

ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN COMPTE DE LA PERFORMANCE AU BLOC OPERATOIRE



Université de Strasbourg
Ecole de Management de Strasbourg

MASTER 2
Management des Organisations de Santé et Médico-Sociales

Karen MISSBURGER

Sous la direction de Caroline MERDINGER - RUMPLER

Année 2017-2018

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier Caroline Merdinger-Rumpler, en sa qualité de responsable pédagogique du master et de directrice de mémoire, qui, grâce à ses conseils avisés et son expertise m'a permis de déterminer précisément le thème de mon mémoire ; son écoute et sa disponibilité ont été précieuses pour me guider tout le long de ma réflexion.

Je souhaite également remercier ma famille : mon mari qui a mis en pause ses activités extra professionnelles pour que je puisse m'investir dans cette année universitaire, à mon fils Titouan qui a géré son entrée en 6ème sport-études avec réussite tant sur le plan scolaire que sportif ; à ma fille Lou qui, du haut de ses 9 ans a acquis une expertise dans les tâches quotidiennes qui m'incombent, surtout dans l'élaboration de plats culinaires pour toute la famille. Comme je vous l'expliquerai dans ce mémoire la performance peut se représenter par un triangle, mes enfants Titouan et Lou en représentent la base, mon mari le sommet, il est celui qui me tire vers le haut et me pousse à me dépasser.

Plus globalement, je remercie toutes les personnes qui m'ont permis d'élaborer ce travail en me donnant de leur temps au travers d'entretiens, à ceux et celles qui m'ont encouragés et soutenus dans mon travail de recherche.

Un grand merci à vous, en espérant que ce mémoire soit à la hauteur de votre estime.

Préambule

Avant de pénétrer dans la partie rédactionnelle de ce mémoire et clore une année de master riche et intense, je prends le temps d'une réflexion et m'interroge sur le choix de ce sujet.

Professionnellement, mon engagement dans le cursus master 2 « Management des Organisations de Santé et Médico-Sociales » a pour finalité d'obtenir des connaissances et des outils supplémentaires me permettant de comprendre l'évolution de notre système de santé et d'être en mesure de répondre aux attentes de mon secteur spécifique qui est le bloc opératoire en ayant une démarche prospective.

Ma motivation plus personnelle, est sans nul doute, de continuer à enrichir mon cursus et me prouver à moi-même, à ma famille que je suis en capacité de réussir et, selon ma propre représentation, d'être plus performante.

Et si, au final, je cherchais à savoir, par le biais de ce mémoire, si mon aptitude à piloter le bloc opératoire dont j'ai la gestion est conforme aux autres établissements ?

Mes attentes professionnelles et personnelles en terme de performance seront-elles au bout de mes recherches apaisées ou aiguës ?

TABLE DES MATIERES

Remerciements	2
Préambule.....	3
Table des figures.....	4
Glossaire	5
INTRODUCTION	6
1. LA PERFORMANCE AU BLOC OPERATOIRE : ETAT DE L'ART	8
1.1. La performance dans les organisations.....	8
1.1.1. La performance : définitions et modèles	8
1.1.2. Evaluation de la performance.....	11
1.2. La performance hospitalière.....	12
1.2.1. Modèles et outils de pilotage de la performance hospitalière.....	12
1.2.2. Les dimensions de la performance hospitalière.....	14
1.2.3. Description d'une réforme majeure incitative à la performance	15
1.3. La performance au bloc opératoire.....	15
1.3.1. Le bloc opératoire au cœur de l'organisation MCO.....	15
1.3.1.1. La complexité du bloc opératoire.....	16
1.3.1.2. Les instances en faveur de la performance.....	16
1.3.2. Modèles et outils de pilotage de la performance au bloc opératoire	17
1.3.2.1. Le volet capacitaire.....	17
1.3.2.2. Le volet opérationnel.....	18
1.3.2.3. Le volet managérial	19
1.3.2.4. Pilotage par un tableau de bord idéal.....	19
1.3.2.5. Pilotage médico-économique.....	20
2. LA PERCEPTION DE LA PERFORMANCE PAR LES CADRES DE BLOC OPERATOIRE :	
UNE ETUDE QUALITATIVE.....	21
2.1. Méthodologie de recherche.....	21
2.1.1. Objectif de la recherche	21
2.1.2. Profil des personnes interviewées	21
2.1.3. Collecte des données qualitatives.....	23
2.1.4. Limites méthodologiques.....	23

2.2.	Analyse des entretiens	24
2.2.1.	La position managériale du cadre de bloc opératoire au regard de la performance	25
2.2.1.1.	Approche perceptuelle de la performance	25
2.2.1.2.	Approche métaphorique de la performance des cadres de bloc opératoire.....	25
2.2.2.	Les dimensions de la performance.....	26
2.2.2.1.	Performance organisationnelle	26
2.2.2.2.	Gestion des ressources humaines.....	26
2.2.2.3.	Qu'en est-il de la performance financière ?.....	29
2.2.3.	Analyse de l'utilisation des outils de pilotage.....	31
2.2.3.1.	Les tableaux de bords	31
2.2.3.2.	La charte de bloc	32
2.2.3.3.	Le conseil de bloc.....	33
2.2.3.4.	La cellule de régulation	34
2.2.3.5.	La certification HAS.....	34
2.2.3.6.	La Check List HAS.....	35
2.2.3.7.	Comparaison inter-établissements.....	35
2.2.4.	Les freins à la performance	36
2.2.4.1.	Le manque de vision partagée	36
2.2.4.2.	La mise à disposition de moyens.....	37
2.2.4.3.	La mise en adéquation des compétences et de l'acte technique.....	37
2.2.4.4.	La chirurgie ambulatoire.....	38
2.2.4.5.	La conduite du changement	38
2.2.5.	Synthèse.....	39

3. RECOMMANDATIONS MANAGERIALES RELATIVES AU PILOTAGE DE LA PERFORMANCE AU BLOC OPERATOIRE 40

3.1.	Un pilote dans le bloc opératoire	40
3.1.1.	Le leadership.....	40
3.1.2.	La recherche d'une dimension collaborative	40
3.1.3.	Cadre de bloc opératoire, une vie de compromis	43
3.1.4.	Le pilotage du bloc opératoire par la gestion de projet.....	43
3.1.5.	La formation.....	44
3.2.	Le tableau de bord Balanced Scorecard adapté au bloc opératoire ?	44
3.3.	L'approche financière	45

3.3.1.	Mise en place d'un dialogue de gestion	45
3.3.2.	Mise en place d'une cellule d'analyse médico-économique.....	46
3.3.3.	Le défi de la mutualisation	47
3.4.	La mise à disposition de moyens.....	47
3.5.	Démarche qualité et gestion des risques	47
3.5.1.	La pertinence des soins.....	48
3.5.2.	La gestion des risques	48
3.5.3.	La certification HAS.....	48
3.6.	Une piste : le Lean management.....	49
3.7.	Synthèse.....	49
CONCLUSION.....		51
Epilogue		52
Bibliographie		53
Annexe 1 : Grille d'entretien.....		57
Annexe 2 : Verbatim C1		60
Annexe 3 : Verbatim DSI 2		62
Annexe 4 : Verbatim C2		64
Annexe 5 : Verbatim C3		66
Annexe 6 : Verbatim C4		68
Annexe 7 : Verbatim C05		70
Annexe 8 : Verbatim C6		72
Annexe 9 : Verbatim DSI 7		74

Table des figures

Figure 1 : Le Balanced Scorecard

Figure 2 : Le modèle de Gilbert, le triangle de la performance

Figure 3 : Codification des entretiens

Figure 4 : Profil des personnes interviewées

Figure n°5 : Les conditions de la performance décrites par les cadres de bloc opératoire

Figure 6 : Synthèse des besoins des cadres de bloc opératoire pour performer

Glossaire

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

BSC : Balanced Scorecard

CAH : Comptabilité Analytique Hospitalière

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CUB : Commission des Usagers du Bloc opératoire

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DSI : Directrice des Soins Infirmiers

DU : Diplôme Universitaire

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

GHS : Groupe Homogène de Séjour

GHT : Groupements Hospitaliers de Territoire

GRH : Gestion des Ressources Humaines

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IADE : Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat

IBODE : Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat

ICR : Indice de Coût Relatif

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRS : Projet Régional de Santé

RH : Ressources Humaines

T2A : Tarification à l'Activité

TD : Taux de Débordement

TROS : Taux Réel d'Occupation de la Salle

TVO : Taux de vacation Offert

UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire

UF : Unité de Fonctionnement

INTRODUCTION

Les français, selon un rapport de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), « bénéficie globalement d'un meilleur état de santé que dans la moyenne des autres pays de l'OCDE »¹. Il est vrai que notre système de santé est considéré comme l'un des plus performants, mais l'est-il sur le versant économique ? Rien n'est moins sûr, pour preuve les différentes mesures économiques amenées par les pouvoirs publics pour réduire les coûts, les économies de santé demandées par la ministre de la santé pour tendre vers l'équilibre des comptes sociaux.

Progressivement une course à la performance s'est mise en place, obligeant les hôpitaux à adopter des mesures budgétaires et à rechercher, par le biais de nouvelles solutions organisationnelles, par la révision des pratiques, par l'innovation, à répondre à cette injonction. Les changements amenés par les diverses réformes s'immiscent au plus près des activités soignantes et médicales, demandant de la part des professionnels de santé un affranchissement de leurs habitudes. Les différents acteurs sont-ils prêts à y répondre ? Perçoivent-ils la nécessité du changement ?

Concomitamment, l'apparition d'un mouvement consumériste amène les patients à être de plus en plus exigeants en étant à la recherche de prestations qualitatives.

Pour garantir la pérennité de notre système de santé les établissements se doivent d'être à la hauteur de ces enjeux, tant sur le plan financier que sur le service rendu aux patients. Est-il possible pour les établissements de santé de garder ce niveau de performance tout en gérant un renforcement des contraintes budgétaires ? Voici l'enjeu actuel de notre système de santé, enjeu qui consiste à faire prendre conscience aux différentes parties prenantes que la contribution de chacun est fondamentale pour répondre à cet impératif de performance.

Un secteur particulièrement touché par le concept de performance est le bloc opératoire, ce secteur représente à lui seul « plus de 10% du budget de l'hôpital »². Cette unité se retrouve au centre des réflexions pour parvenir à maîtriser les coûts, accroître la performance technique et matérielle tout en répondant aux attentes du patient. Ce service engendre donc de vives attentes notamment en termes de productivité et d'efficacité organisationnelle.

1 Panorama de la santé 2017 : Indicateurs de l'OCDE (consulté le 21 août 2018)

<http://www.oecd.org/france/Panorama-de-la-sant%C3%A9-2017-Principaux-r%C3%A9sultats-FRANCE.pdf>

².CHAABANE.S, MESKENS.N, GUINET.A, LAURENT.M. Comparaison des performances des politiques de programmation opératoire. Logistique et management, vol 15 n°1. 2017. Page 17.

En 2015 un documentaire intitulé « Burning out : dans le ventre de l'Hôpital » retransmet un an d'insertion dans un bloc opératoire et diffuse le mal être des professionnels, les atmosphères tendues, les pressions responsables de nombreux découragements professionnels. De plus, à la moindre défaillance la presse s'empare des événements graves survenus dans les blocs opératoires : erreur de site opératoire, décès suite à une intervention bénigne, etc. Aujourd'hui, les blocs opératoires sont soumis à de fortes contraintes organisationnelles, budgétaires, dans un environnement générant parfois de vives tensions : en février 2017, la presse décrit les récits d'une bagarre entre un anesthésiste et un chirurgien en peropératoire suite à un conflit organisationnel.

Cette injonction de performance est-elle compatible avec le secteur opératoire, lieu où se concentre des performances techniques, chirurgicales, matérielles ou encore humaines ?

Ces différents constats nous amènent à penser qu'il serait intéressant de réaliser un état des lieux de la prise en compte de la performance au bloc opératoire. Nous allons recueillir ces informations auprès des cadres de bloc opératoire qui se retrouvent à la confluence du directoire, du corps médical et des professionnels soignants. Nous pourrons, ainsi, analyser les axes de performance auxquels les cadres de bloc sont sensibles pour répondre à la problématique suivante :

**« Quelles perceptions de la performance les cadres de bloc
ont-ils pour le bloc opératoire ? »**

Dans une première partie nous définirons le concept de performance dans sa globalité, puis dans le milieu hospitalier pour le décliner vers le bloc opératoire. L'objectif de cette partie étant de comprendre la notion de performance, d'établir comment la prégnance de ce terme s'est immiscée dans le monde de la santé et dans nos organisations sanitaires, comment et par qui est-elle déclinée, selon quel modèle ?

La deuxième partie sera de réaliser une analyse des recherches empiriques menées auprès des cadres de bloc opératoire pour répondre à la problématique énoncée ci-dessus.

Pour clore cette étude, la confrontation des entretiens avec l'état de l'art nous permettra d'émettre des recommandations relatives au pilotage de la performance au bloc opératoire.

1. LA PERFORMANCE AU BLOC OPERATOIRE : ETAT DE L'ART

1.1. La performance dans les organisations

Au cœur d'une situation sociétale économique délicate la performance est une préoccupation constante, il convient de la définir afin de déterminer l'objet de la réflexion.

1.1.1. La performance : définitions et modèles

Avant de s'immiscer au cœur de la performance hospitalière, tentons de définir et modéliser le concept de performance. Largement utilisé dans le langage courant aujourd'hui, le mot performance se caractérise par une certaine perplexité dans son utilisation et les nombreuses définitions reflètent la vaste utilisation qu'on lui porte.

1.1.1.1. Définition et origine

La littérature foisonnante à ce sujet fait état d'une complexité à définir la performance de manière univoque.

Le dictionnaire Larousse donne la définition suivante : « victoire acquise », « exploit ou réussite remarquable dans un domaine quelconque », « résultat obtenu dans un domaine précis par quelqu'un, une machine, un véhicule »³.

Le terme performance évoque une notion d'atteinte de résultats fixés, de dépassement des objectifs, dans certain cas, on lui consent la notion d'exploit, de création de valeur ajoutée quand les résultats sont supérieurs aux attendus.

Le mot performance est issu de l'ancien français parformer (XIII^{ème} siècle) signifiant « accomplir, exécuter, achever »⁴ et de l'anglais to perform (XV^{ème} siècle).

Son utilisation est souvent retrouvée dans le domaine des sciences et gestion : « entre 1979 et 1998, 100 titres contiennent le mot performance. Sur ces 100 titres, 47 appartiennent au domaine de l'économie et de la gestion — 31 pour le seul champ de la gestion —, 31 au domaine du sport et de la santé, 22 à des domaines divers »⁵. Ces différentes utilisations du mot performance confirment son caractère polysémique.

3. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/performance/59512>

4. https://fr.wikisource.org/wiki/Lexique_de_l'ancien_français/30

5. Bessire, Dominique. Définir la performance. Comptabilité Contrôle Audit. Sep1999, Vol. 5 Issue 2, p128.

L'émergence d'un environnement économique difficile dans les années 1980-1990 fait prendre conscience aux entreprises que le pilotage ne peut se faire exclusivement par l'aspect financier. Le terme pilotage de la performance tend alors à se substituer à la notion de contrôle de gestion, ce changement de paradigme se fait au profit d'une vision plus large de la performance et l'abandon de son caractère unidimensionnel.

1.1.1.2. *Modèles de la performance*

Nous allons, dans cette partie, détailler les modèles de la performance que nous avons choisi de retenir dans le cadre de notre étude.

- **Le Balanced Scorecard (BSC) :**

Le tableau de bord BSC formalisé par Kaplan et Norton en 1996 découle des constats évoqués dans la partie précédente :

- Les objectifs financiers comme simple évaluation de la performance ne saisissent pas la réalité des biens intangibles comme les compétences et ne considèrent que les performances passées.
- La mesure de la performance s'effectue par le biais d'indicateurs exclusivement financiers favorisant la stratégie à court terme au détriment du long terme.

Ces deux auteurs ont conceptualisé « un modèle plus équilibré permettant d'enrichir la vision de la performance »⁶ au travers de 4 axes : résultats financiers, clients, processus internes, apprentissage/développement organisationnel.

6. FERMON Béatrice, GRANDJEAN Philippe. Performance et innovation dans les établissements de Santé. Paris : Dunod. 2015. page 43 ».

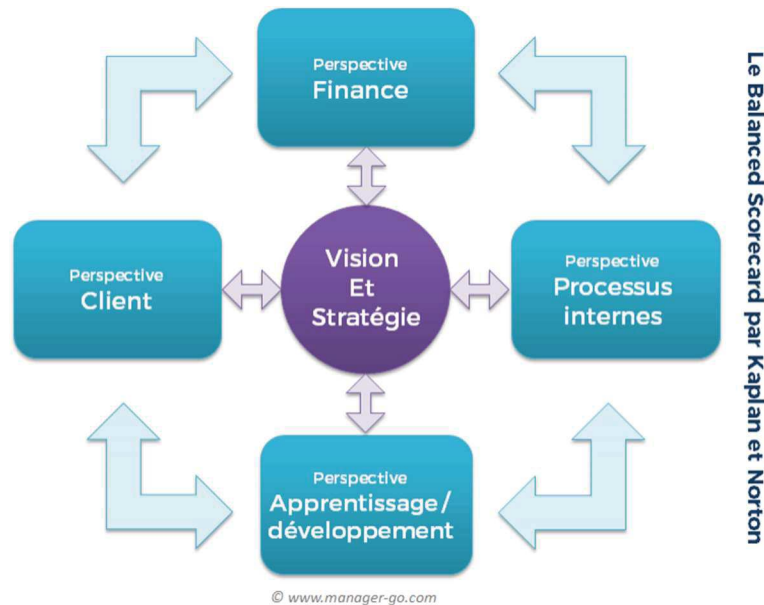


Figure n°1 : Le Balanced Scorecard

Le BSC permet le pilotage des objectifs stratégiques selon une démarche prospective, basé sur les principes de communication de la stratégie en fournissant un cadre de mise en œuvre. « La logique fondatrice est d’aligner les comportements opérationnels sur les objectifs stratégiques selon une logique top-down »⁷.

▪ **Différentes approches de la performance :**

De nombreuses approches ont essayé de déterminer le concept de performance, A. Bourguignon⁸ en reconnaît trois sens principaux :

- La performance est succès : notion relative qui dépend de l’interprétation de chacun.
- La performance est résultat de l’action : se définit comme l’évaluation du résultat.
- La performance est action : processus indiquant conjointement les résultats et les actions mises en œuvre pour les atteindre.

Cette approche s’apparente au modèle de Gilbert (1980) où la performance est conceptualisée par le biais des termes efficience, efficacité et pertinence.

7. CHOFFEL Denis, MEYSSONIER François. Dix ans de débats autour du Balanced Scorecard ». Comptabilité-Contrôle- Audit, vol tome 11, n°2. 2005. p 61-81.

8. BOURGUIGNON Annick. Sous les pavés de la plage... ou les multiples fonctions du vocabulaire comptable : l’exemple de la performance. Comptabilité – Contrôle- Audit. 1997/1 tome 3. p.89-101.

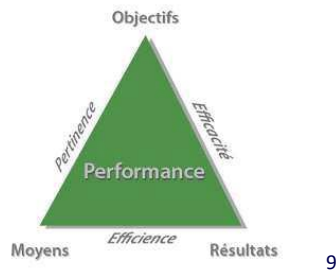


Figure n°2 : Le modèle de Gilbert, le triangle de la performance

- L'efficacité est le delta entre les objectifs et les résultats : suis-je suffisamment efficace pour arriver aux résultats ?
- L'efficience répond à l'optimisation des moyens pour parvenir aux résultats.
- La pertinence questionne sur les moyens déployés pour parvenir aux objectifs.

La notion de performance est difficile à saisir, sa complexité repose sur le fait que chaque acteur en a sa propre représentation, la rendant difficile à appréhender, subjective et à l'origine de nombreux malentendus.

1.1.2. Evaluation de la performance

« La performance n'existe que si on peut la mesurer »¹⁰, mais elle ne pourra l'être à la condition d'avoir « pu être définie et modélisée »¹¹. Il s'agit alors de mettre en place des outils de mesure préalablement définis, l'indicateur en est l'outil de mesure le plus utilisé. On retrouve deux types d'indicateurs : de reporting pour informer la hiérarchie sur le niveau d'accomplissement de la performance ou de pilotage visant à aider à conduire l'activité.

Pour Philippe Lorino¹² l'indicateur doit avoir une pertinence :

- Stratégique : l'indicateur renseigne du bon avancement de l'action et est en adéquation avec l'atteinte d'un objectif fixé.
- Opérationnelle : l'indicateur correspond à un processus et permet de piloter l'action.

9. JACQUET Stéphane. Management de la performance : des concepts aux outils. https://creg.ac-versailles.fr/IMG/pdf/Management_de_la_performance_-_des_concepts_aux_outils.pdf

10. Lebas M. Oui, il faut définir la performance. Revue Française de Comptabilité. 1995 juillet- août. pp. 66-71.

11. BONVOISIN Frédéric. Evaluation de la performance des blocs opératoires : du modèle aux indicateurs. 2011. 170 pages. Thèse d'obtention du grade de Docteur de l'Université de Valenciennes et du Hainaut Cambrésis. Université de Valenciennes et du Hainaut Cambrésis.

12. LORINO Philippe. Méthodes et pratiques de la performance. Editions d'Organisation. 3ème édition. 2003. 520 pages.

- Cognitive : l'indicateur permet à un groupe de personnes de guider l'action et d'en comprendre les facteurs de réussite. L'indicateur se doit d'être simple, compréhensible et praticable par tous les acteurs.

Les indicateurs sont regroupés dans un tableau de bord, outil de pilotage d'une action en permettant de donner une vue d'ensemble. Choisir des indicateurs avec des alertes pertinentes permet de comprendre une situation donnée et de prendre des décisions objectives, la possibilité de les comparer les rend d'autant plus appropriés.

Cette partie pose le cadre de la performance, nous allons à présent nous immiscer dans le système de santé pour comprendre par qui et comment est amené le concept de performance à l'hôpital.

1.2. La performance hospitalière

Le système de santé n'échappe pas au concept de performance, les restrictions économiques rendent cette notion plus prégnante. Cette injonction à la performance oblige les gestionnaires à la gérer sur tous les fronts, l'hôpital se doit d'y répondre.

1.2.1. Modèles et outils de pilotage de la performance hospitalière

En 2000 l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié un rapport ayant comme objectif l'« amélioration de la performance des systèmes de santé dans le monde »¹³ en procédant à leur comparaison. En 2008 l'OMS donne la définition de la performance en santé de la manière suivante : « procurer le meilleur état de santé possible aux populations en étant réactif par rapport aux besoins de ces dernières tout en restant économiquement supportable pour la nation »¹⁴.

La performance évoquée par l'OMS l'est sur le plan international, le système de santé français a décliné des modèles et des outils pour tendre vers la performance sur le plan national et régional.

13. OMS. Communiqué de presse : Rapport sur la Santé dans le Monde 2000.

www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/

14. FERMON Béatrice, GRANDJEAN Philippe. Performance et innovation dans les établissements de Santé. Paris : Dunod. 2015. Préface.

Sur le plan national

- Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP)

En 2009, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) a renforcé le rôle du directeur au sein de l'Hôpital. Cette nouvelle forme d'exercice porte sur « la responsabilité, la subsidiarité et le contrôle »¹⁵. Ainsi, en renforçant la gouvernance des hôpitaux, la loi HPST a agi sur le « pouvoir faire »¹⁶ des établissements hospitaliers, pour « répondre au comment faire »¹⁷, le Ministère de la Santé a créé en 2009 l'ANAP. Elle tend à apporter des solutions au travers d'une analyse de la « gouvernance, du pilotage, de la stratégie, des processus organisationnels, de la gestion des ressources humaines, des équipements et de l'architecture, des interfaces, du circuit patient »¹⁸.

- Hospidiag

Crée en 2010, Hospidiag est un outil élaboré par l'ANAP composé d'indicateurs de performance. On y retrouve des informations relatives à la qualité des soins, à l'activité, à l'organisation, aux ressources humaines et à la finance. Hospidiag délivre une vision condensée d'un établissement, diffuse des renseignements accessibles aux professionnels et aux usagers.

Sur le plan régional

La création des Agence Régionale de Santé (ARS), issue de la loi HPST a pour objectif de décliner la politique de santé régionalement en tenant compte des différentes spécificités de chacune d'entre elles. Elles ont pour missions de rationaliser, faciliter les mesures budgétaires et de moderniser l'offre de soins par le biais d'un pilotage renforcé.

La réalisation des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) pour une durée de cinq ans entre l'ARS et les établissements de santé permet de décliner le Projet Régional de

15. FERMON Béatrice, GRANDJEAN Philippe. Performance et innovation dans les établissements de Santé. Paris : Dunod. 2015. p. 325.

16. RITTER Philippe. *Mission de préfiguration de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicaux sociaux (ANAP)*. Rapport de mission. Ministère de la santé, de la jeunesse, Des sports et de la vie associative. 2008. 46 pages.

17. RITTER Philippe. *Mission de préfiguration de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicaux sociaux (ANAP)*. Rapport de mission. Ministère de la santé, de la jeunesse, Des sports et de la vie associative. 2008. 46 pages.

18. Bloc opératoire. Partager les solutions organisationnelles pour la performance des blocs opératoires. <http://bloc-operatoire.anap.fr/>

Santé (PRS) au cœur même de l'Hôpital. Le CPOM est, entre autre, un outil de pilotage stratégique des établissements et amène un dialogue entre les deux parties.

Au sein même de l'institution

Le projet d'établissement définit les orientations stratégiques pour une période de 5 ans. Il décline les objectifs issus du PRS en tenant compte de l'environnement et en intégrant les enjeux de l'établissement. Il permet de « clarifier le positionnement institutionnel de la structure » et donne « des repères aux professionnels dans l'exercice de leur activité »¹⁹.

Son élaboration est le fruit d'une réflexion collective et multidisciplinaire favorisant une dynamique coopérative. La mise en place d'objectifs donne un cadre de référence à l'ensemble des parties prenantes qui pourront définir et décliner les projets aux travers d'objectifs opérationnels.

1.2.2. Les dimensions de la performance hospitalière

La performance hospitalière émane de différents versants, les établissements doivent apprendre à la repérer et être en mesure de l'appréhender pour y répondre.

A. Teil en décrit trois dimensions que nous retiendrons :

- La performance verticale désigne « la capacité des établissements de soins à s'inscrire dans les orientations du système de santé ».
- La performance latérale indique « la capacité de l'hôpital à répondre aux malades qui s'adressent à lui, mais aussi aux salariés, et aux financeurs du système ».
- « La performance horizontale renseigne sur la capacité de l'hôpital à conjuguer son activité avec les autres entités du système de soins pour assurer la qualité de la prise en charge dans ses dimensions, technique (le juste équipement), médicale (le juste acte), du soin (les justes compétences), organisationnelle (le juste délai, le juste temps, la juste information), sociale (le juste lieu), psychologique (la juste attention et la juste communication). »²⁰

19. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/projet_etablissement_-_accompagnement_personnes_agees.pdf

20. TEIL Alice. Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière. 2002. 394 pages. Thèse de doctorat des sciences de gestion. Université Jean Moulin – Lyon 3.

Cette approche requiert au système hospitalier de saisir la performance sous différents angles pouvant être stratégiques, économiques et financiers, organisationnels, managériales, techniques, sociétales ou encore structurels.

Le prochain point fait état d'une réforme qui a amené les établissements de santé à modifier leur pilotage en incluant ces différentes dimensions.

1.2.3. Description d'une réforme majeure incitative à la performance

La réforme majeure qui va intensifier la recherche de performance dans les établissements est l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) en 2005. Jusque-là les établissements de santé percevaient une dotation globale, avec la T2A le budget de l'Hôpital dépend du nombre et de la nature des actes réalisés en rapport avec la Durée Moyenne de Séjour (DMS). Les établissements doivent donc s'adapter à ce nouveau paradigme en passant d'une culture de moyens à une culture de résultats. Ce mode de rémunération est un véritable levier de performance en obligeant les établissements à repenser leur organisation en profondeur, et vise à responsabiliser les acteurs de santé.

Ce concept amène une recherche de diminution des coûts, d'efficience, pouvant bousculer les professionnels de santé dans leurs valeurs médicales, soignantes.

Dans ce contexte, nous allons à présent pénétrer au sein du bloc opératoire afin de comprendre comment le bloc opératoire répond à cet impératif de performance.

1.3. La performance au bloc opératoire

Dans ce chapitre nous allons exposer les différentes mesures réglementaires et outils mis en place par l'ANAP pour accroître le niveau de performance des blocs opératoires.

1.3.1. Le bloc opératoire au cœur de l'organisation MCO

Cette entité mérite une attention particulière du fait de l'importance de sa consommation budgétaire au sein de l'hôpital et de par les moyens humains, matériels, structurels qu'elle nécessite.

1.3.1.1. *La complexité du bloc opératoire*

L'inscription « entrée interdite » apposée à son entrée règlemente son accès tout en contribuant à mystifier les processus complexes qui s'y déroulent, les rendant souvent compréhensibles exclusivement par des initiés.

Les processus opératoires demandent une coordination précise et ont comme défi de « faire converger en un même lieu et en un même temps des ressources humaines, matérielles et informationnelles différentes »²¹ tout en s'adaptant aux nouvelles technologies pour être en capacité de proposer un plateau technique de qualité aux patients en respectant les impératifs financiers. Ce cloisonnement, qui découle de sa complexité, tend à disparaître dans le contexte de réformes publiques et plusieurs instances contribuent à inverser la tendance.

1.3.1.2. *Les instances en faveur de la performance*

Haute Autorité de Santé (HAS)

La qualité et la sécurité des soins ne peuvent être dissociées de la performance, surtout au bloc opératoire, lieu considéré à haut risque. Pour cela l'HAS a imposé dans la V2010 l'utilisation de la Check List au bloc opératoire pour limiter les événements indésirables graves, elle a par ailleurs intégré dans son processus de certification l'organisation du bloc opératoire.

Dans la V2014, l'HAS a imposé la rédaction d'un compte qualité visant à « disposer d'un tableau de bord de pilotage et de suivi de la démarche qualité et gestion des risques »²². Les actions entreprises dans le compte qualité doivent être suivies, un envoi tous les deux ans à l'HAS est requis. Ces mesures visent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et obligent les acteurs de santé à identifier et diminuer les risques pour le patient.

La V2014 intègre également la méthodologie du patient traceur et amène à analyser le parcours d'un patient, donne une vision globale d'un processus de soin de l'entrée à la sortie d'un patient et participe à une démarche d'amélioration continue.

21. CHAABANE Sondes (2004). Gestion prédictive des blocs opératoires. Thèse Sciences de l'ingénieur. INSA de Lyon. 204 pages.

22. HAS. Le compte qualité. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1616601/fr/le-compte-qualite

ANAP

L'ANAP s'est mis comme défi d'améliorer l'efficacité des blocs opératoires en partant du postulat que des gains de productivité peuvent être engendrés en améliorant leurs organisations.

A ce titre, l'agence a élaboré un outil d'autodiagnostic pour mesurer le fonctionnement du bloc opératoire en mesurant 6 axes : planification, programmation, Gestion des Ressources Humaines (GRH), régulation, management/pilotage, sécurité. Cet outil est adressé aux acteurs du bloc opératoire qui souhaitent « conduire une démarche d'amélioration de la performance ».²³

1.3.2. Modèles et outils de pilotage de la performance au bloc opératoire

Les travaux de l'ANAP ont abouti à la déclinaison de trois volets essentiels pour définir la performance au bloc opératoire, nous les décrivons dans les trois prochaines sous-parties.

1.3.2.1. Le volet capacitaire

L'ANAP cherche dans cette approche « à estimer le juste dimensionnement des vacations opératoires proposées au regard de l'activité »²⁴.

Cette recherche de performance, par ce versant, nécessite un consensus entre :

- Une répartition optimale des plages opératoires comprenant un Temps de Vacation Offert (TVO) et un Temps Réel d'Occupation de la Salle (TROS) devant être en moyenne de 85%, avec un Taux de Débordement (TD) inférieur à 5%.
- Une répartition des ressources humaines (anesthésiques, Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat (IADE), Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat (IBODE),...) organisée en fonction de l'activité, de la complexité des gestes techniques.
- Une amplitude des vacations qui sera la résultante d'un compromis entre l'activité chirurgicale, les ressources matérielles et humaines disponibles.

Cette gestion doit assurer un niveau de qualité et de sécurité maximal pour le patient.

23. ANAP. Evaluer et analyser la performance d'un bloc opératoire. <http://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/evaluer-et-analyser-la-performance-dun-bloc-operatoire/>

24. KRICHEN Mona, AFTIMOS Mona, GATECEL Claire. Renouveler l'approche de la performance hospitalière : regards croisés sur le bloc opératoire. ANAP. *Risques et qualité*, volume XIII, n°4. 2016.

1.3.2.2. *Le volet opérationnel*

Cette approche décrit « les processus de programmation et de régulation de l'activité »²⁵ au bloc opératoire.

La charte de bloc

Pour pouvoir appliquer ces processus, ils devront être préalablement décrits dans la charte de bloc. Elle est un outil de pilotage du bloc opératoire et permet de fixer les règles du jeu entre tous les acteurs du bloc en décrivant précisément les modalités de fonctionnement, de programmation et de régulation de l'entité.

Le conseil de bloc

La constitution d'un conseil de bloc, composé d'un chirurgien, anesthésiste, cadre de bloc, cadre IADE est essentielle pour permettre une gestion facilitante du bloc opératoire. Le conseil de bloc est un organe opérationnel, se réunissant hebdomadairement et à vocation à prendre des décisions sur l'activité : réallocation des plages opératoires en cas d'absence, régulation des vacations si le TROS est supérieur au TVO, intégration des urgences, organisation anticipée des absences, des équipements, etc.

Son existence et son pouvoir décisionnel sont formalisés dans la charte de bloc, les membres du conseil sont reconnus par leurs pairs.

La cellule de régulation

Instance opérationnelle du bloc opératoire, elle se réunit hebdomadairement et étudie les vacations à 7 et 15 jours afin de réguler l'activité, éviter les débordements et réallouer des vacations inoccupées. Son rôle est de permettre « la gestion des flux patients, la prévision du matériel spécifique et des moyens humains nécessaires à la réalisation des interventions »²⁶. Elle doit être composée à minima du binôme de pilotage composé d'un cadre de bloc opératoire et d'un coordonnateur médical se trouvant souvent être le médecin anesthésiste

25. ANAP. Restitution du 3ème cercle blocs opératoire. Y-a-t'il un pilote au bloc opératoire ? https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj1vejR_4DaAhWgJVAKHf2bDLMQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.anap.fr%2Fressources%2Frestitutions%2Fdetail%2Factualites%2Frestitutions-du-3eme-cercle-blocs-operatoires-y-a-t-il-un-pilote-au-bloc-operatoire%2F&usg=AOvVaw328KJLzS5jQpKRCVxf2Jz0

26. Construire un programme adapté à l'activité de son bloc opératoire.

<http://bloc-operatoire.anap.fr/publication/1376-construire-un-programme-adapte-a-l-activite-de-son-bloc-operatoire>.

réanimateur dans la majorité des cas pour des questions de disponibilité, mais elle peut également être tri partite et inclure un chirurgien.

1.3.2.3. *Le volet managérial*

Ces deux approches dont nous venons de faire état sont portées par un cadre de bloc multi casquettes devant avoir des compétences managériales avérées. Des qualités organisationnelles, techniques, de coordination, de négociation, de gestions de conflits sont requises pour cette fonction.

« Au-delà du profil de manager, son rattachement hiérarchique est également un élément déterminant pour son positionnement au sein de l'établissement, lui permettant alors de contribuer aux orientations stratégiques et à la prise de décision structurante pour le bloc opératoire »²⁷. Selon l'approche de Mintzberg, « en management, les interactions horizontales entre collègues et partenaires sont aussi importantes que les relations hiérarchiques »²⁸. Pour cet auteur « le manager doit travailler au centre d'un réseau complexe de forces déterminantes [...], toute organisation a besoin de cadres intermédiaires qui bâtissent des ponts entre l'échelon dit supérieur et la base opérationnelle »²⁹.

L'ANAP a élaboré ce modèle pour guider les blocs vers une transformation organisationnelle, pour y parvenir le manager de bloc opératoire doit avoir à disposition une série d'indicateurs.

1.3.2.4. *Pilotage par un tableau de bord idéal*

Afin d'être en capacité de prendre les décisions nécessaires au bon moment, pour la bonne situation le manager doit avoir à sa disposition un tableau de bord composé d'indicateurs pertinents. Ce tableau de bord, justement utilisé, contribuera à améliorer la performance du bloc opératoire.

Le tableau de bord devra être composé d'indicateurs :

- d'activité : taux d'ambulatoire, nombre de reports, d'urgences, d'interventions ...

27. ANAP. Restitution du 3ème cercle blocs opératoire. Y-a-t'il un pilote au bloc opératoire ? : https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj1vejR_4DaAhWGVAKHf2bDLMQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.anap.fr%2Fressources%2Frestitutions%2Fdetail%2Factualites%2Frestitutions-du-3eme-cercle-blocs-operatoires-y-a-t-il-un-pilote-au-bloc-operatoire%2F&usg=AOvVaw328KJLzS5jQpKRCVxf2Jz0

28. MINTZBERG Henry. *Manager : l'essentiel : ce que font les managers... et ce qu'ils pourraient faire mieux*. Paris : Vuibert. 2014. Page 42.

29. MINTZBERG Henry. *Manager : l'essentiel : ce que font les managers... et ce qu'ils pourraient faire mieux*. Paris : Vuibert. 2014. Page 199.

- d'efficience : taux d'occupation par salle et par chirurgien, TD, de démarrage tardif, ...
- relatifs aux ressources humaines : heures supplémentaires, taux de mobilisation, absentéisme,
- qualité : évènements indésirables, pourcentage de Check List rempli, identitovigilance...

Les indicateurs de pilotage sont suivis par le conseil de bloc, qui, après concertation, seront des éléments de diagnostic auxquels les instances de pilotage pourront s'appuyer afin d'élaborer des choix opérationnels ou stratégiques.

1.3.2.5. *Pilotage médico-économique*

L'apparition de la T2A a amené certains établissements de santé à instaurer une Comptabilité Analytique Hospitalière (CAH), « élément essentiel de la prise en charge de décision stratégique et opérationnelle »³⁰ permettant, entre autre, de connaître le coût de chaque Unité de Fonctionnement (UF), de se comparer et d'apprécier la part de chaque UF au budget global de l'établissement.

L'indicateur retenu par l'ANAP et l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) est le nombre de points d'Indice de Coût Relatif (ICR) réalisés par salle de bloc. « L'ICR est l'unité d'œuvre des actes medicotechniques, indiquant leur degré de mobilisation de ressources humaines et matérielles».³¹ Au bloc opératoire, l'ICR permet de jauger le degré d'activité.

Les principaux axes de performance au bloc opératoire ont été décrits dans cette partie, dans la section suivante nous ferons une analyse des divers entretiens réalisés avec les cadres de bloc opératoire afin de recueillir leur perception de la performance. Nous pourrons ainsi comprendre si les dimensions, modèles et outils décrits dans cette partie sont appréhendés et analysés par les cadres de bloc opératoire et dans quelles mesures ils contribuent à la performance du bloc opératoire.

30. Ministère de la solidarité et de la santé. Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/GUIDE_CAH___BOS_2011-3.pdf

31. Sécurité sociale. Renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indic4-12-pqemaladie.pdf>

2. LA PERCEPTION DE LA PERFORMANCE PAR LES CADRES DE BLOC OPERATOIRE : UNE ETUDE QUALITATIVE

2.1. Méthodologie de recherche

Cette partie est destinée à décrire la méthodologie employée pour recueillir les différentes perceptions de la performance des cadres de bloc opératoire.

2.1.1. Objectif de la recherche

L'enjeu est de répondre à la question suivante : quelles perceptions de la performance les cadres de bloc ont-ils pour le bloc opératoire ?

L'objectif de cette deuxième partie est de chercher des éléments empiriques permettant de confronter les éléments de la première partie issus de la littérature avec le terrain, en réaliser une analyse et émettre des recommandations en troisième partie.

2.1.2. Profil des personnes interviewées

Les personnes interviewées, comme énoncées dans la problématique, sont les cadres de bloc opératoire appartenant tant au système hospitalier public que privé à but lucratif et non lucratif. Certains entretiens ont également été menés avec des cadres supérieurs de santé ayant occupés pendant de nombreuses années la fonction de cadre de bloc opératoire.

Dans ce chapitre nous allons utiliser des verbatim issus des différents entretiens, le tableau ci-dessous contient des codifications attribuées aux interviews, nous les utiliserons tout au long de la deuxième partie.

	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7
	Clinique privé but lucratif	Clinique privé but lucratif	Clinique privé but lucratif	Etablissement public	Clinique privée but non lucratif	Etablissement public	Clinique privée but non lucratif
Cadre de bloc	C1 (verbatim annexe 2)	C2 (verbatim annexe 4)	C3 (verbatim annexe 5)	C4 (verbatim annexe 6)		C6 (verbatim annexe 8)	
Coordinatrice de bloc					CO5 (verbatim annexe 7)		
Directrice des soins (DSI)		DSI 2 (verbatim annexe 3)					DSI 7 (verbatim annexe 9)

Figure n°3 : Codification des entretiens

Le tableau suivant récapitule le profil des personnes interviewées :

	C1	C2	DSI 2	C3	C4	CO5	C6	DSI 7
Genre	Masculin	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin
Tranche d'âge	40-49 ans	40-49 ans	>50 ans	>50 ans	>50 ans	>50 ans	30-39 ans	>50 ans
Ancienneté dans la fonction	5 ans	6 ans	13 ans cadre de bloc et 3 ans DSI	20 ans	25 ans	16 ans	4 ans	17 ans cadre de de bloc, 5 ans DSI
Diplômes	IDE	IDE, DU d'hygiène	IDE, IBODE, Ecole des cadres, master 2 manage ment	IDE, IBODE, école des cadres	IDE, IBODE, école des cadres	IDE, IADE, école des cadres	IDE, école des cadres	IDE, IADE, Ecole des cadres master 2 MOS

Figure n°4 : Profil des personnes interviewées

2.1.3. Collecte des données qualitatives

Nous avons choisi de collecter les informations par le biais d'un entretien semi directif, avec à l'appui un questionnaire (annexe 1).

Dans un premier temps, nous avons préféré, pour ne pas influencer la personne interviewée, poser uniquement la question suivante : « comment définissez-vous la performance ? »

La réponse donnée permet d'obtenir une représentation de la performance, de déterminer la ou les préoccupations des cadres et d'alimenter la discussion en s'appuyant sur les dires de la personne. Ce déroulement permet d'approfondir les réponses mais également de repérer les éléments de performance non évoqués par les cadres.

Dans un second temps, sans en faire une liste exhaustive, des questions complémentaires ont été posées pour permettre la confrontation des réponses avec le cadre conceptuel.

2.1.4. Limites méthodologiques

Le mot valise de la performance engendre que certains cadres (C1 et C2) n'ont pas trouvés d'emblée les éléments de réponses à proprement parlé, mettant souvent quelques secondes avant de répondre. Pour y pallier nous avons parfois dû approfondir le sens de notre question, mais n'est-ce pas déjà biaiser l'entretien que d'amener les cadres vers un axe de la performance ?

Nous avons pu également constater que les cadres de bloc étaient parfois orientés vers une situation conflictuelle qui venait de se produire et y revenaient souvent au cours de l'entretien, ce fut le cas pour les entretiens avec C3, C4 et C6.

Pour finir, la limite la plus importante fut que la conduite de l'entretien a été parfois orientée par la recherche d'éléments de fonctionnement, pouvant nous être favorables dans notre propre organisation, amenant à rallonger la durée des entretiens, entre 1 heure et 1h30 en moyenne. Les cadres ont souvent dévié en voulant nous montrer leurs outils de fonctionnement, nous amenant à nous interroger sur le sens de la discussion : était-elle toujours en rapport avec la performance ?

2.2. Analyse des entretiens

Dans un premier temps, pour comprendre la préoccupation des cadres en terme de performance, nous allons énumérer les réponses données à la première question posée : « comment définissez-vous la performance ? » :

- « des taux de vacations remplies, la bonne personne à la bonne place et à la bonne tâche donc la bonne compétence » (verbatim DSI 2).
- « avoir un programme opératoire qui respecte les horaires du personnel, et pouvoir opérer tout le monde » (C2).
- « c'est un peu utopique, mais [...] si on peut avoir du matériel qui est correct, à disposition et en quantité suffisante, avoir des horaires qu'on arrive assez bien à gérer ou à régler pour le personnel et qu'on ait pas trop de casse dans notre activité, qui est forcément une activité à risque [...] on peut se considérer comme pas mal performant », la performance est « un challenge de tous les jours » (C3)
- « avoir les bonnes personnes, les bons moyens au bon moment quand c'est nécessaire » (C4)
- « c'est une prise en charge globale du patient en tenant compte vraiment de la globalité et que ce soit la plus optimale possible » (C6)
- « une journée qui se passe bien soit, mais avec un programme opératoire qui tourne, des vacations qui sont remplies correctement, effectivement le matériel qui faut, le personnel qui faut », « le meilleur fonctionnement qu'on peut avoir avec les ressources qu'on a ». (DSI 7)

En résumé, la performance pour les cadres de bloc opératoire c'est la mise en adéquation des moyens et des ressources avec une prise en charge globale du patient de son arrivée à sa sortie du bloc.

Est inclus dans cette performance, la partie qualité et sécurité des soins :

- « On ne peut pas dissocier performance de qualité et sécurité » (DSI 2).
- La performance « s'inscrit dans une démarche qualité forte par rapport aux exigences de l'HAS » (C1).

Cette performance décrite se veut de plus être réalisée en contentant l'ensemble des parties prenantes du bloc opératoire : « arriver à contenter les acteurs qui étaient là » (C4).

Cette description à l'ambition d'appréhender la performance par différents versants. Nous allons tenter de comprendre dans les prochaines analyses quels moyens les cadres mettent en œuvre pour y parvenir et quels sont les obstacles qu'ils rencontrent.

2.2.1. La position managériale du cadre de bloc opératoire au regard de la performance

Cette partie a pour objectif d'analyser la perception de la performance des cadres de bloc opératoire pour leur unité.

2.2.1.1. *Approche perceptuelle de la performance*

25% des cadres interrogés donnent une définition précise de la performance en invoquant la notion d'« efficacité » (DSI 2).

Une cadre décrit la performance comme « une somme de choses qui font qu'on est performant » (C3). Ce verbatim exclut l'acte isolé et associe la performance à un ensemble. Cette même cadre se questionne également sur la difficulté de la mesure de la performance : « est-ce que la performance ça se mesure de 0 à 10 en disant on est performant quand on est à 8 ? Mais c'est quoi le critère de 8 ? »

Sans donner explicitement une définition de la performance, les cadres de bloc relatent une performance horizontale : le juste équipement, les justes compétences, le juste temps, le juste délai.

Si on compare les verbatim des cadres avec l'approche d'A. Teil, la performance pour les managers est « action ». En effet, ils mettent en œuvre diverses actions pour parvenir à obtenir une prise en charge globale en incluant les différents professionnels. Ces actions se font par le biais du concept d'efficacité, c'est à dire l'optimisation des moyens pour parvenir aux résultats.

2.2.1.2. *Approche métaphorique de la performance des cadres de bloc opératoire*

Différents verbatim métaphoriques ont été utilisés lors des entretiens, la métaphore la plus pertinente est certainement celle relatée par DSI 2 : « le bloc opératoire c'est comme la tour de contrôle des avions, il y a des avions qui atterrissent et qui partent, ces avions il faut les remplir parce que si les avions volent à vide ça te coûte du kérosène et il faut qu'ils atterrissent et qu'ils partent en sécurité, le bloc c'est ça, le cadre de bloc c'est celui qui est dans la tour de contrôle. »

La deuxième métaphore est la comparaison du manager de bloc à « un caméléon » (C05), qui doit constamment s'adapter à son environnement, à ses interlocuteurs et aux situations pour gérer efficacement le bloc opératoire.

Ces approches métaphoriques placent le manager au centre de la prise en charge.

Après avoir décrit succinctement la perception de la performance des cadres, nous allons réaliser une analyse plus approfondie des différentes dimensions de la performance évoquées.

2.2.2. Les dimensions de la performance

Nous retiendrons essentiellement trois dimensions de la performance qui émanent des entretiens réalisés avec les cadres de bloc opératoire.

2.2.2.1. *Performance organisationnelle*

Le travail de l'ANAP relatif à l'optimisation des blocs opératoires possède un impact fort au regard des résultats obtenus dans les interviews. Que ce soit en référence à l'ANAP (cité 17 fois par C05, 7 fois par DSI 7, 2 fois par C1), ou par une étude de benchmarking des blocs opératoires à la demande de l'ARS (C4), voir par connaissance des recommandations, les cadres ont comme objectif l'efficience des vacations opératoires.

C2 nous précise toutefois qu'elle s'est adaptée à l'activité des chirurgiens et intègre dans son fonctionnement les débordements : « en ce moment c'est les pieds, tout le monde se fait opérer [...] On s'est adapté, les chirurgiens ont des gros programmes, ce n'est pas la peine d'essayer de les cadrer».

Pour parvenir à cette efficience tous les cadres de bloc s'évertuent à optimiser les créneaux opératoires, regrouper les vacations insuffisamment remplies, mettre en adéquation le personnel au regard des vacations, redistribuer les créneaux vacants, etc.

Certaines cadres y parviennent d'autres ont plus de difficultés. Pourquoi ? Quels sont les besoins des cadres pour y parvenir ?

2.2.2.2. *Gestion des ressources humaines*

Les compétences IBODE deviennent une ressource rare et demandent un apprentissage complexe.

Le métier d'IBODE

Actuellement, un nouveau décret de compétence du 27 janvier 2015 est entré en vigueur, donnant des actes exclusifs aux IBODE, cette mesure restreint le champ de compétences des Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat (IDE) travaillant jusque-là au bloc. Les IBODE ont jusqu'en 2020 pour obtenir une formation complémentaire qui leur permettra de réaliser certains gestes techniques en per opératoire. Toutefois un arrêté ministériel précise que ce transfert d'activité est repoussé en juillet 2019 en raison du manque d'IBODE.

Seul C1 fait référence à cet impératif réglementaire « les compétences IBODE deviennent indiscutables puisqu'en 2019 on n'a plus trop le choix ». Les autres cadres, dans leur discours, ne font pas de différences sur le titre du diplôme mais plutôt sur les compétences acquises et le niveau de performance.

Les établissements n°1 et n°7 n'ont aucun IBODE dans leur équipe, même si les autres établissements en possèdent, ils sont en nombre insuffisants pour faire fonctionner un bloc opératoire en suivant la réglementation : « on n'y arrivera pas dans les délais qui sont fixés c'est clair, il ne faut pas se leurrer, je pense que de toute manière ça va être modifié » (DSI 7). Cependant tous les établissements sont dans la démarche de formation pour obtenir ces compétences et tendre vers le décret.

La problématique des managers

La GRH est une préoccupation des cadres, trois situations se distinguent :

- La formation des nouveaux arrivants, sans aucune expérience de bloc demande du temps :
 - « Le temps de formation, même sur une panseuse c'est 1 an, 1an ½ avant qu'elle soit à l'aise sur différentes spécialités » (C1).
 - Ce temps est souvent incompris par la direction : « c'est dur pour des problèmes de compétences, ça j'ai un peu de mal à l'expliquer aux gens qui sont au-dessus de moi en me disant on ne comprend pas pourquoi tu mets autant de temps à faire ! » (C3).
 - « C'est long et c'est ça que la direction a parfois du mal à entendre. On ne va pas former un IDE de bloc comme on forme un IDE en service, un IDE en service il va être accompagné deux semaines et on va le laisser tout seul. » (C6).
- La mise en adéquation du personnel compétent au regard des spécialités est essentielle pour éviter tout risque d'évènement indésirable lié à une méconnaissance de la spécialité : « si je mets que des gens qui ont fait que de la gynéco et de l'urologie

dans des salles d'orthopédie ça risque de poser problème [...] donc je m'inquiète de savoir s'il y a le matériel, si le binôme que j'ai mis en salle c'est le bon binôme» (C3).

- Le manque de personnel au bloc opératoire est problématique :
 - ✓ soit par le manque d'IBODE et d'IADE sur le marché du travail : « il me manque encore du personnel, là j'ai des intérimaires » (C2). 62.5% des cadres interrogés ont recours à des intérimaires.
 - ✓ Soit par une maîtrise rigoureuse de la masse salariale : « on me donne pas le personnel pour 52 semaines, que 48 » (C05). C2 et C6 souhaitent obtenir du personnel supplémentaire pour accroître leur performance organisationnelle.

L'influence environnementale

Sur l'Eurométropole de Strasbourg, essentiellement dans le secteur privé, l'ouverture de Rhéna, regroupement de 3 cliniques, a fortement déstabilisé les effectifs : « l'ouverture de Rhéna sur Strasbourg nous a beaucoup perturbé parce qu'il paie plus les gens » (C05), « Rhéna a fait un gros appel d'air sur les IBODE, on a eu aussi un gros appel d'air sur les IADE, avec des conditions salariales hors du commun » (DSI 7).

Les établissements n°2, n°5 et n°7 ont répondu à cette performance latérale en faisant appel à du personnel intérimaire. Ce choix n'est pas sans conséquence pour les équipes en place : « c'est problématique ça pose des conflits dans l'équipe parce qu'elles sont payées plus, elles n'ont pas la même compétence» (C05), les équipes « ressentent ça comme un manque et le fait d'avoir des intérimaires comme une charge supplémentaire » (DSI 7).

Les solutions envisagées

La fidélisation du personnel est un axe recherché par les cadres du bloc en mettant en place différents moyens pour y parvenir :

- La démarche majeure des établissements de santé est de placer l'IBODE au cœur de son métier en limitant les tâches afférentes. En exemple la cadre C05 a « réintroduit les aides-soignantes au bloc, [...] un logisticien au bloc qui nous range les commandes, avant c'était les IBODE, [...], la préparatrice en pharmacie ».
- C1 travaille sur la responsabilisation du personnel : « j'essaie de fidéliser en responsabilisant, avec des référents qui vont gérer leurs petites équipes dans leurs spécialités, faire des actions de formations ciblées [...], diffuser les informations, faire le lien avec le chirurgien et moi-même ».

- Les établissements devant faire appel à de l'intérim tentent de garder les mêmes intérimaires pour faciliter la gestion des compétences : « j'ai des intérimaires qui sont là depuis deux ans, les mêmes » (CO5 et DSI 7).

2.2.2.3. Qu'en est-il de la performance financière ?

2.2.2.3.1. Etat des lieux de la prise en compte financière des cadres de bloc

Les cadres de bloc, dans leur discours, sont sensibles aux coûts et tendent à les réduire en recherchant une performance organisationnelle : mise en adéquation du personnel avec l'activité, optimisation des vacances, évaluations des temps morts, des retards de démarrage des vacances, etc.

A la question, connaissez-vous le coût des interventions en rapport avec le Groupe Homogène de Séjour (GHS) ? Seule la cadre DSI 7 nous a répondu par l'affirmative et connaît précisément le coût d'une intervention, du personnel en rapport avec le GHS et la DMS. Ce travail est effectué en binôme avec un gestionnaire de site, fonctionnement mis en place suite à un plan d'économie au niveau des blocs.

Pour les autres cadres plusieurs réponses nous ont été données :

- C1, ayant une cellule financière dans son établissement, pense que l'analyse doit être réalisée par la direction et n'a aucune connaissance du coût des interventions.
- C4 et C6 ne font pas d'étude de coût des interventions.
- DSI 2, C2 et C3 travaillent sur les dispositifs médicaux onéreux en collaboration avec la pharmacie, mettent en rapport le coût des interventions avec le GHS ponctuellement, lors de l'acquisition de nouvelles techniques opératoires demandant un investissement en matériel conséquent.
- DSI 2 ne fait pas d'étude de coût puisque en orthopédie les dispositifs médicaux sont en sus du GHS et identifie uniquement dans certaines spécialités les dispositifs onéreux et surveille leur consommation. DSI 2 évoque une autre problématique pour mettre en relation le coût d'une intervention avec le GHS, la DMS : « il ne faut pas oublier, il n'y a pas que le bloc, il faut calculer un coût global et ça on n'a pas les moyens aujourd'hui : combien ça me coûte en ambulatoire ? Combien me coûte un lit d'hospitalisation ? C'est compliqué ! »

- CO5 (faisant partie du même groupe hospitalier que DSI7) est dans une démarche d'étude de coût avec une volonté de la direction de connaître précisément les chiffres. Cette démarche est encore en cours pour CO5 qui attend le déploiement du logiciel pour pouvoir objectiver les surcoûts : « j'ai un gynéco qui me gaspille beaucoup de matériel ».

Les cadres de blocs sont, certes sensibles aux coûts, cependant il subsiste une méconnaissance générale du coût réel d'une intervention en rapport avec le GHS, de la rentabilité des activités se déroulant dans leur unité et des coûts des dispositifs médicaux utilisés au bloc opératoire.

2.2.2.3.2. Le positionnement du chirurgien au regard de la réduction des coûts

C1 : « L'enjeu du chirurgien pour son patient ce n'est pas le même que le financier ».

DSI 2 : « les chirurgiens, eux ils voient un patient, ils veulent l'opérer [...] les impératifs de l'établissement ils ne les voient pas [...] il faut qu'ils comprennent que le temps où ils étaient les rois du pétrole c'est fini ! ».

L'objectif premier du chirurgien est l'acte chirurgical en lui-même, pour parvenir à être plus performant une profusion de dispositifs jetables onéreux est utilisée. Si ces dispositifs ne sont pas utilisés à bon escient, le coût de l'intervention peut très vite dépasser le GHS. Pour y pallier DSI 7 nous relate qu' « il y a beaucoup de pinces qu'on utilisait en usage unique qui sont passées en usages multiples, on est revenu en arrière ».

Les établissements, souvent, par manque d'outils de mesure des consommations réelles ou sous la pression chirurgicale, ne mettent pas d'actions en place pour y remédier :

- « dans le système actuel les chirurgiens ont le pouvoir d'amener l'activité » (C4).
- Certains opérateurs menacent parfois les managers, la direction, de transférer leur activité en cas de non obtention de leur desiderata : « c'est un peu au chantage, si ça me plaît pas ici je vais ailleurs » (C3).

En revanche l'unique cadre (DSI 7) possédant une analyse des coûts des interventions a réussi, par la mise en place d'un dialogue de gestion, à sensibiliser certains chirurgiens : « il y a des interventions où le matériel que vous utilisez nous coûte plus cher que l'intervention, ce qu'ils ont entendu, il y a donc pour certaines interventions des pratiques qui ont changé ».

Ce chiffrage est essentiel, trop souvent les chiffres ne sont ni connus, ni divulgués aux praticiens, cependant « ils sont beaucoup plus sensibles qu'on ne le pense [...], quand on leur demande des changements par rapport à leur pratique, si on a des chiffres à leur présenter à la clé on a beaucoup plus de chances de les faire adhérer » (DSI 7).

2.2.2.3.3. Comptabilité analytique au bloc opératoire ?

50% cadres de bloc n'ont pas ou ne pensent pas avoir de CAH au sein de leur organisation.

- DSI 7 et C1 pilotent le bloc opératoire dans des établissements pratiquant la CAH et ont connaissance des chiffres de leur unité : « le service financier nous envoie le reporting mensuel et puis ensuite par ce biais-là nous on doit donner les commentaires et expliquer les chiffres » (C1).
- Pour DSI 2, l'absence de CAH est « extrêmement difficile par moment ».
- L'établissement de CO5 possède une CAH mais ne connaît pas le chiffrage de son unité: « les services le savent mais pas moi, c'est ce que je réclame depuis 5 ans, je réclame au directeur de savoir ce que je coûte ».

La description des différentes dimensions de la performance fait émerger diverses problématiques, nous allons à présent réaliser une analyse des différents outils à disposition du cadre de bloc opératoire.

2.2.3. Analyse de l'utilisation des outils de pilotage

2.2.3.1. *Les tableaux de bords*

Nous avons retrouvé dans tous les établissements des indicateurs à disposition des cadres de bloc opératoire. La quantité et la précision des indicateurs dépendent de la qualité des logiciels mis à disposition, de la présence d'une cellule d'aide à la performance.

DSI 7 nous rend attentif au fait qu'« il faut cibler les indicateurs où vous avez l'intuition que vous avez un problème et après éventuellement aller plus loin. Les indicateurs doivent être évolutifs et analysés, trop d'indicateurs au départ fait qu'on ne suit pas bien ».

Les indicateurs d'activités

Le taux d'occupation et le taux de débordement sont les deux indicateurs les plus suivis. La comparaison avec les recommandations émises par l'ANAP, à savoir le taux d'occupation de

85%, le TD inférieur à 5%, sont les indicateurs les plus utilisés pour comparer le niveau de performance et sont évoqués par l'ensemble des cadres interviewés.

Ces indicateurs d'activités sont essentiels pour pouvoir réguler le programme opératoire, supprimer des vacations insuffisamment occupées, regrouper des vacations : « j'ai du factuel, ce qui génère du conflit c'est quand on vient avec des éléments qui ne sont pas factuels » (C1), « pour moi les chiffres sont importants c'est un outil de travail pour construire » (C05).

Cependant, pour C05 les chiffres doivent être analysés par la cadre du bloc et pour cela « il faut connaître le terrain, on ne peut pas analyser des chiffres sans connaître ce qui se passe sur le terrain ».

Les indicateurs relatifs à la masse salariale

On retrouve au niveau des établissements un réel suivi de la masse salariale qui est défini comme le poste le plus coûteux de l'organisation : « Quand on sait que 50% des coûts sont représentés par la masse salariale [...] X est groupe financier [...] un groupe comme X suit la performance RH ». (DSI 2)

Les indicateurs RH les plus retrouvés sont le taux d'absentéisme (DSI 7), le suivi du personnel en rapport avec l'activité (C05), le nombre d'heures supplémentaires (C1, DSI 2), la masse salariale brute (DSI 2).

Suivi des évènements indésirables

L'approche risque est présente dans le discours des cadres : « qu'il n'y ait pas de couacs » (C4), « je suis soucieuse que le malade sorte dans le bon sens, voilà que finalement on ait mis tout en œuvre pour que tout ce passe bien » (C3), « je suis contente quand j'ai quitté ma journée et qu'il s'est rien passé de grave » (C4), DSI 2 relate que sa performance la plus satisfaisante est « de ne pas avoir d'évènements indésirables ».

C3, parce qu'elle ne se fait pas entendre sur certains sujets, utilise les évènements indésirables à posteriori pour régler des situations récurrentes : « on traite l'évènement indésirable et puis après moi je profite de l'évènement indésirable ».

2.2.3.2. La charte de bloc

Tous les établissements ont à disposition une charte de bloc opératoire plus ou moins fonctionnelle suivant le soutien de la hiérarchie, du respect des opérateurs et de la place du manager au sein de l'organisation.

- DSI 2 décrit cet outil avec précision : la cadre de bloc «doit avoir à sa disposition une charte de bloc explicite, acceptée et co-signée par tout le monde y compris par le directeur de l'établissement qui est garant de sa mise en œuvre ».
- Les cadres de bloc s'y réfèrent pour recadrer des comportements : « quand un chirurgien respecte pas je lui rappelle » (C05) ou y fait référence pour gérer les problèmes organisationnels : « je peux m'appuyer que sur une charte de bloc opératoire où on dit qu'on fait d'abord le programme réglé, les urgences passent après et puis les urgences vitales on les intercale »(C4).
- DSI 7 a une charte de bloc mais n'a pas besoin de s'y référer : « C'est plutôt la relation du chef du bloc avec les médecins».
- C3 qui ne retrouve pas d'appui dans son organisation, possède une charte de bloc qu'elle n'a pas écrite et qu'elle n'arrive pas à mettre en œuvre.

2.2.3.3. *Le conseil de bloc*

Cet outil est celui où nous avons retrouvé le plus de disparités, chaque établissement en a sa propre conception, souvent non conforme à la réglementation. La variation la plus importante se retrouve sur la quantité de réunion effectuée allant de 1 par an à 1 par mois. Les recommandations prévoient, en sus d'un conseil de bloc mensuel, une commission des usagers de bloc opératoire (CUB) annuelle avec l'ensemble des praticiens, la direction, les représentants de chaque métier se côtoyant au bloc opératoire. Seules C05 et DSI 7, travaillant pour le même groupe, dans deux établissements distincts, en possèdent une et réalisent un conseil de bloc dans les règles de l'art, mensuellement avec les membres requis et désignés par leurs pairs.

Les cinq autres établissements ont adapté le fonctionnement d'un conseil de bloc à leurs contraintes en réalisant uniquement des CUB (1 à 4 réunions annuelles), et font l'impasse sur un conseil de bloc restreint qui a pour objectif d'obtenir un pilotage opérationnel et efficace. Le fonctionnement le plus curieux a été retrouvé auprès de C3 qui n'est pas en charge de l'organisation des conseils de bloc, ne participe pas à la préparation de la réunion et n'est pas consultée. Les conseils de bloc sont réalisés par sa hiérarchie n'ayant aucune expérience du milieu de bloc opératoire et C3 « vient en tant que spectatrice ».

Globalement les sujets traités sont identiques à toutes les structures : analyse des indicateurs, des vacances et des évènements indésirables.

2.2.3.4. *La cellule de régulation*

Les entretiens font apparaître différentes organisations pour réguler le programme opératoire à S-1. Pour rappel cette cellule devrait être composée à minima du cadre de bloc et d'un coordonnateur médical.

- C4 est la seule cadre qui possède une réunion hebdomadaire dédiée avec un coordonnateur : "on a le comité de bloc qui se réunit tous les vendredis pour discuter et valider le programme de la semaine d'après". Cette cellule, avec appui du coordonnateur médical, est un outil important pour C4 : « la concertation est indispensable parce que la pression médicale est trop lourde et si elle ne devait reposer que sur mes deux épaules je pense que ça fait longtemps que je ne serai plus là ».
- C3 possède une cellule de régulation composée de personnels n'ayant pas de compétences dans le milieu du bloc opératoire, la cellule accorde des dépassements de créneaux sans en référer à la cadre de bloc opératoire qui se retrouve en difficulté et n'a pas d'appui médical pour réguler : « elles saisissent les patients dans ce qu'on appelle un potentiel, un créneau opératoire sauf qu'à un moment il faudrait dire stop ça ne rentre plus, et pas inscrire, inscrire [...] j'ai dit l'autre jour à la cellule de régulation par définition ça régule un programme opératoire à priori pas a posteriori".
- C1, C6, C05 sont seules régulatrices du programme opératoire et sollicitent le coordonnateur médical en cas de besoin avec plus ou moins de soutien. Le rôle de coordonnateur, ayant un pouvoir d'annulation des programmes opératoires, est une position délicate pour le coordonnateur devant s'opposer à ses confrères : « ils aiment bien nous pousser devant, ils se cachent derrière nous : tu y vas, tu vas lui dire au chirurgien qu'on lui annule ses patients ! » (C05).

2.2.3.5. *La certification HAS*

La certification réalisée par l'HAS est utilisée pour mesurer son niveau de performance :

- « quand on obtient un niveau de certification ça donne une piste où on se situe par rapport à une notion de performance »(C1).
- « la certif est un moyen de vérifier qu'on a mis des choses en place » (DSI 2).

C3 profite de l'arrivée de la visite de certification pour obtenir des outils de performance (logiciels, indicateurs...) supplémentaires : « on va rentrer dans la procédure de certification ça va un peu accélérer le mouvement ».

Quant à C6, qui vient de passer la visite de certification, fait le constat d'un manque de régularité entre les visites : « là c'est un peu plus calme parce qu'on l'a passée que l'année dernière en septembre mais ça va recommencer [...] ils vont revenir et c'est à nouveau la multitude de réunions ».

2.2.3.6. *La Check List HAS*

La Check List mise en place par l'HAS pour diminuer les risques a encore des difficultés à être appliquée en temps réel : « un peu plus de mal avec les chirurgiens mais le personnel le fait » (DSI 7)

C2 et DSI 2, travaillant dans le même établissement, ont une Check List informatisée qui est remplie mais ont conscience qu'elle n'est pas réalisée conformément à la réglementation : « je dois faire un audit sur le côté qualitatif, est-ce qu'elle est faite en temps réel ? Ça va faire mal » (DSI 2).

Une des difficultés retrouvées dans l'élaboration de la Check List HAS est de réunir les trois parties nécessaires à son élaboration : IBODE-chirurgien-anesthésiste :

- « on essaie nous les cadres de bloc aussi bien qu'on peut, sauf que finalement dans les cliniques privées on sait très bien que quand ça va vite, on est dans une problématique de flux, qu'on arrive jamais à avoir les trois personnes en même temps »(C3)
- « la première Check-List c'est celle qui pêche un peu parce qu'on n'a pas tout le monde » (C6).

2.2.3.7. *Comparaison inter-établissements*

Lors des interviews, aucun cadre n'a mentionné l'outil Hospidiag, ni la recherche de comparaison de leur niveau de performance avec les établissements concurrents.

C1, DSI 7 et C05 faisant partie d'un groupe reçoivent des éléments chiffrés permettant de comparer la performance de leur unité entre les différentes structures du même groupe.

DSI 2, que nous avons questionné sur la recherche de comparaison par le biais d'outils disponibles sur internet, nous indique « que ça ne reflète pas la réalité [...], je peux te remplir ce qu'ils veulent lire, ce n'est pas très neutre tout ça !».

2.2.4. Les freins à la performance

Nous allons, dans les différentes sous-parties qui suivent, détailler les problématiques retrouvées par les cadres de bloc dans leur organisation.

2.2.4.1. *Le manque de vision partagée*

Ce type de frein est principalement retrouvé dans le discours des cadres, que ce soit de la part de la hiérarchie et bien plus souvent des opérateurs : « c'est à mon sens deux visions qui ne sont pas complémentaires aujourd'hui, c'est-à-dire la vision du financier, de l'administrateur et la vision plus pratique, médicale. Aujourd'hui on essaie de faire tourner les blocs opératoires, plus généralement les établissements de santé à partir de principes de financiers, mais aujourd'hui ces deux mondes n'arrivent pas encore à s'accorder parce que les enjeux ne sont pas les mêmes». (C1)

Plusieurs cadres relatent un manque de vision partagée entre le corps médical et les impératifs du manager :

- « Chacun ne voit que son programme dans sa salle mais que le collègue à côté a un programme qui dure et est tombé sur un problème, qu'il n'arrive pas à terminer aussi vite que prévu, ça il n'en a rien à faire et malgré tout il veut continuer et il veut son équipe [...]. Voilà ils sont tous pareils ! » C4.
- « Ils font leurs gestes, ils sortent et ils vont me regarder et me dire tu te rends compte ça fait une heure que je suis sorti. Ok, qui a fermé ? Pas lui. Qui a fait le pansement ? Pas lui ? Qui a sorti le malade ? Pas lui. [...] Qui a fait le nettoyage ? Ce n'est pas lui» (C6).

Ce frein est accentué si le manager n'arrive pas à obtenir une vision commune avec le directoire :

- C3 évoque une hiérarchie directe sans connaissance du bloc opératoire, qui malgré cela n'implique pas C3 dans les décisions stratégiques. C3 ressent le besoin « de nouer le dialogue avec ce que j'appelle le directoire, de l'information, du retour d'information, de l'échange, de dire moi j'ai l'impression de ne pas être concertée, ni impliquée dans ce qui se fait et juste de subir ». C3 a un réel questionnement sur son positionnement au sein de son établissement.

- C6 évoque une perte de sens par la mise en place d'une direction type « industrielle » qui ne correspond pas forcément aux valeurs soignantes : « à l'époque c'était un médecin qui était à la tête de l'hôpital, mais un médecin impliquait aussi qu'il avait cette empathie pour le patient et cette empathie pour le patient il l'avait aussi pour le personnel et du coup le personnel s'impliquait davantage [...], cette notion d'empathie a été complètement perdue à partir du moment où on a mis des directeurs qui étaient finalement directeur de Leclerc avant et qui allaient diriger un hôpital après ».
- Aucun cadre interrogé nous a indiqué avoir reçu des objectifs en terme de performance de la part de leur direction, environ 50% ne sont pas ou très peu associés aux décisions stratégiques.

Ce manque de vision partagée engendre des problématiques de reconnaissance pour les professionnels du bloc opératoire. Le manager de bloc, doit avoir toute légitimité, le soutien et les outils nécessaires pour amener cette vision : « après il faut aussi qu'il y ait une volonté institutionnelle que ça avance [...], si on est seule à se bagarrer pour que ça avance, à un moment on s'épuise et on s'en va » (C3).

2.2.4.2. *La mise à disposition de moyens*

Pour pouvoir être performant les cadres de bloc demandent des moyens au regard de leurs activités : des logiciels performants, du personnel compétent et en nombre suffisant, du matériel couvrant toutes les activités du bloc opératoire.

C3 a des difficultés à appréhender la performance du fait d'un volume d'activité conséquent : « le volume n'est pas un frein mais un écueil à la performance, c'est-à-dire que finalement il faut avoir les moyens en relation avec le volume d'activité ».

C05 : « en frein, il faut déjà avoir les outils pour travailler ».

2.2.4.3. *La mise en adéquation des compétences et de l'acte technique*

De plus en plus de technologies sont introduites dans les blocs opératoires et permettent au chirurgien d'accroître la performance de l'acte chirurgical au bénéfice du patient. Toutefois cette technologie demande de plus en plus de compétences techniques pour appréhender le fonctionnement du matériel biomédical. Ce constat est pour C1 le principal frein à la performance : « la complexité aujourd'hui c'est les multiplications des outils au niveau

biomédicaux sur certaines interventions qui sont de plus en plus spécialisées et puis après c'est de mettre en adéquation ces interventions avec le niveau de formation des équipes ».

2.2.4.4. *La chirurgie ambulatoire*

Aujourd'hui l'évolution des techniques opératoires et anesthésiques permettent aux actes de plus en plus complexes de basculer de l'hospitalisation vers l'ambulatoire. La prise en charge du patient au bloc opératoire se voit modifier, demandant de programmer les patients en début de vacation pour permettre le temps de repos post opératoire requis avant la sortie du patient. Ce temps, dépend de l'acte en lui-même, et peut varier de moins d'une heure à environ six heures, voire plus. Réel problème pour les opérateurs de vacations d'après-midi, qui ne peuvent programmer plusieurs interventions en ambulatoire sous peine de ne pouvoir assurer la sortie du patient en fonction du temps post opératoire requis en UCA : « le service de chirurgie ferme à 19 h et ce n'est pas extensible jusqu'à minuit par exemple [...], il faut respecter certaines règles ». (C4)

Une autre problématique est de pouvoir assurer un taux de rotation en UCA permettant de libérer la place nécessaire aux patients programmés en vacations d'après-midi : « ce n'est pas possible de faire de la rotation dès lors que c'est des interventions qui nécessitent une surveillance dite longue » (DSI 2).

2.2.4.5. *La conduite du changement*

Deux cadres évoquent la résistance au changement comme frein à la performance et la difficulté de faire comprendre la nécessité du changement aux professionnels de santé.

C2 préfère initier le changement lentement pour ne pas bouleverser le personnel : « le changement, ce n'est pas facile [...] moi j'arrête tous les jours parce qu'il faut que les gens aient le temps de comprendre » (C2)

La résistance au changement pour C4 émane surtout des opérateurs qui ne voient que leurs activités, leurs contraintes personnelles et s'opposent aux changements qui ne sont pas en faveur de leurs organisations personnelles : « c'est la résistance aux changements, les contraintes personnelles de chacun, je parle surtout des opérateurs [...] dès qu'on ne fait pas comme ils veulent c'est forcément un frein à la performance ».

2.2.5. Synthèse

A partir des différents entretiens réalisés avec les cadres de bloc opératoire, nous pouvons synthétiser, par un schéma, les conditions de réalisation de la performance pour les cadres de bloc opératoire.

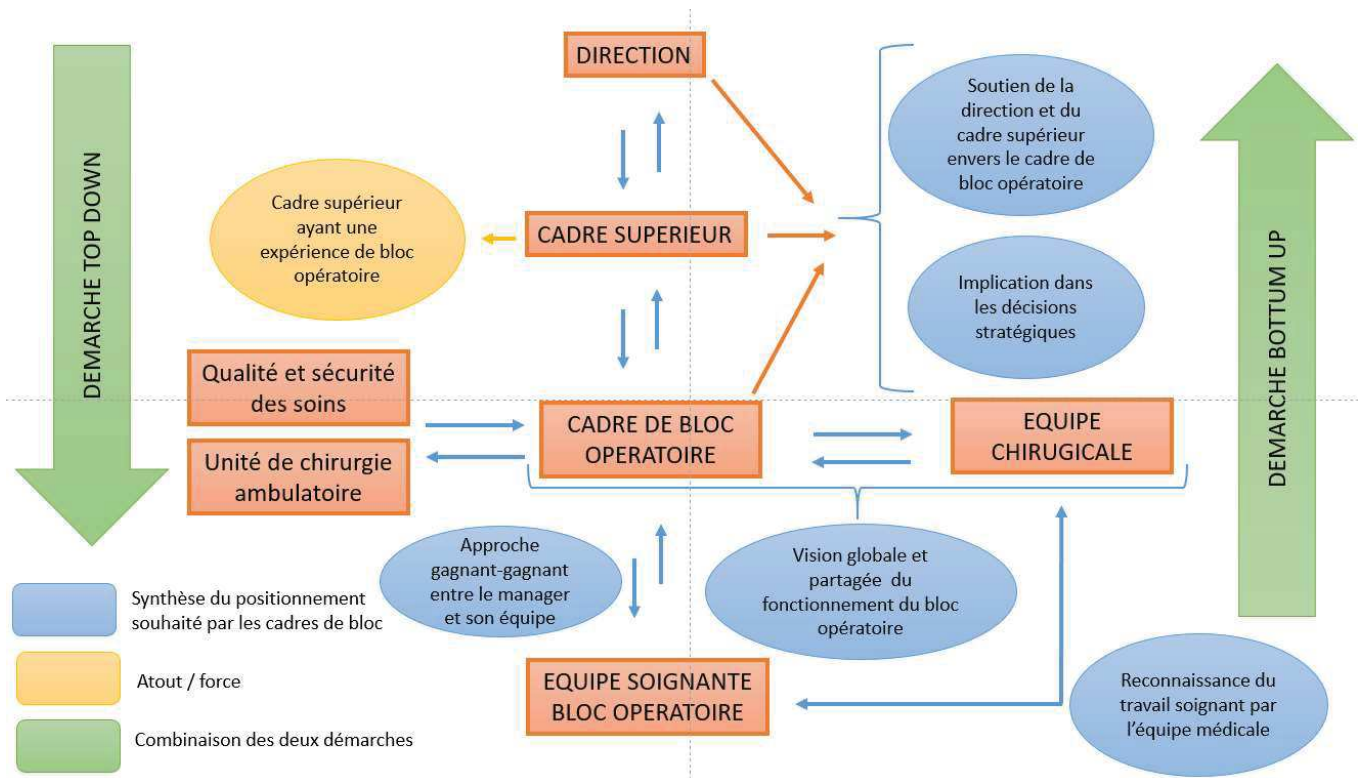


Figure n°5 : les conditions de la performance décrites par les cadres de bloc opératoire

Cette partie nous permet de nous rendre compte des différents sujets de préoccupations des cadres, ce dont ils ont besoin pour être performants.

Dans le 3ème chapitre de cette étude nous allons émettre des recommandations managériales ; lors des entretiens aucun cadre n'a réellement parlé de leur positionnement au sein de la performance, nous l'évoquerons dans un premier point. Dans un second temps nous émettrons des recommandations relatives aux dimensions de la performance pour finir par une perspective pouvant être une réponse à l'optimisation des moyens recherchés par les cadres de bloc opératoire.

3. RECOMMANDATIONS MANAGERIALES RELATIVES AU PILOTAGE DE LA PERFORMANCE AU BLOC OPERATOIRE

3.1. Un pilote dans le bloc opératoire

La gestion d'un bloc opératoire est un processus complexe nécessitant la mobilisation de toutes les parties prenantes. Au centre de ce processus on retrouve le cadre de bloc opératoire, pour obtenir une unité la plus performante, il devra se positionner en véritable leader pour parvenir à orchestrer les différents acteurs.

3.1.1. Le leadership

Le leader est porteur d'une vision, il encourage les acteurs à évoluer vers un cap souhaité en assurant une cohésion entre tous les acteurs. Cette manœuvre passe par le dialogue : communiquer pour rassembler et donner du sens.

Un leader doit être authentique, s'effacer au bénéfice des enjeux collectifs mais également savoir garder ses positions face aux acteurs forts de son unité quand elles sont justes, conformes à la réglementation et en faveur du fonctionnement global de son unité.

De plus, un leader est un manager qui est dans l'action et qui est capable de porter des projets, conduire le changement. Le cadre de bloc devra être en capacité d'effectuer du micro management au plus près de ses équipes pour ne pas perdre l'aspect empirique de sa fonction tout en combinant du macro management afin de parvenir à amener des transformations nécessaires au fonctionnement de son unité.

Lors des entretiens, les cadres de blocs opératoires ont souvent évoqué une performance horizontale comme décrit dans le cadre conceptuel, à cette dernière nous rajouterons la « juste place » du manager de bloc pour piloter et performer. Son positionnement est un atout puissant en terme de performance pouvant l'amener à établir une dynamique coopérative.

3.1.2. La recherche d'une dimension collaborative

Aujourd'hui, le manque de vision partagée paralyse le fonctionnement du bloc opératoire, une collaboration entre tous les professionnels est essentielle pour y pallier. Les pratiques managériales représentent l'essence même de la capacité d'un bloc opératoire à confédérer

les acteurs autour d'une représentation commune de la performance. Le cadre de bloc opératoire, lui, est au centre de cette logique coopérative et doit être en mesure de dynamiser cette collaboration :

Avec son équipe :

Le cadre de bloc devra porter une attention particulière à ses équipes, développer un sentiment d'appartenance en créant un climat de confiance, non conflictuel basé sur le respect. Cette attention particulière nourrira la motivation des équipes et apportera au manager des bases opérationnelles solides sur lesquelles il pourra s'appuyer pour construire son activité.

La mise en place de référent IBODE par spécialité est une approche intéressante, elle permet de responsabiliser les équipes, leur donne un champ d'autonomie et devient le lien privilégié entre le chirurgien et le manager pour l'aspect technique de la profession. Les actes de plus en plus pointus, l'évolution constante des techniques opératoires font que le manager peut vite se sentir dépassé. Le cadre de bloc doit savoir céder cette place de technicien à son équipe tout en s'appuyant sur ces référents, pour cela il doit être en capacité de repérer les potentiels dans son équipe.

Cette approche à un autre avantage, celui de renforcer les relations entre les IBODE et les opérateurs par le biais d'une collaboration concernant les actes techniques, les besoins en matériels, les problématiques récurrentes rencontrées dans la salle opératoire même.

Face au manque de personnel IBODE-IADE, la délégation des tâches afférentes est essentielle comme l'ont déjà entreprise certaines structures pour les replacer au cœur de leur métier.

Avec l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA)

Une coordination quotidienne entre le cadre de l'UCA et du bloc opératoire est indispensable pour planifier les ordonnancements des interventions en fonction du nombre de place en UCA, du temps requis pour effectuer la mise à la rue en sécurité en post opératoire. Un consensus entre les impératifs de l'UCA et le bloc opératoire doit parfois être trouvé en fonction des impératifs de chaque unité (disponibilité des compétences, du matériel...).

Pour que les deux entités bloc opératoire-UCA puissent collaborer de façon optimale la durée des chemins cliniques doit être préalablement défini :

- parcours ultra-court permettant des rotations supérieures à 2.
- parcours court : taux de rotation supérieur à 1.
- parcours long ne permettant pas d'effectuer de rotation.

Ce travail demande la collaboration du corps médical et l'implication du président de l'UCA. Cette organisation doit être facilitée par la mise en place de logiciels de programmation incluant la gestion des lits en UCA. L'amplitude d'ouverture de l'UCA doit également être cohérente avec les vacations opératoires.

Pour parvenir à cette gestion, la participation du cadre de l'UCA aux réunions hebdomadaires de régulation du programme opératoire et aux conseils de bloc mensuels est requise.

Avec la direction :

Les décisions stratégiques doivent se faire en concertation entre la direction et le manager de bloc. Le cadre de bloc, qui possède des connaissances techniques et organisationnelles dans le domaine du bloc opératoire, est un atout sur lequel le directoire doit pouvoir s'appuyer. La mise en place d'un cadre supérieur de santé, ayant des connaissances relatives au fonctionnement d'un bloc opératoire, permet au manager de bloc d'avoir un appui intéressant, facilitant le dialogue avec le directoire sur les différentes problématiques qu'il rencontre. Pour positionner le manager de bloc entre l'opérationnel et la stratégie, la direction doit pouvoir adopter en fonction des mesures une démarche top down et bottom up.

De plus, un soutien de la direction envers le cadre de bloc dans les actions prises, les problématiques face au non-respect des règles, est primordial pour que le manager obtienne la légitimité nécessaire pour piloter.

Avec les praticiens :

Cette approche collaborative pour amener une vision partagée des enjeux est une chose difficile à façonner, les praticiens ayant peur de perdre leurs acquis et de ce fait en oublient les enjeux. Pour y parvenir des objectifs doivent être mis en place entre la direction, les praticiens et le manager de bloc par le biais du projet d'établissement.

De plus, le cadre de bloc devra trouver, en sus du directoire, des appuis légitimes au sein du corps médical, dans le meilleur des cas avec le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) qui est reconnu par ses pairs et a toute autorité envers ses confrères. La mise en place d'un conseil de bloc mensuel et d'une cellule de régulation hebdomadaire ayant des pouvoirs de régulation de l'activité sont essentiels au manager pour obtenir des indicateurs d'activités conformes aux recommandations de l'ANAP et pouvoir tendre vers l'efficience. Avec des appuis forts ayant une vision partagée des enjeux du bloc opératoire le manager pourra planifier, programmer et réguler au mieux l'activité du bloc opératoire.

Cette dimension collaborative donne du sens aux professionnels, aux équipes et permet de tendre vers une performance globale de la prise en charge du patient et du fonctionnement d'un bloc opératoire. Cette collaboration n'est pas aisée à mettre en place et le cadre de bloc opératoire devra faire de nombreux compromis pour parvenir à cette coopération.

3.1.3. Cadre de bloc opératoire, une vie de compromis

Un cadre de santé, plus particulièrement au bloc opératoire se retrouve entouré d'acteurs forts du système de santé et est en lutte contre les changements de paradigmes amenés par les réformes, les changements de pratiques, les évolutions technologiques.

Pour parvenir à performer le cadre de bloc doit continuellement faire des compromis, entendre les impératifs de chacun et jongler au centre de ces influences pour donner la juste mesure :

- Avec les équipes, qui doivent constamment s'adapter à l'activité, alternant heures supplémentaires et journées de repos compensatoire. Pour parvenir à stabiliser son équipe, le cadre devra mettre en place une démarche gagnant-gagnant en facilitant par exemple les plannings, en contrepartie de dépannage de dernière minute.
- Avec le corps médical, qui n'a souvent que peu de temps à accorder au manager au regard de leur journée chargée, ce dernier devra trouver les moments opportuns pour obtenir leur participation.
- Avec la direction, le manager doit trouver le juste milieu entre l'approche d'une direction à vision souvent financière et les impératifs du terrain. Le manager, tiraillé entre ces deux mondes, doit être en capacité de faire le lien, d'amener les problématiques mais doit pouvoir accepter les changements nécessaires à l'évolution de son unité.

Le cadre de bloc opératoire devra trouver cette juste place, qui passe par des moments forts pour défendre ses positions tout en étant en mesure d'entendre les impératifs de gestion d'un bloc opératoire.

3.1.4. Le pilotage du bloc opératoire par la gestion de projet

Encore bien trop souvent les managers de blocs opératoires se voient imposés des projets sans concertation préalable, ils ne peuvent alors en comprendre précisément le processus et la finalité. Des décisions hâtives, des projets à mettre en place rapidement sont gages d'échecs

et sont mal vécus par les managers qui se sentent contraints et manquent de temps pour mettre en place correctement les projets, impliquer les équipes, expliquer et donner du sens. En incluant les cadres de santé dans la gestion de projet, en leur donnant des missions précises, le temps nécessaire, les conditions de réussites sont réunies pour obtenir un projet abouti. La position centrale du cadre de bloc opératoire, à la jonction entre les équipes, la direction et le corps médical lui donne une position intéressante pour conduire des projets.

3.1.5. La formation

Un leader est souvent perçu comme un expert, pour garder cette posture le cadre de bloc opératoire n'aura cesse de se former tout au long de sa carrière.

Le domaine de la santé et plus précisément des activités d'un bloc opératoire évoluent à une vitesse vertigineuse. Les techniques chirurgicales, les réformes, peuvent vite amener un cadre de bloc opératoire vers un seuil d'incompétence. Pour cela, le manager devra être curieux, effectuer de la veille pour anticiper les évolutions du secteur opératoire et tendre vers l'innovation.

La démarche idéale est de continuer à se former en recherchant des formations opérationnelles en lien avec les activités du bloc opératoire tout en associant des formations permettant de comprendre l'environnement global du monde de la santé lui permettant de participer aux discussions stratégiques. L'obtention de connaissances, de méthodologies, d'outils pour conduire par exemple des projets ou des conduites de changements est intéressante pour permettre au manager de se positionner dans une démarche prospective. Ainsi, le cadre ne perd pas en compétences et continue à avoir une légitimité auprès de l'ensemble des acteurs que composent le bloc opératoire et le directoire, cet état renforce son positionnement dans son organisation.

3.2. Le tableau de bord Balanced Scorecard adapté au bloc opératoire ?

Le tableau prospectif de Kaplan et Norton est un outil intéressant d'un point de vue de l'approche multidimensionnelle de la performance. L'avantage, dans un environnement où la performance économique est au centre des attentions, est que le Balanced Scorecard pose l'axe financier comme une dimension de la performance parmi les autres.

- La perspective client renseigne le patient, d'une part en prenant en compte ses attentes spécifiques et d'autre part en étant récepteur des exigences de performances issues des pouvoirs publics.

Exemples d'indicateurs : satisfaction du patient, indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales, ...

- La perspective processus interne s'attache à analyser les activités du bloc opératoire. Exemples d'indicateurs : TVO, TROS, TD, taux d'urgences, de déprogrammation
- La perspective financière comprend l'analyse des coûts des interventions, les dépenses de consommables, des dispositifs médicaux, les achats, les investissements....
- La perspective apprentissage organisationnel prend en compte les compétences et la convergence de l'ensemble des acteurs du bloc opératoire vers des mêmes objectifs. Exemples d'indicateurs : nombre de formations, ratio IBODE-IDE et IADE-médecin anesthésiste par vacation, suivi des acquisitions des compétences par spécialité, suivi de l'adéquation des compétences au regard des spécialités,...

Toutefois le Balanced Scorecard présente le défaut d'une démarche top down non adaptée au bloc opératoire. Les actes complexes qui s'y déroulent, couplés à un environnement clos demandent un pilotage en faveur d'une démarche top down et bottom up, que ce soit le manager avec son équipe mais également entre le manager et la direction selon une logique coopérative que nous avons vu précédemment.

Nous nous attarderons, au prochain paragraphe, sur l'aspect financier qui semble être au bloc opératoire l'axe le moins développé, au regard des informations recueillies lors des entretiens.

3.3. L'approche financière

Pour que cette démarche puisse aboutir, l'approche financière devra s'affranchir de la connotation négative dont elle fait l'objet. L'outil intéressant pour y parvenir est la CAH, elle permet de comprendre les chiffres, de les analyser et d'ouvrir le dialogue, les établissements de santé doivent tendre vers son instauration.

3.3.1. Mise en place d'un dialogue de gestion

La question financière reste encore trop souvent étrangère aux praticiens qui ont comme objectif le meilleur résultat obtenu pour leur patient par le biais d'actes techniques de plus en plus performants et coûteux. Concomitamment, la T2A, l'élaboration d'un Etat

Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) demandent aux établissements une analyse micro-économique, l'établissement doit donc avoir accès à des éléments de calculs au plus près des activités opérationnelles.

La convergence des objectifs financiers entre le directoire, les chirurgiens, le cadre de bloc opératoire peut se faire par la mise en place d'un dialogue de gestion. La diffusion des chiffres des activités d'un établissement de santé, leurs comparaisons permettent une sensibilisation des professionnels, y compris les moins enclins aux changements. Le dialogue de gestion permet d'impliquer les parties prenantes, amène, selon une logique coopérative, une recherche de solutions collectives en analysant les résultats et en prenant des mesures correctives.

La mise en place de la fonction de contrôleur de gestion prend tout son sens et permet d'apporter ces éléments chiffrés précis aux différents acteurs. Ce dernier, grâce à la CAH, sera à même de mettre en relation le coût d'une intervention avec la DMS, définir le coût du personnel, le coût d'une journée d'hospitalisation. L'obtention de ces éléments chiffrés sont nécessaires pour permettre à la cellule que nous allons décrire de réaliser des analyses des activités au plus juste.

3.3.2. Mise en place d'une cellule d'analyse médico-économique

L'outil idéal, très peu répandu au vu des entretiens, est la création d'une cellule d'analyse médico économique composée des parties intéressées comme le directeur, le responsable du Programme de Médicalisation des Systèmes d'information (PMSI), le contrôleur de gestion, le pharmacien, la cadre de bloc opératoire à minima. En travaillant sur le coût des interventions, le GHS et la DMS chaque partie pourra apporter ses compétences pour obtenir des chiffres précis et pertinents sur le coût réel des interventions. Ces éléments chiffrés pourront permettre de travailler sur la DMS avec le corps médical au regard du GHS perçu et par la même, répertorier les interventions susceptibles de basculer vers une prise en charge en ambulatoire, après une étude de faisabilité.

Ces différentes analyses chiffrées permettent d'ouvrir le dialogue de gestion avec les opérateurs et de travailler ensemble sur les pratiques afin d'éliminer les gaspillages et tendre vers une rentabilisation des diverses activités.

3.3.3. Le défi de la mutualisation

La mutualisation du matériel, des équipements au bloc opératoire permettent de gérer les ressources de manière efficiente en réduisant les stockages, en apportant un volume de consommable à appréhender. Les fournisseurs proposent des remises de fin d'année en fonction du volume consommé ce qui ne rend pas négligeable la prise en compte de ce gain potentiel.

La difficulté consiste à faire adhérer les opérateurs vers l'utilisation de mêmes dispositifs médicaux, prothèses... Objectif parfois difficile à atteindre, chaque opérateur ayant ses habitudes, d'où l'importance du dialogue de gestion, d'appui légitime de la direction pour faire converger les opérateurs vers cet objectif.

3.4. La mise à disposition de moyens

Comme nous l'avons vu en deuxième partie les cadres de bloc demandent des outils pour piloter, nous pouvons en citer quelques exemples :

- Logiciel permettant de visualiser le programme en temps réel, à partir de la consultation opératoire chirurgicale, couplé à une gestion des lits d'hospitalisation et surtout de l'UCA.
- Logiciel composé d'indicateurs définis par l'ANAP.
- Logiciel de gestion des stocks.
- Logiciel d'analyse du coût des interventions permettant, par un suivi des dispositifs médicaux consommés en salle d'opération, de définir le coût réel d'une intervention.

Ces logiciels visent à améliorer la gestion du bloc opératoire, des différentes unités de soins et des fonctions supports comme la pharmacie. Ils contribuent, par une meilleure gestion des flux et des ressources à amener des économies au travers d'une efficacité organisationnelle.

3.5. Démarche qualité et gestion des risques

Cette démarche offre une garantie que les restrictions financières, les comportements, les pratiques n'entraînent pas une diminution de la qualité et de la sécurité des soins et participe à une démarche d'amélioration continue. Pour qu'elle soit la plus optimale possible cette démarche doit être régulière et constante.

3.5.1. La pertinence des soins

La pertinence des soins est une mesure prise par le gouvernement pour réduire les coûts. Un soin est jugé pertinent s'il correspond aux besoins des patients tout en respectant la réglementation, les sociétés savantes. Le constat de pratiques différentes peut engendrer une augmentation des risques encourus par les patients, un soin jugé pertinent peut ne plus l'être dans le futur en fonction des avancées technologiques.

« 10 interventions chirurgicales »³² ont d'ores et déjà été sélectionnées selon les recommandations de l'HAS pour être évaluées. Les cadres de bloc agissent et sont sensibles à l'optimisation d'un bloc opératoire, cependant les cadres n'ont pas d'actions directes sur la pertinence des soins qui dépend en majeure partie des opérateurs (le bon acte, la bonne prescription...). Cette démarche pourrait être une réponse complémentaire à la performance organisationnelle, à laquelle s'attachent les cadres de bloc opératoire.

3.5.2. La gestion des risques

La définition et la maîtrise des risques dans un environnement technique comme le bloc opératoire sont primordiales. Un travail en partenariat avec la qualité doit amener le manager à promouvoir une culture qualité au sein de son unité. Cette démarche permet de gérer les risques à priori et de mettre des actions préventives pour éviter tout risques d'évènements indésirables majeurs.

En amenant cette culture du risque le manager pourra réaliser des actions en partenariat avec les acteurs du bloc, s'appuyer sur un compte qualité demandé par l'HAS, travailler sur des évènements récurrents pour améliorer les pratiques et obtenir le niveau de maîtrise acceptable au regard de la criticité du risque.

3.5.3. La certification HAS

L'outil qui pourrait permettre de prendre ce virage se trouverait-il dans la prochaine visite de certification V2020 ?

La nouvelle version continue de s'appuyer sur le parcours patient en intégrant la pertinence des soins. La certification, qui a une volonté d'être au plus proche du terrain pour analyser

³² La pertinence des soins. Ministère des Solidarités et de la Santé. <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/pertinence-des-soins-10584/pertinence>

les pratiques pourra, par ce moyen, faire tendre les établissements et les opérateurs vers un parcours patient qui se veut être au « plus juste ».

La pertinence de soins inclus dans la certification V2020 s'imprègne du concept du Lean management.

3.6. Une piste : le Lean management

Bien que peut ancré dans notre système hospitalier, le Lean management issu de l'industrie automobile pourrait être une solution afin de permettre une meilleure utilisation des ressources rares à disposition et répondre à un environnement en constante évolution.

Le Lean se définit comme « une méthode de management qui vise l'amélioration des performances de l'entreprise par le développement de tous les employés. La méthode permet de rechercher les conditions idéales de fonctionnement en faisant travailler ensemble personnel, équipements et sites de manière à ajouter de la valeur avec le moins de gaspillage possible. Le double objectif du Lean management est la satisfaction complète des clients de l'entreprise et le succès de chacun des employés»³³.

Malheureusement le Lean est souvent restreint à sa transcription française « maigre » et est utilisé à mauvais escient pour réduire les coûts, ce concept n'a, par cette approche pas bonne presse auprès des professionnels. Pourtant le Lean est un concept bien plus complexe, et utilisé à bon escient, il permet d'éliminer les pertes et les gaspillages dans le but d'améliorer le flux des patients, de l'information et des biens.

Dans le milieu hospitalier et plus particulièrement au bloc opératoire le Lean est une réponse au défi de mutualisation, de la réduction des stocks et de l'amélioration du parcours du patient. Il permet donc d'utiliser au mieux les ressources nécessaires à l'activité, d'être plus efficace quotidiennement et apporte une démarche d'amélioration continue. Ce concept permet aux cadres, devant piloter avec des ressources restreintes, de trouver des solutions tout en améliorant la prise en charge du patient.

3.7. Synthèse

Pour conclure, nous avons par l'intermédiaire de l'outil Ichikawa, répertorié tous les éléments que devraient avoir un cadre de bloc opératoire à sa disposition pour obtenir une performance globale pour l'ensemble des axes auxquelles réfère sa fonction.

33. La définition du Lean management.<http://www.operaepartners.fr/la-definition-du-lean-management/>

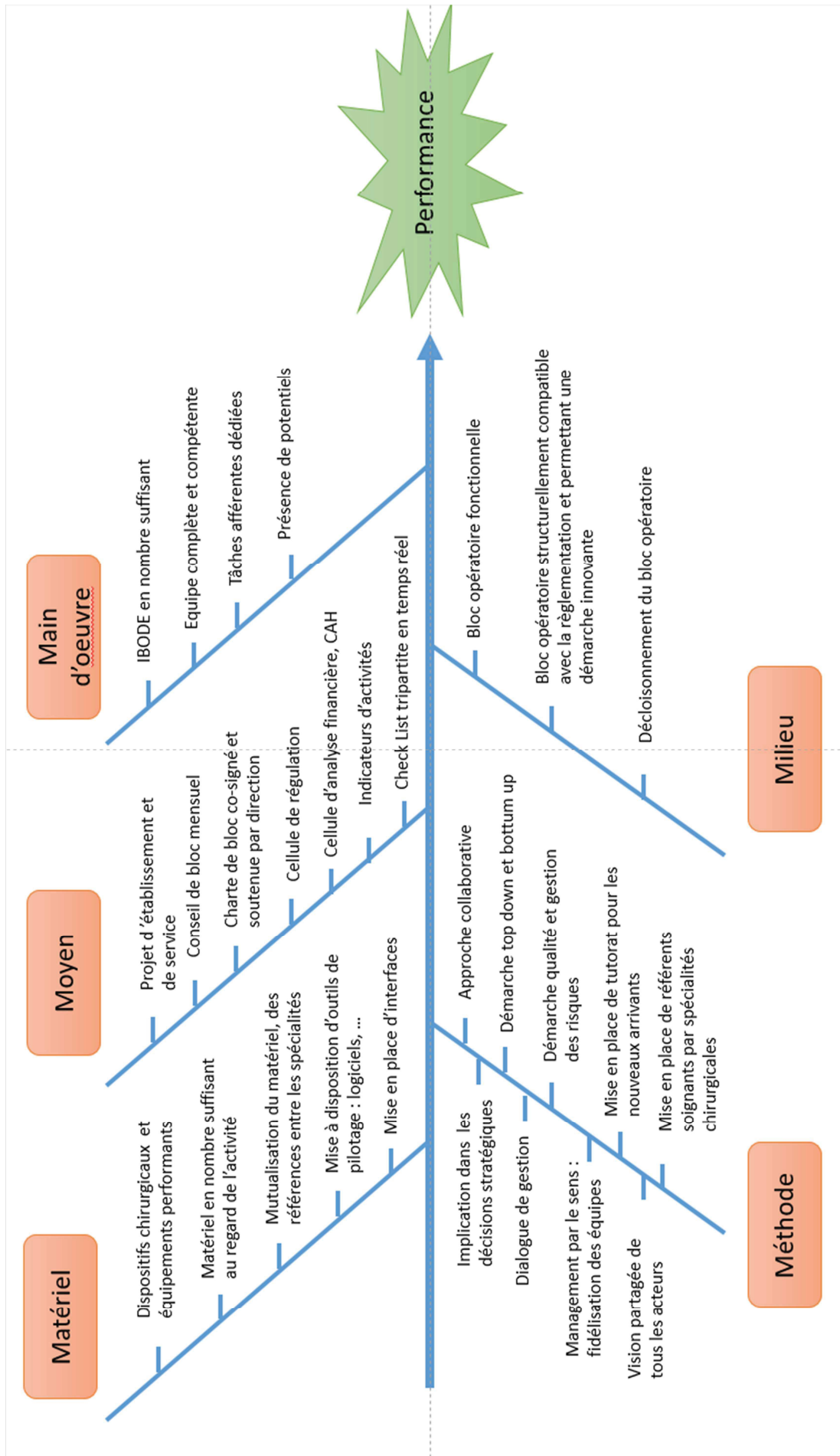


Figure n°6 : Synthèse des besoins des cadres de bloc opératoire pour performer

CONCLUSION

Performance économique et sécurité des soins peuvent-elles être complémentaires aujourd'hui ? L'association de ces deux volets est possible en instaurant une confiance entre les différents niveaux hiérarchiques, les différentes parties prenantes.

Tous les acteurs de santé doivent et devront dans les années à venir être capable de dépasser leur activité, leur acquis, leur fonction pour préserver notre système de santé qui se trouve fragilisé. La performance sera d'arriver à développer une vision commune, de la communiquer et avoir des managers qui pensent pouvoir faire mieux différemment, sans forcément tout bouleverser, en amenant les changements avec intelligence. L'affranchissement des habitudes est nécessaire pour pouvoir lire l'environnement du monde de la santé, du bloc opératoire et comprendre vers quoi il doit tendre pour performer. Dans ce travail nous avons beaucoup parlé des multiples dimensions de la performance qu'elles soient organisationnelles ou financières, cependant le cadre de bloc opératoire devra veiller à ce que les restrictions financières, les transformations induites par les différentes instances gouvernementales n'imputent pas la qualité et la sécurité des soins. DSI 2 compare un bloc opératoire à un aéroport avec des avions à remplir pour qu'ils ne volent pas à vide puisqu'un avion à moitié vide coûte plus qu'il ne rapporte. Nous devons être vigilant, nous professionnels et ne pas omettre qu'au bloc opératoire les passagers sont des patients, des patients qui viennent avec leurs angoisses et leurs attentes. Même dans un environnement clos comme le bloc opératoire un temps relationnel pour le patient est parfois nécessaire. Les calculs de rentabilité, la mesure des temps inter interventions, les programmes opératoires qui débordent amènent les acteurs à des prises en charge de plus en plus rapides, pouvant aboutir à une deshumanisation des relations et des comportements au bloc opératoire. Le manager devra veiller à ce que ce temps soit conservé et respecté et ne pas rentrer dans la course à l'efficacité, aux contraintes budgétaires au détriment du patient, de la qualité de vie au travail, de la qualité technique et des valeurs soignantes.

Sur ces différents aspects, le manager devra faire preuve de savoir-faire et d'agilité.

Epilogue

Au final, je ne pensais certainement pas que le choix de ce sujet serait aussi bénéfique pour ma pratique professionnelle. D'une part le fait d'avoir pu m'entretenir avec les divers cadres de bloc opératoire de la région m'a apporté un avantage dans ma pratique, surtout envers le corps médical pouvant discuter mes choix de régulation d'activité en me vantant les mérites organisationnels de tels ou tels établissements, d'autre part les informations que j'ai pu recueillir m'ont mises dans une posture intéressante au regard de ma direction en recherche de comparaisons de pratiques et de fonctionnements des autres structures hospitalières.

Alors suis-je satisfaite de la performance de mon unité ? Je peux dire qu'il y encore des pistes d'améliorations, ce travail de recherche m'a permis d'en prendre conscience et que moi-même, tout comme les différents cadres de bloc opératoire avons les mêmes problématiques, souvent dues à un manque de vision partagée, de collaboration et de soutien. Ces échanges m'ont permis de comprendre précisément ce dont j'ai besoin pour parvenir à obtenir une unité plus performante, ce que je dois faire et comment le faire.

Cette année universitaire qui s'achève va me redonner le temps pour me recentrer pleinement sur mon activité professionnelle et me permettre de mettre en œuvre toutes les recommandations que j'ai pu émettre, certaines d'entre elles sont d'ailleurs déjà en cours d'application !

Bibliographie

Ouvrage

MINTZBERG Henry. Manager : l'essentiel : ce que font les managers... et ce qu'ils pourraient faire mieux. Paris : Vuibert. 2014. 183 pages.

RITTER Philippe. Mission de préfiguration de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicaux sociaux (ANAP). Rapport de mission. Ministère de la santé, de la jeunesse, Des sports et de la vie associative. 2008. 46 pages

FERMON Béatrice, GRANDJEAN Philippe. Performance et innovation dans les établissements de Santé. Paris : Dunod. 2015. 456 pages.

LORINO Philippe. Méthodes et pratiques de la performance. Editions d'Organisation. 3ème édition. 2003. 520 pages.

Thèse :

BONVOISIN Frédéric. Evaluation de la performance des blocs opératoires : du modèle aux indicateurs. 2011. 170 pages. Thèse d'obtention du grade de Docteur de l'Université de Valenciennes et du Hainaut Cambrésis. Université de Valenciennes et du Hainaut Cambrésis.

TEIL Alice. Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière. 2002. 394 pages. Thèse de doctorat des sciences de gestion. Université Jean Moulin – Lyon 3.

CHAABANE Sondes (2004). Gestion prédictive des blocs opératoires. Thèse Sciences de l'ingénieur. INSA de Lyon. 204 pages.

Article :

Bessire, Dominique. Définir la performance. Comptabilité Contrôle Audit. Sep1999, Vol. 5 Issue 2, p127-150.

BOURGUIGNON Annick. Sous les pavés de la plage... ou les multiples fonctions du vocabulaire comptable : l'exemple de la performance. Comptabilité - Contrôle – Audit. 1997/1 tome 3. p.89-101.

LEBAS M. Oui, il faut définir la performance. Revue Française de Comptabilité. 1995 juillet- août. pp. 66-71.

PESQUEUX Y. La notion de performance globale. *Forum international Ethics*. Déc 2004. p.14

CHOFFEL Denis, MEYSSONIER François. Dix ans de débats autour du Balanced Scorecard ». Comptabilité-Contrôle- Audit, vol tome 11, n°2. 2005. p 61-81.

KRICHEN Mona, AFTIMOS Mona, GATECEL Claire. Renouveler l'approche de la performance hospitalière : regards croisés sur le bloc opératoire. ANAP. Risques et qualité, volume XIII, n°4. 2016.

CHAABANE.S, MESKENS.N, GUINET.A, LAURENT.M. Comparaison des performances des politiques de programmation opératoire. Logistique et management, vol 15 n°1. 2017. 26 pages.

Webographie :

Dictionnaire de français Larousse (Consulté le 2 février 2018)

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/performance/59512>

GODEFROY Frédéric. Lexique de l'ancien français/30 – Wikisource (Consulté le 4 février 2018)

https://fr.wikisource.org/wiki/Lexique_de_l'ancien_français/30

JACQUET Stéphane. Management de la performance : des concepts aux outils. (Consulté le 5 février 2018).

https://creg.ac-versailles.fr/IMG/pdf/Management_de_la_performance_des_concepts_aux_outils.pdf

OMS. Communiqué de presse : Rapport sur la Santé dans le Monde 2000. (Consulté le 10 février 2018)

www.who.int/whr/2000/media_centre/press_release/fr/

Bloc opératoire. Partager les solutions organisationnelles pour la performance des blocs opératoires. (Consulté le 15 février 2018)

<http://bloc-operatoire.anap.fr/>

ANAP. Restitution du 3ème cercle blocs opératoire. Y-a-t 'il un pilote au bloc opératoire ?. (Consulté le 23 mars 2018)

https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj1vejR_4DaAhWGVAKHf2bDLMQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.anap.fr%2Fressources%2Frestitutions%2Fdetail%2Factualites%2Frestitutions-du-3eme-cercle-blocs-operatoires-y-a-t-il-un-pilote-au-bloc-operatoire%2F&usg=AOvVaw328KJLzS5jQpKRCVXf2Jz0

Ministère de la solidarité et de la santé. Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière. (Consulté le 25 mars 2018)

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/GUIDE_CAH___BOS_2011-3.pdf

Sécurité sociale. Renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses. (Consulté le 26 mars 2018)

<http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indic4-12-pqemaladie.pdf>

HAS. Le compte qualité. (Consulté le 25 mars 2018)

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1616601/fr/le-compte-qualite

La pertinence des soins. Ministère des Solidarités et de la Santé. <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/pertinence-des-soins-10584/pertinence> (consulté le 20 juin 2018)

Construire un programme adapté à l'activité de son bloc opératoire.

<http://bloc-operatoire.anap.fr/publication/1376-construire-un-programme-adapte-a-l-activite-de-son-bloc-operatoire>. (Consulté le 1er juillet 2018)

La définition du Lean management. (Consulté le 29 juillet 2018)

<http://www.operaepartners.fr/la-definition-du-lean-management/>

Mission Groupements Hospitaliers de Territoire. (Consulté le 9 août 2018)

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_intermediaire_Mission_GHT_definitif.pdf

Panorama de la santé 2017 : Indicateurs de l'OCDE (Consulté le 21 août 2018)

<http://www.oecd.org/france/Panorama-de-la-sant%C3%A9-2017-Principaux-r%C3%A9sultats-FRANCE.pdf>

Adapter la mise en œuvre du projet d'établissement. (Consulté le 25 août 2018)

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/projet_etablissement_-_accompagnement_personnes_agees.pdf



Grille d'entretien

Interviewer :
 Personne questionnée :

Identité de la personne questionnée et de l'établissement associé

Fonction occupée :

Quel âge avez- vous?

< 30 ans 30 - 39 ans 40 - 49 ans > 50 ans

Sexe : Homme Femme

Dans quel secteur hospitalier travaillez- vous ?

Public Privé à but lucratif Privé à but non lucratif

Depuis combien d'années exercez-vous la fonction cadre bloc ?

Avez-vous occupé cette fonction dans d'autres établissements ? Oui Non

Etes-vous responsable d'une autre unité au sein de votre établissement?

Oui Non

Si oui lesquelles?

Quelles sont vos fonctions transversales au sein de l'établissement?

Etes-vous secondé dans votre fonction de cadre de bloc ? Oui Non

Si oui quelles sont les fonctions de votre assistant(e) ?

Quels sont vos diplômes pour exercer cette fonction?

IDE IBODE IADE Cadre Master 1 Lequel? Master 2 Lequel?
 DU Lequel ? Autres

Nombre de salles opératoires :

Nombre praticiens ?

Les praticiens sont-ils libéraux ou salariés ? Libéraux Salariés

Nombre de salariés ?

IBODE : IDE : IADE : AS : ASH :

Thème 1 : performance en générale

→ Comment définissez-vous la performance ?

→ Plus précisément la performance au bloc opératoire ?

→ Quels sont les moyens mis en œuvre au sein de votre bloc pour améliorer la performance?

Qui est l'instigateur ?

Blocage :

Levier :

Que souhaiteriez-vous mettre en place pour être plus performant?

De quels éléments auriez-vous besoin pour le mettre en place?

→ Selon-vous le bloc opératoire dans lequel vous exercez est-il performant ?

Oui Non

Si oui dans quel domaine?

Si non pourquoi?

→ Identifiez-vous dans votre unité des freins à la performance?

Oui Non

Quels sont-ils?

→ Que doit avoir un cadre de bloc à sa disposition pour insuffler de la performance?

→ Pouvez-vous me relater une performance dont vous êtes la plus satisfaite?

Thème 2 : stratégie

→ Avez-vous des directives en terme de performance de la part de votre direction ?

Oui Non

Si oui, quelles sont-elles?

→ Les directives sont-elles en lien avec le projet d'établissement ?

Oui Non

→ Quel est votre rôle dans les décisions stratégiques concernant votre unité?

→ Avez-vous des objectifs en terme de performance?

→ Globalement êtes-vous soutenu par votre direction dans vos actions quotidiennes, vos projets?

Thème 3 : médico-économique

→ Réalisez-vous des études de coût ?

Oui Non

→ Votre établissement effectue-t-elle une comptabilité analytique?

Oui Non

Thème 4 : opérationnel

→ Pouvez-vous me parler de votre charte de bloc ?

→ Avez-vous un conseil de bloc en activité?

Oui Non

→ Comment vos vacances sont-elles organisées? Sont-elles en adéquation avec l'activité? Sont-elles réorganisées régulièrement?

→ Selon-vous le bloc opératoire reste-t-il un environnement cloisonné? (frein à la performance?)

Oui Non

→ Les différents acteurs du bloc se rendent-ils disponibles pour diverses réunions, actions?

Thème 5 : management

→ Pouvez-vous me parler de votre équipe (compétences, turn over, absentéismes...)

→ Comment mettez-vous en adéquation le personnel avec l'activité?

Thème 6 : pilotage

→ Comment se compose votre tableau de bord pour piloter le bloc?

→ Quels indicateurs de pilotage suivez-vous ?

activités RH qualité

→ Avez-vous au sein de votre établissement une cellule d'aide à la performance?

Oui Non

→ Utilisez-vous des outils de comparaison pour mesurer votre performance (scope santé, Hospidiag, ANAP)

Oui Non

Si oui lequel(s) ?

Entretien établissement n°1 : C1

Première approche de la performance		"La performance au bloc opératoire s'inscrit dans une démarche qualité forte par rapport aux exigences de l'HAS"			
Position managériale au regard de la performance		"après il ne faut pas oublier que la recherche de performance ça ne doit pas aller à l'encontre de la qualité et puis faut savoir s'entendre les uns les autres, c'est-à-dire faut pas exclure la vision du chir sans oublier la vision du financier, de l'administratif. Le manager lui doit gérer entre l'enclume et le marteau."			
Dimensions de la performance	Gestion des ressources humaines	"les compétences IBODE deviennent indiscutables puisqu'en 2019 on a plus trop le choix"	"le temps de formation même sur une panseuse c'est 1 an, 1an ½ avant qu'elle soit à l'aise sur différentes spécialités"	"J'essaie de fidéliser en responsabilisant, avec des référents qui vont gérer leur petites équipes dans leurs spécialités, faire des actions de formations ciblées, des formations flashs et donner un champ d'autonomie plus élargie"	"je les responsabilise et elles vont gérer un peu leur petite entreprise dans leur spécialité, diffuser les informations, faire le lien avec le chirurgien et moi-même"
	Performance financière	Prise en compte du coût de l'intervention en rapport avec le GHS: "oui c'est fait mais pas par moi, c'est la responsable financière qui étudie tout ça"	Avez-vous une alerte sur la non rentabilité de certaines interventions ? "Non pas forcément, après on a un logiciel en salle avec des protocoles informatiques qui nous permet de gérer les consommations"	Avez-vous une comptabilité analytique ? : "Oui c'est fait mensuellement, le service financier qui nous envoie le reporting mensuel et puis ensuite par ce biais là nous on doit donner les commentaires et d'expliquer les chiffres."	"L'enjeu du chirurgien pour son patient ce n'est pas le même que le financier"
Freins à la performance		"c'est la complexité aujourd'hui des multiplications des outils au niveau biomédicaux sur certaines interventions qui sont de plus en plus spécialisées et puis après c'est de mettre en adéquation ces interventions avec le niveau de formation des équipes"		"Aujourd'hui le frein c'est le développement des compétences, avoir du personnel en nombre suffisant pour pouvoir assurer une formation, pour pouvoir répondre aux vacations et aux aléas aussi puisqu'on a des vacations qui s'annulent, se rajoutent"	

Les outils de pilotage	Tableau de bord	"j'ai du factuel, ce qui génère du conflit c'est quand on vient avec des éléments qui ne sont pas factuels"	"Le TROS, le taux réel d'occupation des salles, on a les dépassements opératoires c'est à dire tout ce qui est considéré au-delà de l'heure définit qui doit être inférieur à 5%, valeur cible. Et donc tous ces indicateurs au final vont nous permettre d'avoir un niveau de performance qu'on réévalue en conseil de bloc"	On est sur des taux de dépassements qui sont largement inférieur à 5%, on a un TROS qui est tout pile à 85% donc à la valeur cible.	Autres indicateurs de pilotage : "Oui un pilotage par rapport aux RH grâce à un logiciel qui nous fait remonter tous les jours après que le personnel inscrit leurs horaires, ça nous permet de suivre en temps réel les heures supplémentaires, les congés pour leur faire récupérer en période de baisse d'activité"
	Le conseil de bloc	"Un conseil de bloc qui se réunit en théorie 3 fois par an, ça c'est le minimum recommandé par l'HAS"	Membres du conseil de bloc : "Le président, le vice-président, le président CME, responsable qualité, le directeur, la directrice des soins, moi-même et puis les chirurgiens qui sont invités"	"On va étudier les indicateurs, la grille de vacation hebdomadaire, c'est-à-dire sur la semaine voilà les attributions de vacations et il peut y avoir des discussions par rapport aux propres besoins, les sous occupations, les sur-occupations. [...] les évènements indésirables"	Pourquoi ne pas avoir mis en place un conseil de bloc plus restreint? " On a une CME qui est assez active, une cellule gestion des risques. On a beaucoup beaucoup de réunions, on arrive à traiter les sujets, on n'a pas forcément identifié le besoin"
	La cellule de régulation	Absence de cellule de régulation, programme opératoire fait par le cadre de bloc			
	La charte de bloc	Sujet non évoqué lors de l'entretien			
	La Check List	Sujet non évoqué lors de l'entretien			
La certification HAS	« quand on obtient un niveau de certification ça donne une piste où on se situe par rapport à une notion de performance »				

Annexe 3 : Verbatim DSI 2

Entretien établissement n°2 : DSI2					
Première approche de la performance		"Efficience"	"Des taux de vacations remplient, la bonne personne à la bonne place et à la bonne tâche donc la bonne compétence"	"La performance c'est ça et on rajoute toute la partie qualité et sécurité pour les patients. On ne peut pas dissocier performance de qualité et sécurité"	
Position managériale au regard de la performance		"Il est le garant, mais il faut qu'il est une légitimité"	"il y a une partie de notre job qui est de faire le contrôle et d'anticiper"	"Est-ce que c'est un management qui dit, qui fait du donnant donnant ?"	
Dimensions de la performance	Performance organisationnelle	"C'est toute cette partie-là, est-ce que j'ai du temps perdu, est-ce que j'ai des trous, est-ce que j'ai des plages horaires ou j'ai démis du personnel. C'est un levier extrêmement important, tout ce qui est organisation."		"Ça veut dire pour les chirurgiens annoncer leurs absences pour mettre le personnel en congé"	"je défile mes semaines à venir et quand je vois qu'un chirurgien par exemple un ortho n'a rien inscrit ça me met la puce à l'oreille"
	Gestion des ressources humaines	"j'accorde de l'intérim si vraiment il faut"	"on sait que 50% des coûts sont représentés par la masse salariale"		"l'adhésion des équipes est fonction du cadre et de son management"
	Performance financière	"À l'hôpital public c'est une chose, ils sont salariés on peut leur imposer, en privé c'est des médecins libéraux qui ont à ce jour la liberté de prescription"	"Avec la T2A et la claque qu'elle se prend tous les ans à moins 3%, un établissement ne peut pas faire les deux, donc on peut plus avoir le beurre, l'argent du beurre et la crème"	"Alors ici je n'ai pas de comptabilité analytique, c'est extrêmement difficile par moment"	"Non je ne fais pas, aujourd'hui en orthopédie on est à peu près tranquille parce que tout ce qui est implant c'est encore en sus du GHS donc ça n'a pas grand intérêt"
Freins à la performance		"Le bloc est un éternel recommencement, chaque fois qu'il y a un nouveau chirurgien qui arrive il faut arriver à le faire rentrer dans le système. Il faut qu'il comprenne que le temps où ils étaient les rois du pétrole c'est fini. Il faut un encadrement supérieur légitime"		Chirurgie ambulatoire : « ce n'est pas possible de faire de la rotation dès lors que c'est des interventions qui nécessitent une surveillance dite longue »	Comparaison perromance Hospidiag : « ça ne reflète pas la réalité [...] je peux te remplir ce qu'ils veulent lire. Ce n'est pas très neutre tout ça ».

Les outils de pilotage	Tableau de bord	"X est groupe financier, il faut le savoir donc évidemment on a des indicateurs de performance, un groupe comme X suit la performance RH"	"Je suis des indicateurs RH comme les heures supplémentaires, c'est obligé et les indicateurs qualité dans un bloc c'est déjà plus compliqués mais évidemment il y a les évènements indésirables, le nombre de CREX"	Tu as une cellule d'analyse de la performance ? "Oui"
	Le conseil de bloc	"Je pense que ça dépend de la taille de la structure, pour moi une fois par trimestre est un minimum"	"Il doit gérer la répartition des vacations, il doit gérer l'analyse des statistiques d'occupations, il doit proposer les pistes d'améliorations, il doit participer à la gestion de la certification, il doit étudier tous les évènements indésirables et apporter des solutions"	
	La cellule de régulation	"J'ai un outil de programmation internet et ils inscrivent en temps réel, c'est-à-dire ils voient le patient, ils veulent l'opérer le 5 mai, c'est inscrit quasiment à la seconde"		
	La charte de bloc	"une charte de bloc explicite, acceptée et co-signée par tout le monde y compris par le directeur de l'établissement qui est garant de sa mise en œuvre"		
	La Check List	« je dois faire un audit sur le côté qualitatif, est-ce qu'elle est faite en temps réel ? Ca va faire mal »		
	La certification HAS	"La certif n'est pas un objectif en soi pour moi, la certif est un moyen de vérifier qu'on a mis des choses en place"	"La certif c'est une photo instantanée prise sur une semaine"	

Annexe 4 : Verbatim C2

Entretien établissement n°2 : C2					
Première approche de la performance		"Le fait d'avoir un programme opératoire qui respecte les horaires du personnel, et pouvoir opérer tout le monde "			
Position managériale au regard de la performance		Etes-vous consultée pour toutes les décisions stratégiques au bloc ? "Moyen, non, ici non"	Qui impulse la performance? "Non moi je l'impulse aussi parce que j'essaie"		
Dimensions de la performance	Performance organisationnelle	"par exemple en ce moment c'est les pieds, tout le monde se fait opérer c'est des gros programmes, on met quelqu'un et voilà. On s'est adapté, les chirurgiens ont des gros programmes, ce n'est pas la peine d'essayer de les cadrer"		" On ne va pas ouvrir une salle pour 2 interventions. Non en plus ils sont concernés. C'est valable pour tout le monde même pour l'équipe parce que venir et finir à 10 h du matin"	"il y a certains qui sont toujours en débordements mais en fait c'est plus un débordement parce que c'est toujours comme ça donc on l'anticipe en fait"
	Gestion des ressources humaines	"il me manque encore du personnel, là j'ai des intérimaires"	"Non je n'ai pas d'IBODE, je n'ai que des infirmières" "IBODE ou pas non. Je veux dire à la chirurgie il faut faire après je les pousse à faire la formation"	"Voilà donc on a remis chacun dans son cœur de métier"	"J'aimerais avoir un peu plus de monde l'après-midi pour que le soir tout soit prêt pour le lendemain"
	Performance financière	"Oui avec la préparatrice oui. Elle regarde les prix et quand il y a un laboratoire qui veut nous voir parce qu'il a des choses soit disons équivalent et moins cher oui oui on fait attention et les opérateurs aussi, ils ne vont pas aller gaspiller, ça on peut bien leur expliquer, après il faut que la qualité soit égale"		"Donc on avait une grosse baisse quand ils sont tous partis à Rhéna, on a perdu la sénologie, c'était énorme"	Mutualisation : "Ca moyen. Mais c'est un petit bloc ça va encore. Le bariatrique avec qui je parlais ce matin disait qu'il avait reçu un labo moins cher en suture mécanique, qu'il voulait bien essayer"

<p align="center">Freins à la performance</p>		<p>"Après le changement, ce n'est pas facile. J'ai une de mes infirmières elle fait un DU de management sur le changement, c'est difficile. C'est pour ça moi j'arrête tous les jours parce que faut que les gens aient le temps de comprendre pourquoi et l'utilité et voilà"</p>	<p>"Ah ben de toute manière on peut rien, il y a 2 salles en orthopédie, elles sont là-bas c'est comme ça on ne peut pas les mettre autrement, il y a pas de rangement et encore on a beaucoup changé depuis qu'on est là, depuis que je suis là mais là ça y est on est arrivé aux limites. Soit on détruit tout, soit on continue comme ça. Après je ne sais pas comment on va faire pour la certification, parce que franchement il y a des choses, c'est moyen au niveau des stockages"</p>	
		<p>Les outils de pilotage</p>		<p>Tableau de bord</p>
<p>Le conseil de bloc</p>	<p>Nombre de conseil de bloc : "Deux fois dans l'année"</p>			
<p>La cellule de régulation</p>	<p>"Ah le jeudi moi je fais le point avec les anesthésistes"</p> <p>Avez-vous une aide de la part de l'anesthésiste? "Oui oui si ça ne va pas je l'envoie après"</p>			
<p>La charte de bloc</p>	<p>Charte bloc fonctionnelle? "Oui, on l'a réécrite voilà."</p>			
<p>La Check List</p>	<p>"Ben faut faire un audit pour voir, non ici elle n'est pas... enfin... non elle n'est pas franchement"</p>			
<p>La certification HAS</p>	<p>Sujet non évoqué lors de l'entretien</p>			

Annexe 5 : Verbatim C3

Entretien établissement n°3 : C3

Première approche de la performance		"c'est un peu utopique mais n'empêche que si on peut avoir du matériel qui est correct à disposition et en quantité suffisante, avoir des horaires qu'on arrive assez bien à gérer ou à régler pour les personnels et qu'on ait pas trop de casse dans notre activité qui est ben forcément une activité à risque et ben voilà on peut se considérer comme pas mal performant"	"une somme de choses qui font qu'on est performant"		
Position managériale au regard de la performance		"en tant que cadre de bloc euh la performance moi je suis contente quand j'ai quitté ma journée et qu'il ne s'est rien passé de grave, que on a terminé le programme"	"la performance pour moi c'est ça, mais c'est un challenge de tous les jours" "est-ce que la performance ça se mesure de 0 à 10 en disant on est performant quand on est à 8, mais c'est quoi le critère de 8 ? Voilà moi je vais dire à 8 je suis performant"		
Dimensions de la performance	Performance organisationnelle	« on traite l'évènement indésirable et puis après moi je profite de l'évènement indésirable »	« je suis soucieuse que le malade sorte dans le bon sens, voilà que finalement on a mis tout en œuvre pour que tout ce passe bien »	"Après il faut aussi qu'il y ait une volonté institutionnelle que ça avance quoi, c'est-à-dire que si on est seule à se bagarrer pour que ça avance à un moment bon on s'épuise et on s'en va" "Beaucoup jouent là-dessus, pas tous mais beaucoup. Disons que là-haut c'est un argument" "Non non non non, donc ils comprennent pourquoi ça ne marche pas. Et donc il dit je vais aller ailleurs. "	
	Gestion des ressources humaines	"c'est dur pour des problèmes de compétences. Ça j'ai un peu de mal à l'expliquer aux gens qui sont au-dessus de moi en me disant on ne comprend pas pourquoi tu mets autant de temps à faire "	« si je mets que des gens qui ont fait que de la gynéco et de l'urologie dans des salles d'orthopédie ça risque de poser problème»{	« donc je m'inquiète de savoir si il y a le matériel, si le binôme que j'ai mis en salle c'est le bon binôme ? Alors parfois j'ai vraiment du luxe, j'en ai vraiment 2 supers nickel chrome et quand j'en ai pas 2 supers, j'en mets une bien et une un peu moins bien. D'accord ? Quand je dis moins bien, dans le sens moins confirmée »	"on a 6 intérimaires, on en a eu 10, on a 6 là on en a de nouveau 8"
	Performance financière	calcul des coûts des interventions : "qu'il faut l'acheter et que ça coute X on demande l'autorisation au directoire pour dire voilà le GHS et ponctuellement il faut ça, est-ce qu'on a la validation"		"c'est un peu au chantage si ça me plait pas ici je vais ailleurs"	

Freins à la performance		"le volume n'est pas un frein mais un écueil à la performance, c'est-à-dire que finalement il faut avoir les moyens en relation avec le volume d'activité"	« de nouer le dialogue avec ce que j'appelle le directoire de l'information, du retour d'informations, de l'échange, de dire, moi j'ai l'impression de ne pas être concertée, ni impliquée dans ce qui se fait et juste de subir" "ça me pose la question de mon positionnement"			
Les outils de pilotage	Tableau de bord	"les taux de débordements, les créneaux qui sont vides, voilà enfin bon les classiques des indicateurs MEAH"	"Est-ce qu'on a beaucoup d'heures supplémentaires"	"on n'a pas d'indicateurs pour l'instant, Enfin ponctuels on va dire parce que ça fait un an qu'on est là, qu'on a géré la mise en place et on a eu un peu de mal à rattraper les wagons. Donc ça va se faire là, après on a sorti ou ils ont sorti des stats ponctuelles d'activités pour réajuster les créneaux mais il n'y a rien de suivi au long cours"		
	Le conseil de bloc	"On a un conseil de bloc, alors pas du tout dans ce que j'ai connu"	"Je sais pas comme ils ont envie, on en a fait 2 ou 3 peut être"	"Ben un conseil de bloc pour moi ça se prépare, alors qu'il y sont des sujets de direction, qui est des sujets de bloc opératoire, voilà. Euh moi j'avais l'habitude de le préparer, ici je le prépare pas, en même temps ce n'est pas trop grave. Je ne sais pas ce qui va se dire ce qui me pose plus problème"	"d'un coup je viens en tant que spectatrice, donc je suis passée d'un extrême à l'autre"	
	La cellule de régulation	Vous avez donc une cellule de régulation? "Ben ça en a le titre en tout cas"	"j'ai dit l'autre jour à la cellule de régulation par définition ça régule un programme opératoire à priori pas a posteriori"	"c'est une cellule qui saisit les demandes d'admission, qui fait la gestion des lits. Pas seulement une mission bloc opératoire, toute la maison. Elles saisissent les patients dans ce qu'on appelle un potentiel, un créneau opératoire sauf qu'à un moment il faudrait dire stop ça ne rentre plus. Et pas inscrire, inscrire et après dire « ah mais Corinne tu te débrouilles »"		
	La charte de bloc	"On a mis en place une charte de bloc, que moi je n'ai pas écrite"	"On a toujours du mal à la mettre en œuvre"	Charte de bloc est un appui? "Non, non pas du tout du tout"	"Est-ce que le personnel est en adéquation avec l'activité?"	
	La Check List	"on essaie nous les cadres de bloc aussi bien qu'on peut, sauf que finalement dans les cliniques privées on sait très bien que quand ça va vite euh on est dans une problématique de flux, qu'on arrive jamais à avoir les 3 personnes en même temps"				
	La certification HAS	"on va rentrer dans la procédure de certification ça va un peu accélérer le mouvement"				

Annexe 6 : Verbatim C4

Entretien établissement n°4 : C4				
Première approche de la performance		"avoir les bonnes personnes, les bons moyens au bon moment quand c'est nécessaire"	« être arrivé à contenter les acteurs qui étaient là »	
Position managériale au regard de la performance		"qu'il n'y ait pas de couacs"	« je suis contente quand j'ai quitté ma journée et qu'il ne s'est rien passé de grave »	"ça fait 8 ans que je suis là et que je le vis au quotidien, la concertation est indispensable parce que la pression médicale est trop lourde et si elle ne devait reposer que sur mes 2 épaules je pense que ça fait longtemps que je ne serais plus là"
Dimensions de la performance	Performance organisationnelle	"ce benchmark nous a permis de nous, dans le comité de bloc de nous sensibiliser à la bonne gestion des créneaux opératoires"	puis c'est du dépôt vente donc ce n'est pas gênant non plus. Là où c'est flagrant c'est l'orthopédie, ils ont chacun leurs prothèses et ce n'est pas la même que l'autre chirurgien et puis voilà.	"ils essaient, non non de ce côté-là je trouve qu'on a un très bon soutien de la part du coordonnateur du bloc et de la direction qui s'il le fallait irait je pense dans le même sens, j'en doute pas"
	Gestion des ressources humaines	"Après il y a des gens qui vont se former à l'école d'IBODE tous les ans, ils partent il y en a au moins une ou deux tous les ans. Il y en a qui revienne, ça fait des mouvements dans les équipes"	"elles cumulent des heures, c'est ce qui les arrangent le plus d'ailleurs"	"avoir le personnel compétent quand on est dans un bloc polyvalent ce n'est pas évident du tout, en fonction des maladies parce que chacun veut le personnel compétent dans sa spécialité"
	Performance financière	Est-ce que vous faites parfois des calculs de certaines interventions, vous connaissez les interventions où il y aurait des efforts à faire ? "Non pas du tout"	Du coup il n'y a pas du tout de calcul du consommable, vous ne mettez pas en lien avec le GHS ? "Non pas au niveau du bloc, est-ce que c'est fait non je ne pense pas "	Vous faites de la comptabilité analytique ? "Nous non c'est au niveau de la direction, il y a une cellule qui s'occupe de ça"
Freins à la performance		« Dans le système actuel ils ont le pouvoir d'amener l'activité »	« Chacun ne voit que son programme dans sa salle mais que le collègue à côté a un programme qui dure et est tombé sur un problème qu'il n'arrive pas à terminer aussi vite que prévu ben ça il n'en a rien à faire et malgré tout il veut continuer et il veut son équipe et son machin, voilà ils sont tous pareils »	« c'est la résistance au changement, les contraintes personnelles de chacun, je parle surtout des opérateurs [...] Dès qu'on ne fait pas comme ils veulent c'est forcément un frein à la performance. Mais disons que la difficulté, c'est que eux ne voient que leur petite spécialité et ne voient pas le fonctionnement d'ensemble du bloc »

Les outils de pilotage	Tableau de bord	"Optimisation des créneaux opératoires, du temps de vacation offert, du temps réel d'occupation des salles et tout ça"	"Toute l'occupation, tout le passage des patients dans les différentes salles"	"c'est vrai que eux ce qui les intéressent au niveau de la direction combien d'interventions par spécialités chirurgicales, combien de patients en ambu, combien d'heures supp du personnel"
	Le conseil de bloc	"1 réunion par an, maximum 2"		
	La cellule de régulation	"on a le comité de bloc qui se réunit tous les vendredis pour discuter et valider le programme de la semaine d'après"	Est-ce que ce comité à un pouvoir d'annulation ? "Oui bien sûr, et de déplacer les interventions "	
	La charte de bloc	« je peux m'appuyer que sur une charte de bloc opératoire où on dit qu'on fait d'abord le programme réglé, les urgences passent après et puis les urgences vitales on les intercale »		
	La Check List	Sujet non évoqué lors de l'entretien		
	La certification HAS	Sujet non évoqué lors de l'entretien		

Entretien établissement n°5 : C05

Première approche de la performance					
		"il y a des critères nationaux qui sont définis par l'ANAP"	"on se base sur ces critères, performance pourquoi parce que les blocs coûtent très cher, j'estime qu'on a le devoir de les utiliser correctement"	"Il faut travailler correctement dans les bonnes pratiques, il faut que le patient soit satisfait, qu'on les soigne bien mais il faut utiliser l'outil dans toute sa capacité parce que à force de le gaspiller on va le détruire"	
Position managériale au regard de la performance		"il faut s'adapter, un caméléon"		compétences globales sur le bloc opératoire envers la direction : "Oui mais après mon rôle c'est de leur faire partager"	
Dimensions de la performance	Performance organisationnelle	"c'est comme ça que j'ai réintroduit les aides-soignantes au bloc, c'est comme ça que j'ai introduit un logisticien au bloc qui nous range les commandes, avant c'était les IBODE on en avait des montagnes et j'ai introduit la préparatrice en pharmacie"	"on est dans les clous, dans les critères que l'ANAP ont fixé"	"Mais tout en travaillant, je le dis bien dans les bonnes pratiques, ce n'est pas optimiser et faire n'importe quoi, ça veut pas dire qu'on va supprimer le temps de bio nettoyage, on respecte les bonnes pratiques c'est important pour moi"	"pour moi c'est de la performance, c'est que les IDE soient au cœur de leur métier, parce que c'est une ressource qui est rare une infirmière de bloc, donc leur faire ranger des cartons pfff "
	Gestion des ressources humaines	"on a quand même pas mal d'intérim, donc j'ai des postes vacants, chez les IBODE je dois avoir 5 ou 6 postes vacants"	"L'ouverture de Rhéna sur Strasbourg nous a beaucoup perturbé parce qu'il paie plus les gens"	Intérim : « c'est problématique ça pose des conflits dans l'équipe parce que elles sont payées plus, elles n'ont pas la même compétence	J'ai des intérimaires qui sont là depuis 2 ans, les mêmes.
	Performance financière	« j'ai un gynéco qui me gaspille beaucoup de matériel, qui utilise 3 ligatures pour une intervention parce qu'il t'en fou 1 par terre, il en gasille un, je veux dire c'est problématique parce que lui ce qu'il gaspille les autres ne l'ont pas »		Vous prenez en compte dans votre gestion du bloc le coût des interventions en fonction du GHS? "Pas pour l'instant mais la direction voudrait"	
Freins à la performance		"frein faut déjà avoir les outils pour travailler"	"quand même des chirurgiens qui sont plus performants que d'autres"	"le frein ce n'est pas toujours facile d'aller voir un chirurgien et dire écoutez là vous... moi je n'aime pas le faire"	

Les outils de pilotage	Tableau de bord	« pour moi les chiffres sont importants c'est un outil de travail pour construire »	« il faut connaître le terrain, on ne peut pas analyser des chiffres sans connaître ce qui se passe sur le terrain »	après j'ai les chiffres par spécialité, les vacations, les taux d'occupation, les débordements et après je l'ai par opérateur aussi, donc ça ils nous les sortent tous les mois.	"je compare toujours, il faut objectiver les choses, on est au 85% de l'Anap et un taux de débordement de moins de 5%, c'est bien face aux équipes qui me disent qu'on déborde toujours"
	Le conseil de bloc	"Tous les mois je fais un conseil de bloc avec les membres et les médecins du conseil de bloc, je fais une petite analyse des statistiques et je m'en sers aussi pour les créneaux opératoires, je révise les créneaux opératoires quasi 2 fois par an si ce n'est pas plus, je m'en sers pour pouvoir bouger les créneaux"	"Alors les missions c'est analyser l'activité, c'est de valider les créneaux opératoires. Donc je présente l'activité tous les mois, je leur fait valider le dernier compte rendu"	"Alors le conseil de bloc est toujours issu de la CUB (commission des utilisateurs de bloc), les membres du conseil de bloc sont élus par leur pair"	"pour moi le conseil de bloc c'est un outil vraiment important"
	La cellule de régulation	<i>Avez-vous une cellule de régulation?</i> Non la cellule de régulation c'est moi et ma collègue, c'est tout.	<i>Il n'y a pas de médecins qui interviennent ?</i> "on a le médecin coordinateur médical, il nous valide le programme hebdomadaire, il y en a qui nous valide le programme opératoire, faire la répartition des médecins anesthésistes, et s'il y a de la régulation à faire on la fait avec eux"	« ils aiment bien nous pousser devant, ils se cachent derrière nous « tu y vas, tu vas lui dire au chirurgien qu'on lui annule ses patients! »	
	La charte de bloc	Dui, je l'actualise quand ça change et quand un chirurgien respecte pas je lui rappelle. Ils ont tous signé, j'ai un classeur où je les ai fait signer charte de bloc et antibioprofylaxie. Ceux qui sont en retard je leur rappelle les règles, ils ne sont pas contents, faut respecter les horaires, il y a toutes les équipes qui attendent derrière, donc ils ne sont pas toujours contents."			
	La Check List	Sujet non évoqué lors de l'entretien			
	La certification HAS	Sujet non évoqué lors de l'entretien			

Annexe 8 : Verbatim C6

Entretien établissement n°6 : C6

Première approche de la performance		« Moi d'un point de vue, en tenant compte du métier d'infirmier, c'est une prise en charge globale du patient en tenant compte vraiment de la globalité et que ce soit la plus optimale possible »			
Position managériale au regard de la performance		« La performance ne tient pas compte que du geste chirurgical [...] c'est un patient qu'on accueille avec ses angoisses, ses craintes et à un moment il y a un temps infirmier qui est relationnel et qui est important malgré tout »	Ça veut dire que vous êtes encore très présente en salle ? "Oui j'essaie d'être présente parce que je me rends compte"	C'est important qu'une cadre de bloc aille encore un peu sur le terrain. "Oui après je pense qu'il faut pas trop le faire non plus, c'est bien aussi de voir et c'est surtout avoir de la crédibilité par rapport à l'équipe"	D'accord vous êtes du coup assez autonome et solitaire ? "Ouais, ouais, ouais, vraiment, honnêtement cadre de bloc il faut avoir les épaules parce qu'elles m'ont pratiquement toutes et tous dit les chirurgiens c'est quand même les médecins les plus difficiles à appréhender"
Dimensions de la performance	Performance organisationnelle	Est-ce que vous êtes consultée pour toutes les décisions stratégiques dans votre unité ? "Alors pour le PMTL un peu plus, on a changé de cadre sup il y a pas très longtemps, qui est une cadre IADE et qui n'a pas forcément les compétences IBODE et donc du coup elle vient vers nous pour toutes ces choses-là pour voir comment on fait, comment on peut faire."	vous avez un soutien de la direction pour toutes les actions que vous mettez en place ? "Alors c'est du soutien peut-être mais on le ressent peut être pas"	"Moi je dois veiller au respect des créneaux opératoires, ce qui n'est pas facile tout le temps, en général j'arrive à dire stop"	
	Gestion des ressources humaines	« C'est long et c'est ça que la direction a parfois du mal à entendre. On ne va pas former un infirmier de bloc comme on forme un infirmier en service, un infirmier en service il va être accompagné deux semaines et on va le laisser tout seul. »	"Alors idéalement je dirai qu'au niveau fonctionnement on est assez performant mais ce qui serait bien, vraiment hein, c'est du personnel, 1 personnel supplémentaire"		
	Performance financière	Vous connaissez le coût des interventions en rapport avec le GHS ? "Non, non pas du tout, alors là. Pas à mon niveau, en tout cas je pense que c'est plutôt au niveau du cadre de pôle qui a plutôt cette relation-là"	Vous faites de la comptabilité analytique ? Vous savez combien coûte votre unité ? "Non pas du tout, pas à mon niveau en tant que cadre de proximité. Je ne pense pas dans les grosses structures, peut-être plus dans les petites structures."		
Freins à la performance		« Eux ils font leurs gestes, ils sortent et ils vont me regarder et me dire tu te rends compte ça fait une heure que je suis sorti. Ok, qui a fermé ? Pas lui. Qui a fait le pansement ? Pas lui ? Qui a sorti le malade ? Pas lui. Ben oui, qui a fait le nettoyage ? Ce n'est pas lui. Oui il est sorti avant même que la fermeture soit faite, ça fait une heure que	« à l'époque c'était un médecin qui était à la tête de l'hôpital, mais un médecin impliquait aussi qu'il avait cette empathie pour le patient et cette empathie pour le personnel et du coup le personnel s'impliquait davantage et du coup le personnel était prêt on va dire à donner corps et âme pour l'établissement puisqu'il y avait une certaine reconnaissance, et un même langage, tout simplement un même langage [...] cette notion d'empathie a été complètement perdue à partir du moment où on a mis des directeurs qui étaient finalement directeur de Leclerc avant et qui allait diriger un hôpital après »	"Ils n'ont pas prévu de mettre un infirmier ça va être un logisticien qui on va lui dire on veut telle boîte il va la chercher sur l'étagère donc un logisticien pur type Amazon"	

Les outils de pilotage	Tableau de bord	"indicateurs d'activités de l'ANAP"		
	Le conseil de bloc	"Conseil de bloc 1 fois dans l'année"	"avec l'ensemble du personnel"	
	La cellule de régulation	"je suis la régulatrice du programme"	"il y a un staff le matin où ils mettent les interventions de traumatologie à programmer"	Vous n'avez pas d'appui médical pour réguler ? "non parce que si je les entends ils pourraient tout faire tout de suite"
	La charte de bloc	Sujet non évoqué lors de l'entretien		
	La Check List	« C'est souvent même le chirurgien qui amorce la Check List 2, systématiquement c'est le chirurgien qui le fait. Et puis pour la Check List 3 c'est souvent amorcée par PIBODE au compte des compresses. Donc c'est à ce moment-là on fait la Check List 3, effectivement est-ce qu'on a tout et tralala. La première Check-List c'est celle qui pêche un peu parce qu'on n'a pas tout le monde »		
	La certification HAS	"Il y a toujours un peu une baisse après qu'ils sont passés et puis quand on dit à non là ils vont revenir et ben c'est à nouveau la multitude de réunions"	"c'est un gros paquebot le CHU, un énorme paquebot avec ses atouts et ses difficultés et mettre un paquebot en route c'est difficile et que là la politique ou l'idée c'est de tout mettre vite en route sauf qu'on fatigue vite le paquebot et alors le paquebot a besoin de se reposer et après ben non il faut qu'on recommence alors que... faudrait un bateau de croisière, qu'on soit toujours au même rythme. Voilà on peut avoir un paquebot mais avec un rythme de croisière."	

Annexe 9 : Verbatim DSI 7

Entretien établissement n°7 : DSI7			
Première approche de la performance		« le meilleur fonctionnement qu'on peut avoir avec les ressources qu'on a »	"Ben la performance c'est une journée qui se passe bien soit mais euh avec un programme opératoire qui tourne, des vacations qui sont remplies correctement, effectivement le matériel qu'il faut le personnel qu'il faut".
Position managériale au regard de la performance		C'est vraiment un atout que vous soyez IADE. J'ai vu des établissements où la cadre sup n'avait aucune vision du bloc et la cadre de bloc était en difficulté. "C'est un calvaire parce qu'on peut vous raconter ce que vous voulez. Je le vois à Sainte Anne. Ben soit la cadre de bloc est en difficulté soit comme ils y comprennent rien et on fait ce qu'on veut, dans les 2 cas ce n'est pas bien."	
Dimensions de la performance	Performance organisationnelle	Après ma philosophie c'est de mettre moins de praticiens possible sur la même journée, parce que plus on en a, plus on a du retard qui s'accumule plus le dernier est mécontent. Donc moi j'essaie au maximum de mettre 2 praticiens sur la même journée.	"on a un très court délai entre chaque intervention."
	Gestion des ressources humaines	Nombre d'IBODE suffisant au vu de la réglementation: "Ben on n'y arrivera pas dans les délais qui sont fixés c'est clair, il ne faut pas se leurrer, je pense que de toute manière ça va être modifié"	"Ça tourne même pas on n'a pas, on est en recherche, Rhéna a fait un gros appel d'air sur les IBODE, on a eu aussi un gros appel d'air sur les IADE mais on a réussi à reconstituer l'équipe "
	Performance financière	"on est sur un plan d'économie au niveau des blocs " Du coup vous faites des études médico économique sur le coût des interventions en rapport avec le GHS ? " Oui"	"Le gestionnaire c'est chargé de préparer tout ce qui est au niveau des chiffres de la gynéco, avec le GHS par leur activité sur une période donnée, en contrepartie on leur a aussi donné ces fiches-là pour leur dire voilà il y a des interventions où le matériel que vous utilisez nous coûte plus cher que l'intervention, ce qu'ils ont entendu donc il y a pour certaines interventions des pratiques qui ont changé, ça ne marche pas avec tous mais on essaie" "Je trouve que le gestionnaire apporte énormément de choses parce qu'il a accès à des chiffres que nous on a pas. Et ça on le voit depuis 1 an, c'est vraiment un plus, notamment pour le coût des interventions, moi je n'avais pas accès aux coûts"
Freins à la performance		"Et donc notre difficulté, on est en train de mettre un plan d'économie sur les blocs par rapport à ce matériel utilisé dans les blocs et notre difficulté c'est d'avoir un suivi au niveau de la pharmacie de ce qui est commandé, des tarifs et on est en train d'essayer de mettre ça en route. Nos praticiens on globalement ce qu'ils veulent en matériel "	Alors un peu au niveau du personnel parce qu'ils sont en difficultés par rapport à leur équipe qui n'est pas complète, ils ressentent ça comme un manque et le fait d'avoir des intérimaires comme une charge supplémentaire

Les outils de pilotage	Tableau de bord	« Il faut cibler les indicateurs où vous avez l'intuition que vous avez un problème et après éventuellement aller plus loin. Les indicateurs doivent être évolutifs et analysés. Trop d'indicateurs au départ fait qu'on ne suit pas bien».	"Je peux sortir le nombre d'interventions par mois, on peut sortir par spécialité, par chirurgien, on a les temps réels d'occupation, les taux d'occupation, le taux d'occupation des vacances par mois."	"Ce logiciel est basé sur l'ANAP. C'est-à-dire que tout ce qu'on peut rechercher là-dedans comme indicateurs qu'on aurait besoin sont des indicateurs qui sont calculés par rapport aux recommandations ANAP"	"Les indicateurs doivent être évolutifs et analysés. Trop d'indicateurs au départ fait qu'on ne suit pas bien"
	Le conseil de bloc	"Tous les mois, on a un conseil de bloc tous les 3ème lundi du mois sauf en période estivale"	"On peut avoir un conseil de bloc exceptionnel à la demande de n'importe quel membre s'il y a un souci particulier"	"on rediscute des nouveaux praticiens qui arrivent, de la place qu'on va leur accorder, des vacances mais on en discute au sein du conseil de bloc alors bien sûr je prépare tout."	
	La cellule de régulation	Logiciel de programmation : "Ah ben là c'est bloqué. On leur a laissé une marge de manœuvre de 30 min à 1h en fonction des praticiens mais s'ils veulent rajouter il faut qu'ils m'appellent. [...] Après ils savent que s'ils m'appellent si j'ai de la place je leur donne. C'est un contrat de confiance, ils savent si j'ai une place dans le programme..."		La régulation se déroule avec un coordonnateur ? "L'anesthésiste oui"	Qui fait son rôle de régulateur ? "Plus ou moins, il faut qu'on les pousse un peu. Ils n'aiment pas trop mais on n'a pas vraiment besoin. Quand on a un programme avec beaucoup d'enfants, si on doit rappeler un praticien, ils le font. C'est souvent celui qui valide le programme avec nous le jeudi"
	La charte de bloc	C'est un outil pour vous de performance ? "À notre niveau ici non. C'est plutôt la relation du chef de bloc avec les médecins mais parce qu'on est un petit établissement. Dans un établissement plus grand je pense qu'il faut s'appuyer sur cette charte, il faut leur faire signer, il faut leur rappeler régulièrement"			
	La Check List	« un peu plus de mal avec les chirs mais le personnel le fait »			
	La certification HAS	Sujet non évoqué lors de l'entretien			