chirurgie Chirurgie Ophtalmologi Oto-Rhino- Chirurgie	Chirurgie digestive et Chirurgie Maxillo Faciale Stomatologi Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique Gynécologie- Ophtalmologi Oto-Rhino- Chirurgie	Chirurgie digestive et générale et thoracique Chirurgie Vasculaire Maxillo Faciale et Stomatologi Orthopédie et Neuro-Chirurgie Ophtalmologi Oto-Rhino-
Nombre d'interventions bloc opératoire	8 261	12 157	23 382
Part de l'ambulatoire	0%	15%	44%

Légende :

M : nombre de lit de médecine

C : nombre de lit de chirurgie

O : nombre de lit d'obstétrique

ACA : anesthésie et chirurgie ambulatoire

HC : hospitalisation complète

5. *Personnel médical et activités chirurgicales du Centre Hospitalier de Lame (source SAE 2004) :*

	ETP des hospitalo-universitaires	ETP des praticiens hospitaliers	ETP des assistants	ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	ETP des attachés	ETP des autres salariés (y compris ne relevant pas d'un statut)	TOTAL
SPECIALITES CHIRURGICALES							
Chirurgie digestive et générale		5			0,1		5,1
Chirurgie Maxillo Faciale et Stomatologie		1			0,3		1,3
Chirurgie Orthopédique et traumatologique		4	1				5
Gynécologie-Obstétrique		8,6			0,7		9,3
Neuro-Chirurgie			1				1
Chirurgie infantile		2	1				3
Ophtalmologie		2	2		0,38		4,38
Oto-Rhino-Laryngologie		1,6					1,6
Chirurgie Urologique		1,7	1		0,4		3,1
TOTAL CHIRURGIE	0	25,9	6	0	1,88	0	33,78
Anesthésie - Réanimation		11,5					11,5

6. *Personnel médical et activités chirurgicales de l'hôpital Paris (source SAE 2004) :*

		ETP des hospitalo-universitaires	ETP des praticiens hospitaliers	ETP des assistants	ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	ETP des attachés	ETP des autres salariés (y compris ne relevant pas d'un statut)	TOTAL
SPECIALITES CHIRURGICALES								
	Chirurgie digestive et générale	0,5	1,6		1,5	3,6	1	8,2
	Chirurgie Maxillo Faciale et Stomatologie		1		0,5	1,6		3,1
	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	1	0,6		1,5	1,1		4,2
	Gynécologie-Obstétrique		0,6			0,4	2,2	3,2
	Ophtalmologie	0,5				0,5		1
	Oto-Rhino-Laryngologie	0,5	1		0,5	1,8		3,8
	Chirurgie Urologique	1,5	1,6		1,5	1,4		6
TOTAL CHIRURGIE		4	6,4	0	5,5	10,4	3,2	29,5
ANESTHESIE-REANIMATION		1	25,2		1,5	3,3	2	33

7. *Personnel médical et activités chirurgicales des Nouvelles Cliniques de Noil (source SAE 2004) :*

		Praticiens libéraux exclusifs temps plein	Praticiens libéraux exclusifs temps partiel	Praticiens libéraux exclusifs (ensemble)	Praticiens libéraux non exclusifs	TOTAL
SPECIALITES CHIRURGICALES						
	Chirurgie digestive et générale	6		6		12
	Chirurgie Vasculaire	3		3		6
	Chirurgie Maxillo Faciale et Stomatologie	3		3	2	8
	Chirurgie Orthopédique et traumatologique	9		9		18
	Neuro-Chirurgie	1		1		2
	Ophtalmologie	6		6		12
	Oto-Rhino-Laryngologie				5	5
TOTAL CHIRURGIE		28	0	28	7	63
ANESTHESIE-REANIMATION		14	1	15		30