

# Convergence

Ensem' nou serv la vi!



## Dossier P 7

# Blocs opératoires du CHR

Une organisation au service du patient

### P3 | Recherche

Installation du CRBSP au  
CHR de La Réunion



### P4 | Interview

Les contrats de pôle :  
Phase finale d'approche,  
atterrissage prévu en mars



### P16 | Zoom

Développement durable :  
Ici et maintenant



## Au Sommaire

- 3..... Recherche**  
Installation du CRBSP au CHR de La Réunion.
- 4..... Interview**  
M. Morel - les contrats de pôle : phase finale d'approche, atterrissage prévu en mars.
- 7..... Dossier**  
Blocs opératoires du CHR : une organisation au service du patient
- 16..... Zoom**  
Développement durable : ici et maintenant

## Convergence

- **Directeur de la Publication:**  
Michel Calmon
- **Réalisation:**  
Luis Santos, Frédérique BOYER
- **Crédit photos:**  
Aporos, Corinne Tellier, Frédérique BOYER, Luis Santos, © Photo-libre.fr.
- **Convergence** est un magazine trimestriel édité à 4500 exemplaires.  
Impression Color Print - Le Port
- **Rédaction :**  
Luis Santos, Frédérique BOYER.
- **Infographie :** Leclerc communication
- **Contact :** Frédérique BOYER,  
Service communication et culture du CHR  
0262 35 95 45.  
frederique.boyer@chr-reunion.fr
- **Centre Hospitalier Régional de La Réunion**  
› **Siège du CHR**  
11, rue de l'hôpital - 97460 Saint-Paul  
Tél. 0262 35 95 40/41 - Fax 0262 49 53 47
- › **Site Centre Hospitalier Félix Guyon**  
97405 Saint-Denis Cedex  
Tél. 0262 90 50 01 Fax 0262 90 50 51
- › **Site Groupe Hospitalier Sud Réunion**  
BP 350 - 97448 Saint Pierre Cedex  
Tél. 0262 35 95 55/56 - Fax 0262 35 90 04

## Éditorial



Le Centre Hospitalier Régional de La Réunion, dans son projet médical, a fait du développement et de la diversification de ses activités chirurgicales une de ses priorités.

Dans un contexte hautement concurrentiel, le secteur privé commercial étant très présent dans le domaine de la chirurgie, le Groupe Hospitalier Sud Réunion et le Centre Hospitalier Félix Guyon se positionnent non seulement pour assurer une offre de chirurgie programmée de proximité, mais aussi pour remplir leur vocation régionale de recours spécialisé.

Leur mission de service public dans la prise en charge des urgences chirurgicales est également mise en avant, avec les contraintes de permanence médicale qu'elle suppose.

Notre objectif est de mieux répondre aux besoins de santé de la population réunionnaise et de la zone océan Indien, en améliorant la qualité et la sécurité des soins.

**Plusieurs chantiers ont été lancés dans ce cadre :**

- Création d'unités de chirurgie ambulatoire, visant à une extension de la proportion d'actes chirurgicaux réalisés sous cette forme: à terme, près de 40% de l'activité devrait être réalisée en ambulatoire.
- Amélioration et développement de l'activité des blocs opératoires : les réorganisations en cours devraient notamment permettre l'ouverture de nouvelles plages opératoires.
- Renforcement des activités chirurgicales hautement spécialisées : chirurgie cardiaque, neuro-chirurgie, grands brûlés, chirurgie carcinologique, greffes rénales...
- Consolidation des soins critiques : les projets du CHFG et du GHSR visent en particulier à étendre les capacités de surveillance continue post-opératoire.
- Amélioration de la qualité de l'hébergement dans les services de chirurgie.
- Mise en œuvre de procédures qualité : check list avant interventions chirurgicales, amélioration de la programmation...
- Développement de la coopération avec les autres établissements de santé, notamment en orologie et en chirurgie carcinologique

Grâce à la mobilisation de l'ensemble des acteurs, la chirurgie s'affiche bien comme un des principaux pôles d'excellence du CHR.

Le Directeur Général,  
Michel CALMON

## Convention

**Signature le 20 janvier 2009** entre d'une part l'Établissement français du Sang (EFS) représenté par son nouveau Directeur Gerard Tobelem et le CHR, site GHSR représenté par le Directeur Général Michel Calmon, d'une convention de reprise par le GHSR des activités assurées par l'EFS sur le site de l'hôpital: l'activité d'immuno-hématologie et la gestion de la banque de cellules et de tissus.



Cette convention s'accompagnera de l'ouverture d'un dépôt de délivrance des PSL (produits sanguins labiles).

## Agenda médical

### ○ MARS :

→ **Samedi 06 mars 2010** : 9<sup>es</sup> journées réunionnaises de la douleur aux villas du récif à l'Hermitage autour du thème "les douleurs féminines".

Contact : Dr COLLARD Olivier 0262 28 33 88 / 0262 48 20 41 - ocollard@clinifutur.net

→ **08 au 14 mars 2010** : Semaine nationale du don de moelle osseuse. A cette occasion, le Centre des Donneurs de Moelle Osseuse de La Réunion inscrit son 2000<sup>e</sup> donneur sur le Fichier Réunionnais.

### ○ AVRIL :

→ **07 avril 2010** : Journée Mondiale de La Santé.

# Installation du Comité de la Recherche en Matière Biomedicale et de Santé Publique (CRBSP) au CHR de La Réunion

**L**e CRBSP: un lieu privilégié pour créer une dynamique structurante

L'ordonnance du 02/05/05 simplifiant le régime juridique des établissements de santé a créé dans chaque CHU, un Comité de la Recherche en Matière Biomedicale et de Santé Publique dont la mission principale consiste à veiller à la coordination des activités de recherche exercées par les établissements et les organismes associés au CHR de La Réunion. Au terme du Décret du 07/11/06 qui prévoit que, dans chaque CHU, doit être mis en place, ce Comité, il a été décidé conjointement avec le Président Directeur Général de l'INSERM, le Président de l'Université et le Directeur Général du CHR de procéder à son installation officielle le 14/12/09.

**Le CRBSP: un lieu privilégié d'échanges réguliers d'informations pour mener des réflexions stratégiques entre l'Inserm, l'université et le CHR.**

Le Comité de la Recherche en matière BioMédicale et de Santé Publique est une instance consultative qui donne son avis sur les conditions dans lesquelles le CHR organise sa politique de recherche conjointement avec l'Université et les établissements publics à caractère scientifique et technique (EPST) ou autres organismes de recherche ayant passé convention. Le comité vise à assurer la cohérence et la complémentarité de l'action des trois grands partenaires que constituent l'hôpital, l'Université et les EPST, permettant d'afficher une ambition unique en matière de recherche biomédicale et en santé.

#### Ses attributions :

Il est consulté sur les projets portants sur :

- les modifications et le renouvellement de la convention hospitalo-universitaire ;
- les conventions d'association avec d'autres établissements ;
- la politique de recherche, telle

qu'elle résulte du projet d'établissement du CHR ;

- le volet relatif à l'enseignement, à la recherche et à l'innovation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- les stipulations relatives à la recherche biomédicale et en santé publique du contrat quadriennal de l'Université ;
- le projet de recherche des pôles d'activité ;
- la participation du CHR aux structures de coopération en matière de recherche : pôles de recherche et d'enseignement supérieur (PRES), réseaux thématiques de recherche avancée, et centres thématiques de recherche et de soins.

#### Sa composition :

Le comité comprend quatorze membres fortement impliqués dans le domaine de la recherche :

- 1- Quatre représentants du CHR désignés conjointement par le Directeur Général et les Présidents des Commissions Médicales d'Etablissement après avis du Conseil Exécutif Inter Etablissement et de la Commission Médicale d'Etablissement de chaque site du CHR ;
- 2- Quatre représentants de l'Université désignés par le Président de l'Université ;
- 3- Quatre représentants des organismes de recherche associés aux missions du CHR, désignés par le Président Directeur Général de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- 4- Deux représentants du CYROI désignés par le Conseil Stratégique H-U de la recherche.

Lorsque le comité examine des questions concernant d'autres établissements associés au CHR, une personnalité scientifique, désignée par son directeur, participe avec voix délibérative aux travaux.

Les membres du Comité sont désignés pour une période de deux ans. Leur mandat est renouvelable. Un intervalle de deux ans doit toutefois être respecté entre deux mandats successifs et un nouveau mandat.



Après concertation entre les représentants légaux de l'Université de La Réunion, de l'Inserm, du CYROI et du CHR, la composition officielle du CRBSP est la suivante :

Il aura à procéder à une définition annuelle des actions, au sein des axes thématiques privilégiés de chaque partenaire. Il devra suivre les évolutions des partenariats entre

Représentants le CHR de La Réunion	Représentants le GIP-CYROI*	Représentants l'Université de La Réunion	Représentants les Organismes de Recherche associés au CHR
<b>Michel CALMON</b> Directeur Général <b>Dr Jean François DELAMBRE</b> ou <b>Dr Christophe TREBUCHET</b> Présidents des CME du CHR <b>Dr Xavier DEBUSSCHE</b> Président de la DRCl et coordonnateur régional de la recherche <b>Dr Arnaud WINER</b> Médecin coordonnateur régional de l'enseignement	<b>Christian MERIAU</b> Directeur <b>Maya CESARI</b> Secrétaire général du Conseil Scientifique	<b>Pr Pascale GUIRAUD</b> Chargé de projet UFR Santé <b>Pr Philippe GASQUE</b> Chargé de mission Coordination de la recherche dans le domaine de la santé pour l'UFR Sciences et Technologies <b>Dr. Christian LEFEBVRE D'HELLENCOURT</b> Directeur Laboratoire de Biochimie et Génétique Moléculaire - Faculté des Sciences et Technologies <b>Pr François TAGLIONI</b> Professeur UFR Lettres et Sciences Humaines	<b>Christine CATTEAU</b> Correspondante scientifique régionale de l'Inserm à La Réunion <b>Pr Koussaï DELLAGI</b> Directeur du CRVOI <b>Dr François FAVIER</b> Coordonnateur du CIC-EC <b>Dr Bernard GAUZERE</b> Praticien Hospitalier du CHR

\* Compte tenu de l'existence à La Réunion depuis 2005 du GIP-CYROI plateau technique Hospitalo - Universitaire de haute technologie dans le domaine de la recherche fondamentale, appliquée et de l'innovation, deux sièges supplémentaires en qualité de membres permanents avec voix délibérative lui sont attribués pour assurer la représentation de son Directeur et de son secrétaire général du Conseil Scientifique.

#### Fonctionnement du CRBSP

Dans sa première réunion prévue à la fin du premier trimestre 2010, le Comité élira tout d'abord son président et son vice-président et validera son règlement intérieur. Le secrétariat sera assuré par la Direction de la Recherche du CHR.

les différents organismes de recherche réunionnaise métropolitaine et internationale. Le Comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique devrait se réunir au moins deux fois par an. Enfin, le Comité établit un rapport annuel qui sera examiné en présence du Directeur Général et des Présidents de la CME du CHR, du Président de l'Université de La Réunion, d'un représentant universitaire de l'UFR de santé de La Réunion, d'un représentant du CYROI et, selon sa disponibilité, du Président Directeur Général de l'Inserm en privilégiant la visioconférence.

# Les contrats de pôle :

## phase finale d'approche, atterrissage prévu en mars

→ Interview de M. Arnaud Morel menée par Luis Santos.

Les instances des deux sites hospitaliers du CHFG et du GHSR avaient adopté le contrat-type des pôles cliniques et médico-techniques en mars 2008. L'année 2010 finalisera la politique de contractualisation avec la signature des 22 contrats de pôle du CHR. Le Secrétaire Général, Arnaud Morel, est en charge de ce dossier et intervient régulièrement devant les conseils de pôle pour préparer cette échéance. Il a accepté de répondre à nos questions.

**a) 2010 marquera une nouvelle étape dans la nouvelle gouvernance du CHR avec la signature des contrats de pôle. Pour une majorité de personnel, cette notion n'évoque rien. Pouvez-vous nous présenter le contenu d'un contrat et nous dire à quelle échéance les signatures interviendront ?**

Cette notion de nouvelle gouvernance, qui peut paraître complexe au premier abord, est en réalité très simple. Il s'agit de confier plus de responsabilités à l'échelon local de l'hôpital, c'est-à-dire au niveau des pôles d'activité clinique et médico-technique qui regroupent l'ensemble de ses services hospitaliers. Pourquoi ? Tout simplement parce que l'on sait que dans un grand nombre de domaines, les choix examinés au plus près du terrain sont pertinents, et ne nécessitent pas de remontée pour arbitrage au niveau de la direction. Tout comme pour les collectivités locales dans ses rapports avec l'État, la décentralisation de la gestion est gage d'efficacité. C'est cette organisation et cette culture hospitalière que l'on appelle la nouvelle gouvernance.

Mais le processus de la nouvelle gouvernance ne date pas de 2010 au CHR de La Réunion. Lancée par une ordonnance de 2005 et consacrée récemment avec la loi HPST<sup>(1)</sup>, la nouvelle gouvernance a rapidement marqué l'organisation des deux sites hospitaliers du CHR de La Réunion. Le CHFG et le GHSR se sont tout d'abord structurés en pôles d'activité



→ Arnaud Morel

clinique et médico-technique<sup>(2)</sup>, pilotés par des responsables médicaux de pôle, des cadres de santé de pôle et des assistants de gestion. La mise en place des conseils exécutifs, sur chaque site et à l'échelle du CHR<sup>(3)</sup>, l'élection des conseils de pôle<sup>(4)</sup> a complété le dispositif. La formalisation des contrats de pôle constitue donc l'aboutissement d'une démarche de fond entamée il y a au moins 5 ans.

Le contrat de pôle a pour finalité de déterminer les objectifs du pôle, lesquels mettent en œuvre la politique du CHR, définie par le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'ARH. Pour atteindre ces objectifs, le pôle dispose des moyens qui sont clairement définis, notamment au regard des personnels ou des capacités d'offre de soins du pôle.

Chacun des 22 pôles cliniques et médico-techniques du CHR de La

Réunion<sup>(5)</sup> comprend un socle commun, appelé contrat-type, adopté il y a un an et demi<sup>(6)</sup>, qui reprend les objectifs généraux des pôles, leurs délégations de gestion, les modalités de l'intéressement. Sur cette base commune, on décline ensuite 7 annexes (structure, activité, dépenses, projets, qualité, enseignement-recherche, soins) dont les niveaux d'objectifs et le choix des indicateurs peuvent varier d'un pôle à l'autre afin de prendre en compte le cas particulier de chacun. J'ajoute que ces objectifs se rapporteront exclusivement à l'année 2010.

En termes de calendrier, l'objectif du CHR de La Réunion consiste à signer les 22 contrats de pôle à la fin du mois de mars prochain.

**b) Les contrats sont censés contribuer à renforcer la participation des personnels à la gestion de l'hôpital. Comment le personnel s'impliquera-t-il dans la réalisation du contrat ? Quels leviers sont à sa disposition ?**

Le contrat de pôle, c'est véritablement l'opportunité pour chaque pôle de s'impliquer dans la définition de ses objectifs, d'être acteur de son avenir. Lorsque le pôle y parvient, on parle d'un « management par le pôle », c'est-à-dire que celui-ci, sous l'autorité du chef de pôle mais avec la participation du plus grand nombre de ses professionnels, va s'efforcer de déterminer les objectifs du pôle, identifier la stratégie lui permettant

(1) Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé ; loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

(2) CHFG : 2005 ; GHSR : 2007

(3) CHFG : juin 2005 ; GHSR : janvier 2006 ; CHR : novembre 2006.

(4) CHFG : juin 2007 ; GHSR : septembre 2008.

de les atteindre : proposition de projets, réorganisations de proximité, coopérations avec d'autres services, d'autres pôles, d'autres établissements...

Les personnels du pôle sont bien sûr invités à participer à la dynamique du contrat de pôle.

Dans un premier temps à l'occasion de son élaboration, le chef de pôle, assisté de son cadre et de son assistant de gestion, animera une concertation interne pour associer autant que possible les représentants des services et des unités fonctionnelles afin d'identifier avec la direction le niveau des objectifs du pôle.

Ensuite, dès lors que le contrat sera signé, l'adhésion du plus grand nombre à ces objectifs conditionnera le succès du contrat ou à l'inverse son échec. En effet, pour atteindre les objectifs du contrat, le chef de pôle aura besoin de la participation de chacun, quelque soit ses fonctions dans le pôle, par exemple à travers la qualité des soins des infirmières, la contribution de praticiens à l'effort de recherche, l'optimisation de l'activité d'hospitalisation ou encore la maîtrise des dépenses de médicaments. Dans la mesure où les objectifs sont de nature très différente (qualité, soins, recettes, dépenses, réalisation de projets...), chaque agent sera concerné par au moins un objectif. En participant à la rédaction de protocoles de prise en charge du patient, à la bonne fluidité de son parcours de soins (notamment en aval), au respect de la juste prescription, à l'exhaustivité du codage, à la participation à des essais cliniques, à l'organisation de réunions de concertations pluridisciplinaires, pour illustrer concrètement les exemples précités, chacun contribue au succès de son pôle et de son contrat.

En termes de gestion au quotidien, les « délégations de gestion » devront aider le pôle à jouer un rôle plus important dans les décisions qui seront prises le concernant, notamment en matière de gestion des ressources humaines (recrutement, formation, évaluation, transformation de poste).

Enfin, le personnel devrait pouvoir tirer les bénéfices de son engagement par l'affectation de moyens financiers supplémentaires

au profit du pôle, même si les objectifs du contrat sont partiellement atteints. C'est le principe de "l'intéressement" qui prévoit de réserver une enveloppe financière dans les deux sites hospitaliers à répartir entre les pôles qui obtiennent des résultats satisfaisants au regard des objectifs de leurs contrats.

**c) Vous avez évoqué l'intéressement comme étant un des volets du contrat, sera-t-il significatif et comment se déclinera-t-il dans les pôles structurellement déficitaires ?**

Dans une gouvernance de l'hôpital où la place des pôles est croissante, il ne serait pas logique d'affecter des crédits d'intéressement d'un montant symbolique. L'enveloppe financière qui lui sera affectée sur chaque site hospitalier sera par conséquent significative (250.000€ au CHFG et 300.000€ au GHSR) ; le Directeur Général s'y est engagé. Cet engagement est d'autant plus remarquable que nos deux sites hospitaliers suivent actuellement un plan de retour à l'équilibre financier. Mais il convient de se donner les moyens de notre politique et de ce point de vue, il faut permettre aux pôles de se mobiliser autour de leurs objectifs et de profiter des fruits de leurs efforts.

Dans la mesure où l'intéressement dépend de l'évaluation des contrats de pôle 2010, les crédits d'intéressement seront distribués, sous réserve du respect du contrat de retour à l'équilibre budgétaire, au début de l'année 2011, au titre de ces contrats de première génération.

L'emploi de cet argent est laissé au choix du pôle, plus précisément à son chef après une concertation interne pour tenir compte également des aspirations du personnel des différents services et unités.

Cet argent pourra servir à acquérir un nouvel équipement hôtelier,

à financer des formations, des frais de mission, des petits travaux de rénovation ou encore à engager des mensualités de remplacement.

Le choix ne sera pas nécessairement facile à faire car le chef de pôle s'efforcera de conjuguer l'intérêt général du pôle et la prise en charge optimale du patient avec l'amélioration des conditions de travail de ses personnels. Une fois la décision prise, le chef de pôle la communiquera à la Direction, celle-ci ne pouvant pas contester l'emploi de ces crédits.

**d) Quels arguments opposez-vous à ceux qui redoutent que les contrats ne viennent complexifier au lieu de la simplifier, la marche de l'institution ?**

Je peux comprendre la méfiance ou le scepticisme que certains peuvent ressentir vis-à-vis de cette nouvelle culture hospitalière que le contrat de pôle représente d'une certaine façon. Celle-ci est encore très récente, les réformes dans le monde hospitalier ont été très denses et se sont succédées ces dernières années. Aujourd'hui, il est encore trop tôt pour que nous en percevions toute la portée. Ceci prendra encore un peu de temps.

Mais ce qui caractérise la dynamique de ces réformes hospitalières, c'est précisément l'exigence d'une simplification de notre organisation<sup>(7)</sup>, que l'on obtiendra par une plus grande cohérence générale de notre fonctionnement. .../...



Les assistants de gestion du CHFG. De G. à D. : Betty Louis, Muriel Payet, Stéphane Guillamat, Didier Houareau, Absent sur la photo : Yanick Chow Kam Shing

(5) Le CHR de La Réunion comprend 10 pôles au Centre Hospitalier Félix Guyon et 12 pôles au Groupe Hospitalier Sud Réunion

(6) Conseil Exécutif CHR du 19 mars 2008

(7) Comme en témoigne l'Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 « simplifiant le régime juridique des établissements de santé »

.../... Cela passe par une clarification du rôle des acteurs de l'hôpital mais aussi par une collaboration renforcée entre la Direction et les pôles qui prennent en charge les patients au quotidien. C'est par exemple permettre au directeur, en étroite collaboration avec le président de la CME et les chefs de pôle, de conduire la politique de l'établissement. C'est aussi l'engagement réciproque d'objectifs et de moyens qui constitue l'objet du contrat de pôle signé entre le chef de pôle et le chef d'établissement.

Dans ce contexte, le contrat de pôle, symbole d'un « management médico-administratif », a pour ambition de prendre en compte la situation spécifique de chaque pôle et de ses structures internes. Il garantit davantage d'équité dans la réponse aux demandes du pôle mais également plus de marge de liberté dans l'élaboration de ses projets.

Il a également vocation, dans un principe de transparence, à faire connaître aux personnels du pôle, quelles sont les faiblesses de celui-ci mais aussi ses atouts et ses opportunités. Sur la base d'un constat partagé, il sera plus simple, plus aisé de construire une stratégie doublement gagnante pour le pôle et l'établissement et d'assurer ainsi la pérennité de l'hôpital public et de son développement.

**e) Les tableaux de bords attendus par beaucoup seront-ils au rendez-vous des contrats ? Si oui, quelles formes prendront-ils ?**

La production d'informations fiables et pertinentes permettant de mesurer les résultats du pôle constitue à l'évidence un préalable indispensable à toute démarche de contractualisation interne<sup>(8)</sup>. Au CHR de La Réunion, ces conditions sont aujourd'hui réunies.

Les tableaux de bord d'activité et de dépenses, élaborés par la Direction du contrôle de gestion en lien avec la Direction des affaires financières et le DIM, sont désormais diffusés aux pôles des deux sites hospitaliers selon un rythme mensuel.

Par ailleurs, depuis décembre dernier, les comptes de résultat d'exploitation analytique (CREA) sont également disponibles et permettent à chacun des pôles du CHR de connaître sa situation financière

au titre de 2008, en appliquant les règles nationales de la comptabilité analytique hospitalière.

Ces tableaux de bord et CREA, complétés par d'autres sources d'information fournies par les directions fonctionnelles de chaque établissement, permettront d'alimenter les indicateurs qui figureront dans les contrats de pôle. Parfois, c'est le contrat de pôle qui accélérera le processus de structuration des circuits d'information du CHR, à l'instar de certaines données relatives à l'enseignement au CHR, actuellement mal connues.

Dans l'ensemble, le pôle disposera d'informations synthétiques et stratégiques de nature à faciliter l'analyse de sa situation et le choix d'orientations stratégiques. Ce encore une fois dans toute la diversité de ses champs d'activité, et j'insiste, notamment en matière de politique qualité et de soins, dont l'importance est renforcée par la loi HPST.

Le système d'information est enfin essentiel pour un établissement comme le CHR de La Réunion qui devrait devenir cette année un CHU et qui doit pouvoir valoriser le travail remarquable fourni en matière de recherche clinique et à travers la contribution de nos praticiens à l'enseignement de la première année de médecine et demain des deuxième et troisième années.

**f) Comment décririez-vous l'articulation entre les pôles qui s'inscrivent dans un établissement donné et les filières qui ont vocation à établir des ponts entre les deux sites (CHFG/GHSR) ?**

Le CHR de La Réunion est né d'une coopération renforcée entre deux établissements disposant de capacités d'offre de soins dans de nombreuses disciplines médicales communes.

Le projet médical du CHR de La Réunion, adopté par les conseils d'administration du CHFG et du GHSR en octobre 2006, structure les projets médicaux à travers quinze filières de soins. Afin d'améliorer l'adéquation entre l'offre et la demande de soins, et dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire, chaque filière de soins décline les complémentarités possibles entre les pôles nord et sud du CHR, les spécialisations / niveaux d'excellence actuels et potentiels.

Par construction, la filière CHR présente un caractère multi-site, ce qui n'est effectivement pas encore le cas des pôles du CHFG et du GHSR qui sont actuellement rattachés à leur site hospitalier exclusif. Mais rien n'interdirait, à terme, à des pôles relevant d'une même filière de soins de se rassembler et de former des pôles inter-sites, comme c'est souvent le cas dans les CHU métropolitains multi-sites. Cela conduirait ces pôles d'une même filière à bâtir un projet de pôle commun ainsi qu'un seul contrat de pôle.

A plus court terme, l'objectif consiste, après la signature des contrats de pôle de première génération, à rassembler les pôles relevant de la même filière de soins afin que les objectifs des annexes des deux contrats soient portés à la connaissance des représentants des deux pôles. Cette information réciproque se déroulera en format de bureau ou de conseil inter-pôles au libre choix des chefs de pôle concernés. Elle présente naturellement une utilité très pratique car de plus en plus, les pôles des deux sites travaillent en étroite collaboration et chaque acteur de la filière doit connaître les objectifs de son partenaire. Mais elle revêt surtout une dimension symbolique d'un destin commun partagé au sein de la filière de soins qui trouve dans le contrat de pôle une application à la fois concrète et novatrice.



Les assistants de gestion du GHSR. De G. à D. : Mickaël Hoarau, Véronique Vilalte, Josué Leperlier, Cyrielle Payet. Absente sur la photo : Isabelle Aho Nienne

(8) Contractualisation interne = entre la direction et les pôles d'activité



# Blocs opératoires du CHR

## Une organisation au service du patient

Les blocs centraux du CHR sont présents sur le CHFG et le GHSR. En tout, un potentiel de 22 salles, équitablement réparties, permet de réaliser chaque année plus de 20000 interventions. On pourra voir dans ce dossier les plans des deux sites opératoires. Enceintes fermées, objet de toutes les attentions, pour permettre aux 100 praticiens (chirurgiens et anesthésistes) et aux 160 personnels non médicaux (IADE, IBODE, AS, Cadre de santé) qui y exercent, pour moitié sur chaque site, de réaliser leurs actes dans des conditions de sécurité optimum, pour les patients et pour eux-mêmes. Au bloc opératoire la cohérence est le maître mot, si une décision qui engage plusieurs acteurs n'est pas partagée, s'il y a un oubli dans la chaîne de prise en charge du patient, c'est comme un code erroné dans un programme informatique de plusieurs milliers de lignes, le « bug » n'est jamais loin. Heureusement, des cadres régulateurs et des praticiens « chef d'orchestre » reconnus par leurs confrères, sont là pour aplanir les difficultés, renouer les fils du dialogue, imposer la discipline collective là où des comportements individuels ont tendance à s'afficher. Cohérence renforcée avec la montée en puissance de la chirurgie ambulatoire qui commence à produire ses premiers résultats. Depuis Juin 09, le GHSR réalise 11% des séjours chirurgicaux en ambulatoire. Ouvert plus tôt, en avril 2009, ce mode de prise en charge, représente au CHFG 13,7 % des séjours en chirurgie.

→ **La chirurgie ambulatoire : quand le patient devient le pivot du système**

*« Ma conviction est que lorsque l'indication le justifie, la chirurgie ambulatoire n'est pas une autre façon de traiter le patient, mais la meilleure façon de le traiter ».*

*Simone VEIL, ministre de la santé 1995*

**A**u CHFG comme au GHSR, les UCA (Unité de Chirurgie Ambulatoire) ont vu le jour respectivement en avril 2009 et en juin 2009. Le modèle de structure ambulatoire adopté par le CHR est le modèle « centre intégré » représentatif de la quasi totalité des structures françaises depuis 20 ans. L'avantage est une plus grande facilité de mise en œuvre. Le circuit ambulatoire est clairement identifié au niveau de l'accueil mais le bloc opératoire et la SSPI (Salle de Surveillance Post-Interventionnelle) sont communs aux 2 prises en charge (ambulatoire et traditionnelle).

**La bonne pratique de la chirurgie ambulatoire implique 2 évolutions :**

- La modification des rapports du colloque singulier entre le patient et l'opérateur avec un transfert au patient d'un certain nombre de responsabilités (bonne observance des prescriptions médicales, respect des conditions d'hygiène...) et ce faisant, une transformation du patient en « captif et passif » en patient « actif et responsable » dans sa prise en charge.
- La mutation d'une organisation où le patient devient le « pivot du système ». L'organisation des structures ambulatoires dans notre établissement a été renvoyée à l'arbitrage des équipes concernées. L'essentiel pour elles, étant de maîtriser parfaitement le concept de l'UCA.

Un séjour en ambulatoire se compose de plusieurs phases successives et indispensables. La visite pré-anesthésique, le passage au bloc opératoire, le



*« Il y a deux manières de prendre en charge un patient (ambulatoire/traditionnelle) mais il n'y a qu'une seule façon d'opérer le patient »*

réveil et la surveillance nécessaires et préalable à l'aptitude à la rue. La durée de la prise en charge ambulatoire ne peut excéder 12 heures. Cette contrainte temps indique clairement que seule l'organisation et la sélection des patients rendent possible ce mode de prise en charge. Les actes programmés en ambulatoire sont de courtes durées (1h30), à faible risque (hémorragique et respiratoire) et aux suites opératoires simples (notamment la maîtrise de la douleur et de l'handicap). Les patients répondent également à des critères sociaux (compréhension suffisante, autonomie dans les actes de la vie quotidienne). Enfin, la structure organise la prise en charge anesthésique. A l'avenir, il est probable que l'éligibilité d'un patient à l'ambulatoire repose plus sur une approche basée sur la prévisi-

bilité et l'analyse du bénéfice-risque que sur une stricte liste de critères et d'indicateurs. A terme, la mutation introduite par l'ambulatoire est d'amener l'opérateur à s'interroger sur les bénéfices attendus par le patient à une prise en charge en ambulatoire (tant suggestif : une plus grande satisfaction, qu'objectif : moindre exposition aux infections nosocomiales) voir, à l'inciter à réfléchir en terme de bénéfices supplémentaires qu'en tirerait le patient si on lui proposait une hospitalisation traditionnelle. **Partant, la norme de prise en charge deviendrait ambulatoire.**

*« Ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire mais le patient ».*

En France en 2008, 1,5 millions d'interventions chirurgicales étaient réalisées en ambulatoire. Un progrès sensible avec un taux de chirurgie ambulatoire de 54 % contre 36 % en 2000. Pour autant, les chiffres français demeurent éloignés de ceux observés la même année en Allemagne (61 %) et au Danemark (78 %).

Depuis le lancement de la chirurgie ambulatoire sur chacun des sites du CHR, ce mode de prise en charge a progressé pour atteindre 11% des séjours en chirurgie au GHSR et un peu plus de 13.7% au CHFG. Considérant que le champ de la chirurgie ambulatoire est très vaste et concerne tous les actes programmés classiques soit 80 % en volume de tous les actes chirurgicaux français, hormis la chirurgie de recours et d'urgence, notre marge de progression est, comme on le voit, importante.

**Quelques exemples d'interventions réalisées en ambulatoire :**

SPÉCIALITÉS	ACTES RÉALISÉS
Orthopédie	Canal carpien – arthroscopie du genou
Viscéral	Varices
Chirurgies générale et digestive	Hernies sous célioscopie – tumeurs anales
ORL et maxillo-facial	Végétations et amygdales
Chirurgie infantiles	Chirurgie testiculaires – hernies ouvertes enfants
Gynécologie	Célioscopie - gynécologie



→ **Le bloc opératoire du CHFG**

**BLOCS OPÉRATOIRES  
SAINT-DENIS**  
(11 salles)

Un bloc opératoire est une enceinte protégée, construite selon une architecture spécifique qui est régie par des procédures particulières, comme le traitement de l'air. Ces dispositions contribuent à la qualité des actes qui y sont pratiqués. Sur ces pages qui suivent nous présenterons les 2 blocs centraux du CHR. Au total 22 salles sont équipées.



Chirurgie

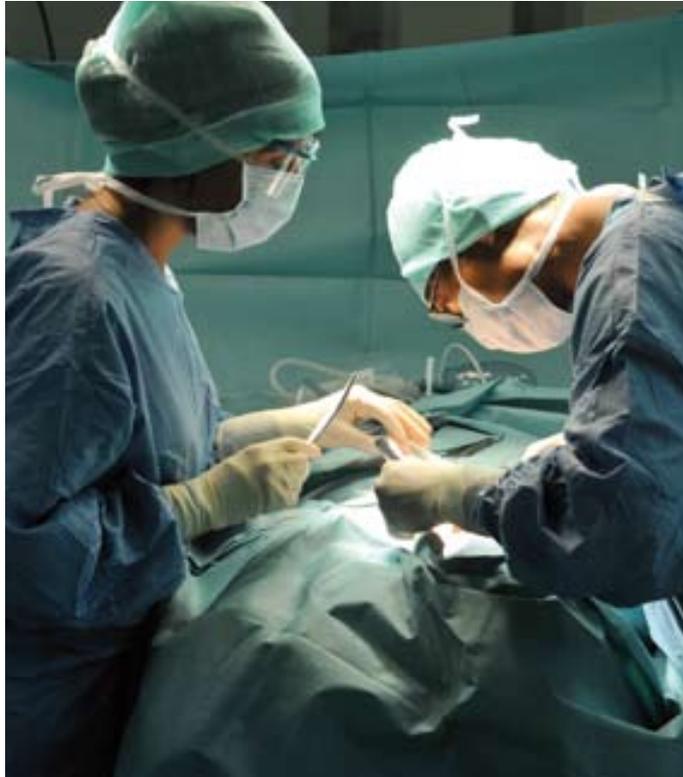
Chirurgie Cardiaque



→ **La programmation opératoire : porte d'entrée du bloc**

La programmation opératoire consiste à construire un planning prévisionnel des interventions chirurgicales à réaliser pendant une période donnée, à partir des demandes des patients.

**C**'est la clé de voûte de toute l'organisation du bloc opératoire. Elle rythme l'activité des acteurs du bloc (chirurgiens, anesthésistes, IADE, IBODE, AS) mais aussi l'activité des services de chirurgie, de réanimation et de soins continus postopératoires, la pharmacie, la radiologie, la stérilisation centrale...



M<sup>me</sup> HOAREAU se présente à la consultation de chirurgie. Après examen de son cas clinique, le chirurgien lui propose de l'opérer. Pour fixer la date de son intervention, il prendra en compte les besoins qui lui expriment la patiente, les plages horaires qui lui sont allouées pour opérer et le planning d'occupation des lits du service où M<sup>me</sup> HOAREAU sera admise.

La programmation par allocation préalable de plages horaires à l'intérieur desquelles les opérateurs répartissent leurs interventions est la règle adoptée dans les deux blocs centraux du CHR.

Le schéma de répartition des plages opératoires, décidé par le conseil de bloc est le plus adapté possible aux activités réelles. Revenons à M<sup>me</sup> HOAREAU qui est invitée par le chirurgien à se rendre à la consultation d'anesthésie dans un délai variable en fonction du degré d'urgence. C'est le praticien anesthésiste qui remettra à la patiente son bon d'hospitalisation lui permettant de s'enregistrer au bureau des entrées la veille de son admission. La participation à la programmation de M<sup>me</sup> HOAREAU s'arrêtera là.

Depuis son premier rendez-vous un échange d'informations la concernant est intervenu entre le secrétariat de la consultation de chirurgie, le service d'hospitalisation et le bloc opératoire. A formuler, l'objectif est simple

« satisfaire la patiente quant à son souhait d'être opérée à une date déterminée ». Comme on va le détailler, la mise en œuvre de cet objectif dépend d'une organisation qui s'attache à mobiliser pour chaque intervention, les bonnes personnes avec le bon matériel dans la bonne salle et au bon moment.

Compte tenu du nombre d'acteurs importants concernés par l'opération de M<sup>me</sup> HOAREAU, cette programmation exigera à toutes les étapes, pré, per et postopératoire :

- une attention et une rigueur sans faille dans la collecte des informations, leur saisie et leur transmission,
- une discipline collective pour respecter l'organisation induite par les décisions prises sur la base des informations transmises.

On mesurera cette complexité dans le strict respect de la cohérence des décisions prises

concernant M<sup>me</sup> HOAREAU qui s'apprête, un peu anxieuse, à venir à l'hôpital.

Le jour de sa première consultation de chirurgie, en effet, une fiche sur la date précise de l'intervention, son motif, les moyens et matériels requis a été renseignée et parvenue au service d'hospitalisation et au bloc opératoire. Au GHSR, l'outil informatique est généralisé pour la saisie de cette fiche. Au CHFG, deux services l'utilisent, la chirurgie ambulatoire et la chirurgie infantile. Sinon ce document dans cet établissement circule sous format papier. La fiche en T, comme on l'appelle communément, qu'elle soit sous format électronique ou papier, est essentielle pour conduire la consultation d'anesthésie qui suivra celle du chirurgien et pour renseigner le bloc sur l'intervention programmée. A partir de ce document le planning prévisionnel du bloc sera établi.

Elaboré chaque semaine pour la semaine suivante, le planning répartit les interventions par salle et leur ordonnancement dans le temps. Il est adressé chaque vendredi pour validation, aux chirurgiens et aux anesthésistes. M<sup>me</sup> HOAREAU peut être rassurée, son intervention est inscrite au planning. Et le jour J, les ressources seront au rendez-vous.

Elle reviendra à elle, en salle de réveil et retrouvera son lit dans le service d'hospitalisation. Pour le personnel du bloc, c'est une intervention comme une autre, parmi les 20 000 prises en charge chaque année au CHR.

**Paroles de soignants**

*“ J'aime travailler en symbiose. Ici tu es au cœur de l'action. Nous gérons la complexité. Cela m'a permis de développer ma compétence d'analyse. Il faut se remettre en question tout le temps et ce n'est pas pour me déplaire. ”*

► **Patrick, infirmier de bloc**

*“ Depuis mes débuts au bloc, les conditions de travail se sont nettement améliorées : le gant stérile a remplacé le talc et le Poupinel. Le bloc reste une aventure passionnante. ”*

► **Robert, infirmier de bloc**

*“ Je suis nouvelle ici. C'est un stage au bloc qui m'a motivé. Le cadre de travail, son organisation sont à l'origine de mon choix. J'aime prendre des responsabilités dans ce métier. Quand je prépare mon matériel pour l'intervention à suivre, je ne compte que sur moi. Je m'engage en entier. ”*

► **Emilie, infirmière de bloc**

## → La régulation du bloc : de la fermeté dans un gant de velours



**30% en moyenne des interventions de la semaine sont non programmées.**

Le cadre régulateur, personnage central de la régulation, entre ici en jeu. C'est à lui que reviendra de mobiliser les moyens nécessaires pour prendre en charge ces ajouts aux programmes opératoires, décidés le plus souvent en fonction de l'urgence.

Il peut arriver que le non programmé soit annoncé sans motif lié à l'urgence. Dans ce cas, le sang-froid, l'esprit de décision, la fermeté, la capacité d'écoute et de dialogue ne se-

ront pas de trop pour permettre au cadre régulateur de gérer des situations pouvant être sources de tensions.

A la disposition du cadre régulateur du CHFG, un tableau blanc est renseigné chaque soir pour reprendre les interventions programmées du lendemain (voir notre photo). Il est mis à jour en cas de modification de ce programme et permet ainsi au personnel de suivre en direct les modifications du programme.

Au GHSR, la planification est informatisée et est mise à jour en direct en fonction des modi-

fications demandées par l'opérateur et toujours motivées.



*« L'aléa est toujours possible dans notre métier et réclame une gestion du personnel dynamique. Une programmation maîtrisée permet de rendre à ce dernier les heures supplémentaires cumulées », nous confiera le Dr Ingles, animateur de la cellule de programmation du GHSR.*

## → Métiers : Des infirmier(e)s spécialisé(e)s

### → IBODE (Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État) :



L'infirmier de bloc opératoire est une spécialisation du métier d'infirmier.

Ces professionnels exercent au sein d'une équipe dans les blocs opératoires.

En collaboration étroite avec le chirurgien, l'IBODE prend en charge le patient dès son arrivée en salle d'opération jusqu'en fin d'intervention, en salle de réveil.

### → IADE (Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État) :



L'infirmier anesthésiste est une spécialisation du métier d'infirmier.

L'infirmier anesthésiste a en charge la sécurité du patient au cours de l'anesthésie, que celle-ci ait lieu au bloc opératoire ou en extra-hospitalier (aide médicale urgente).

Le rôle de l'IADE est d'assister le médecin anesthésiste réanimateur dans la pratique de l'anesthésie et dans l'organisation plus générale de cette activité.

## → Mon premier bloc : émotions garanties

On m'a prévenu, je vais pouvoir assister à une opération. Celui qui me l'a dit a prononcé « canal lombaire étroit ». Les lombaires, je vois ce que c'est. Mais « le canal étroit », c'est un mystère. On verra bien !

Il y a un code à l'entrée du vestiaire homme. J'observe dans la pièce un homme en slip qui se débarrasse d'une tenue de couleur verte dans un sac à linge sale. Derrière lui, des cintres où sont accrochés des pantalons. Il en prend un et me dévisage. Il ne me connaît pas. Sans doute qu'ils se connaissent tous, alors évidemment, un étranger au bloc, ça interroge. J'enfile l'uniforme du bloc, sans oublier mes sabots en plastique vert, mon bonnet et mon masque.

Je n'avais pas idée de ce que j'allais voir. Je suis à présent dans un espace du bloc que je tente de déchiffrer. L'atmosphère est calme et à cet endroit se croisent des brancards qui amènent les patients vers les différentes salles d'intervention.

On m'invite à me diriger vers la salle où une équipe s'affaire autour d'un homme, la cinquantaine, que l'on s'apprête à endormir. Il est placé sur le dos. Tous ces professionnels portent le masque. Je m'arrête sur un regard, de beaux yeux noirs. A ma gauche une infirmière portant gants et casaque stériles prépare le matériel sur une table. Je comprends très vite qu'à cet endroit, la propreté est une obsession partagée.

Je jette un coup d'œil sur la table : des ciseaux, un bistouri, des pinces... et là, des écarteurs et un marteau. Le mystère s'épaississait. Infirmière anesthésiste, infirmière de bloc, anesthésiste, tous sont concentrés. Pas un mot de trop. J'ai presque froid dans cette salle. Quelques instants après, le chirurgien entre en scène. Le malade nu et endormi est mis en position pour l'intervention. Je comprends que les vertèbres



doivent être accessibles. On me glisse à l'oreille "position genu pectoral". A genou, nu sur la table d'opération, on prépare la zone à opérer du patient avec une solution savonneuse qui mousse, couleur rouille. Les gestes sont précis, presque élégants. La table sur laquelle sont disposés dans un ordre impeccable les instruments est approchée du patient. Trop basse pour opérer dans de bonnes conditions, le chirurgien demande que l'on monte la table d'opération. L'infirmière actionne la pédale et soudain l'autre infirmière intervient pour stopper la manœuvre. La table d'instruments à cheval sur la table d'opération commençait à basculer. Il était temps. Un aléa ne peut jamais être exclu tout à fait même lorsque, comme je l'observe depuis le début, tout est étudié avec un soin méticuleux. Le presque accident a été géré sans même que je m'en aperçoive. Soigneusement, on isole la zone à opérer avec des draps en papier stériles de couleur bleue. Sous la lumière froide et blanche du scialytique, on croirait plonger dans les abysses. L'infirmière anesthésiste a ses yeux noirs braqués sur l'écran qui lui renvoie les paramètres à

surveiller. J'entends en bruit de fond les battements d'un cœur. Un instant après, la voix du chirurgien prononce "je peux inciser?" et un membre de l'équipe d'anesthésie lui répond "oui". Une ouverture de dix à quinze centimètres dans le bas du dos est pratiquée. Ils me font à cet instant, tous ces professionnels appliqués, l'impression de voir en chaque chose un sens, un dessin. Le chirurgien est concentré, il écarte les chairs pour atteindre la colonne vertébrale. Soudain le geste est suspendu dans les airs au-dessus du champ opératoire. Le bruit que j'entends me fait tressaillir. Des frissons me parcourent. Je ne suis pas dans un atelier d'artiste où le sculpteur attaquerait aux ciseaux une pièce de bois, mais dans un bloc opératoire où devant moi le chirurgien casse au marteau les épineuses vertébrales. L'infirmier qui me coach a heureusement, pour calmer mon angoisse, donné du sens à ce que j'observais avec des yeux où se mêlaient la crainte de celui qui ne sait pas et l'admiration de celui qui imagine que tout se remettra en place une fois l'opération terminée. Je m'inquiète aussitôt « aura-t-il mal après ? » On sourit à

ma question. La douleur est consubstantielle à la chirurgie, aujourd'hui on sait comment la réduire. Une pompe à morphine sera remise au patient et si besoin, des infiltrations avec des analgésiques locaux pourront être pratiquées.

Je respire un grand coup. La plaie refermée, le chirurgien a enlevé ses gants, a marqué un temps pour se retourner une dernière fois vers le patient. J'ai eu envie d'applaudir ces professionnels passionnés que j'avais observés plein de sang-froid et d'assurance redonner une vie normale à un homme. On m'a fait comprendre gentiment que ce n'était ni le moment ni l'endroit.

## Paroles de soignants

*"Peu ont choisi le bloc en début de carrière, le destin professionnel les y a amené."*

*"Pour moi, cela reste une expérience formidable où la solidarité professionnelle n'est pas un vain mot. Un moment plein de surprises et de défis. Mais avant tout un travail d'équipe en perpétuelle évolution."*

► **Maxime, infirmier de bloc**

*"Des moments forts avec les patients malgré un temps très court passé avec eux. On dit que le service est fermé. Je ne le vis pas comme ça. Si la dimension technique est importante, l'humanité a pleinement sa place."*

► **Jeannine, aide-soignante**

*"Technicité évidemment, mais avant tout approche humaine de mon métier."*

► **Carole, IADE**

## → Le bionettoyage du bloc opératoire : L'efficacité des aides-soignants et des A.S.H au service de la prévention des infections nosocomiales post-opératoires.

Les techniques de bionettoyage utilisées sont identiques sur les deux sites où l'on trouvera des équipes d'AS et ASH (sur le CHFG) motivées et soucieuses de répondre au mieux aux missions qui leur sont confiées.



**A** l'ouverture du bloc, tôt le matin, le travail commence par un balayage humide des sols et l'essuyage humide des scialytiques et des surfaces horizontales. Chaque AS prend en charge un secteur. Jamais moins de deux salles et le plus souvent trois. Son rôle consistera, après cette phase d'entretien, à accueillir les patients dans le sas d'entrée du bloc opératoire. L'AS devient alors l'élément rassurant et apaisant auprès du patient. Il reconforte et console les plus anxieux. Il prendra la main de l'enfant qui pleure.

Entre 2 interventions l'aide soignant assure l'entretien des salles placées sous sa responsabilité. Sa formation au respect des protocoles du CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) lui assure une maîtrise professionnelle. Nettoyage du scialytique, des chariots, des tables d'instruments, de la table d'intervention, des supports des boccas d'aspiration, évacuation des déchets... sont effectués dans un ordre logique. Son travail se concentre sur les surfaces les plus souillées (surfaces horizontales) ou celles qui représentent le plus grand risque pour le patient (surfaces surplombant le champ opératoire). Au quotidien, les murs et les plafonds ne sont entretenus qu'en présence de souillures visibles.

En fin de journée, l'équipe d'aides-soignants

et ASH prendra en charge la désinfection du bloc opératoire, sans oublier les annexes (salle de préparation de l'opéré, sas malade, arsenal stérile...). Un bionettoyage plus poussé sera réalisé selon une fréquence variable en fonction des sites et des situations rencontrées : lavage des sols à la monobrosse, nettoyage des murs et des plafonds des salles d'intervention et des locaux annexes.

Ce bionettoyage est évalué périodiquement pour s'assurer de son efficacité. Des prélèvements de surface sont effectués chaque mois et envoyés pour analyse au laboratoire. 10 prélèvements par salle et par mois à Saint-Pierre avec un passage prochainement à 5 prélèvements. A Saint Denis le nombre révisé à la baisse il y a quatre ans est de 3 prélèvements mensuels par salle.

L'hygiène au bloc opératoire, nécessite une vigilance constante, et une maîtrise des risques qui mobilisent l'énergie et l'attention des professionnels concernés. Parmi eux, les aides-soignants que nous avons rencontrés et qui seront à l'honneur prochainement dans l'émission « les nouveaux défis » proposée par la chaîne RFO (émission réalisée au GHSR).



→ **Le bloc opératoire, une Pratique Exigible Prioritaire (PEP) de la prochaine visite de certification**

Le bloc opératoire est un secteur d'activité à risque. Sa maîtrise est une préoccupation constante des équipes qui y exercent. Pour s'en assurer, la H. A. S. désigne le bloc opératoire comme étant une « pratique exigible prioritaire » (PEP), à l'occasion de la prochaine visite de certification qui, si le calendrier est respecté, se déroulera sur les deux sites en juin 2012.

**U**ne PEP, doit être satisfait à 80 % pour échapper aux recommandations et aux réserves. On prendra connaissance ci-après des éléments d'appréciation (EA) que le bloc opératoire devra satisfaire. Ils sont classés en trois étapes : l'organisation **E1**, sa mise en œuvre **E2** et son évaluation **E3**. Chaque élément d'appréciation se voit attribuer une note : 20 s'il est satisfait, 14 s'il est satisfait en grande partie et 7 s'il est satisfait partiellement, enfin zéro s'il n'est pas satisfait. S'agissant d'une PEP, le bloc opératoire doit obtenir 224 points sur les 280 maximum qui peuvent être attribués sur l'ensemble des EA (au nombre

de 9 sur les trois étapes) du critère **26a « organisation du bloc opératoire »**. Vous lirez dans le tableau ci-dessous, les éléments d'appréciation auxquels le CHR est tenu de répondre.

A la lecture de ces éléments d'appréciations on retiendra que l'objectif est de réunir au moment voulu : le patient préparé, informé et ayant donné son consentement, accompagné de son dossier complet, l'équipe opératoire (anesthésiste, chirurgien, IADE, IBODE), les équipements de la salle d'opération en état de fonctionnement, du matériel chirurgical et anesthésique adapté et stérilisé dans le respect des normes. L'organisation coordonnée est

formalisée en concertation entre les professionnels des différents secteurs d'activité. Afin de rendre l'intervention plus sûre et de réduire l'occurrence des événements indésirables évitables, l'organisation du bloc opératoire doit prévoir la mise en place d'outils ayant fait la preuve de leur efficacité, tels que la check-list de l'OMS sur la sécurité chirurgicale. La mise en œuvre d'une check-list « sécurité chirurgicale » doit être systématique, **adaptée au contexte local** et aux recommandations des organismes agréés d'accréditation.

**Les vérifications de la check-list, se déroulent sur trois temps :**

**Avant l'anesthésie :** le patient, accompagné de son dossier complet, confirme son identité, la nature de l'intervention, le site opératoire et son consentement ; la sécurité anesthésique est vérifiée, etc. ;

**Avant l'intervention et durant un temps de pause :** le chirurgien, l'anesthésiste et l'IBODE confirment l'identité du patient, l'intervention prévue et le site opératoire. Les événements critiques sont anticipés : le chirurgien précise les étapes critiques, durée de l'intervention et évaluation de la perte sanguine, l'anesthésiste examine les mesures spécifiques à prendre pour le patient, l'IBODE vérifie la stérilisation des dispositifs et l'absence de difficultés concernant l'instrumentation, etc. ;

**Avant que le patient ne quitte la salle d'opération :** la nature de l'intervention est enregistrée ainsi que le décompte exact des instruments, des compresses. L'étiquetage des pièces opératoires

inclut le nom du patient. Tout dysfonctionnement d'équipement est signalé, les points clés de la prise en charge post interventionnelle sont précisés. Ces vérifications systématiques croisées (double regard) sont sous la responsabilité d'un membre identifié de l'équipe opératoire : tout écart au regard de ces objectifs doit être résolu avant la poursuite de la procédure.

ÉTAPE 1 : Prévoir l'organisation	ÉTAPE 2 : Mettre en œuvre l'organisation	ÉTAPE 3 : Évaluer et améliorer l'organisation
Des circuits spécifiques sont définis pour les différents modes de prise en charge (hospitalisations complètes programmées, chirurgie ambulatoire, urgences immédiates, urgence différée).	Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité...) Et qualitatifs (événements indésirables, le délai) est assuré et des actions d'amélioration sont mises en œuvre.
Les locaux et l'équipement sont conformes et font l'objet d'une démarche qualité.	Pour chaque intervention chirurgicale, la procédure de vérification de l'acte est mise en œuvre par un membre identifié de l'équipe opératoire.	
La charte de fonctionnement définie et validée par un conseil de bloc précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, établit les responsabilités et les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.	La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes incluant les vérifications effectuées est assurée.	
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médicaux techniques, techniques et logistiques.	Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues du document de référence actualisée et validée.	
Le système d'information de bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.		

**Paroles de soignants**

*“ Ce qui me fait aimer le métier depuis si longtemps que je le pratique, c'est le contact avec le patient. Les sourires au bloc, voilà ce qu'il me fait le matin pour m'encourager. Et quand il y en a, on sait que la matinée sera belle. ”*

› **Bernadette, IADE**

*“ J'ai commencé ici à 28 ans et que personne ne me dise jamais de partir. J'aime trop ça ! ”*

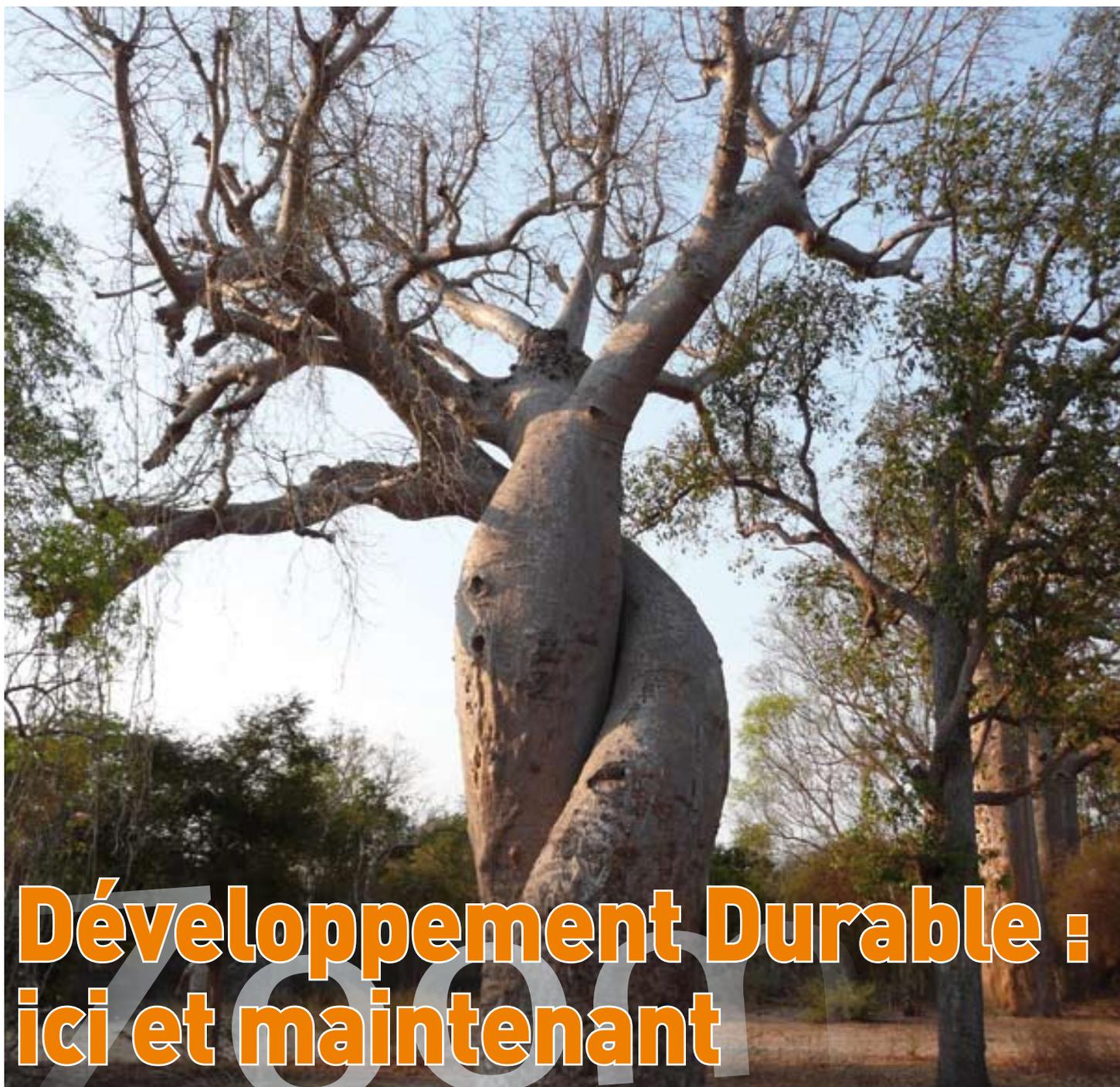
› **Jean-Luc, ASH**

*“ Je m'accomplis, c'est le hasard qui m'a conduit au bloc mais c'est ma volonté qui m'a fait y rester. ”*

*Au bloc, on n'est jamais seule, on travaille en équipe.*

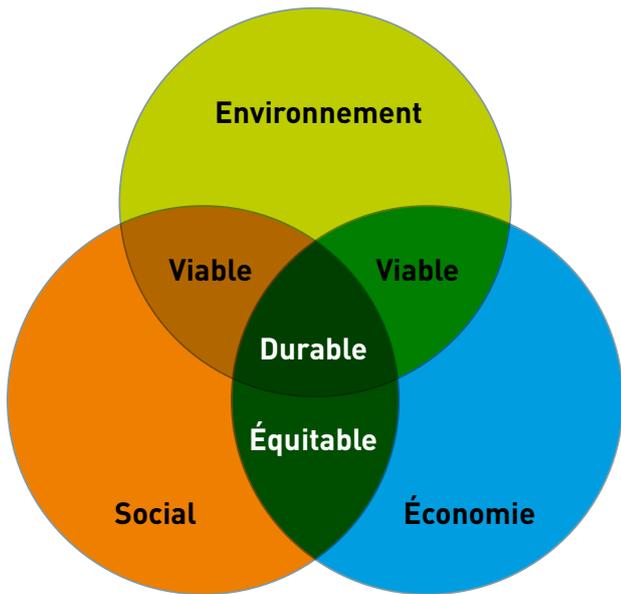
*La technique est importante. Elle a participé largement au choix professionnel que nous avons fait. Mais dites vous bien qu'elle ne nous éloigne jamais de l'humain. ”*

› **Nadège, Marie, Nathalie, infirmières de bloc**



# Développement Durable : ici et maintenant

C'est un passage obligé pour donner confiance aux patients, pour respecter les professionnels et pour limiter notre impact sur l'environnement. La démarche de certification prévoit d'évaluer la capacité de nos institutions de santé à s'inscrire dans une stratégie de « développement durable » qui engage le management de l'établissement dans ses différents aspects : gestion des ressources humaines et gestion des services logistiques notamment. Très vite dans ce dossier on se rendra compte que si l'exemple vient d'en haut, il appartient à chacun là où il se trouve d'adopter la bonne attitude, celle que l'on nomme pour faire court : l'attitude éco responsable. « Eco » parce qu'il est question de protéger notre environnement et à La Réunion plus qu'ailleurs on mesure sa fragilité. Responsable, parce que nous pensons à demain et aux générations qui suivront et qui ne nous pardonneront pas notre immobilisme et au pire notre égoïsme. Plus concrètement nos institutions s'inscrivent dans la durée et agir en « éco responsable » c'est préserver l'avenir. En limitant le gaspillage, en maîtrisant les dépenses énergétiques et en valorisant au mieux les ressources que nous employons nous agissons en « éco responsables ».



→ Schéma de Développement Durable à la confluence des 3 piliers du DD



**D**urable dès lors que le lien entre les « trois piliers » est effectif : les préoccupations environnementales, sociétales et économiques se rejoignent. Exemple : un projet en lien avec le social et l'environnement est vivable. Mais s'il ignore la dimension économique, il est assurément à moyen terme compromis. A vous de poursuivre.

Petit guide pour un agent hospitalier pas comme les autres face à ses Éco-responsabilités



Être Éco-responsable c'est QUOI ?

Tous les jours, la vie au travail nous donne l'occasion d'agir pour réduire nos impacts sur l'environnement. Être éco-responsable c'est donc engager des gestes simples, cette démarche peu contraignante et pleine de bon sens, est avant tout un état d'esprit.

Nous sommes plus de 5800 agents à travailler au CHR, si nous bougeons tous ensemble, nous pouvons faire changer les choses. Dès à présent chaque geste compte :

**LE PAPIER :** C'est le premier consommable utilisé dans les activités administratives. En moyenne un agent administratif consomme 75 kg de papier/an.

Quatre pistes à suivre pour réduire notre impact :

- ☞ Je réutilise pour mes impressions - brouillon le verso de mes vieux documents
- ☞ J'imprime recto-verso et j'évite d'imprimer systématiquement mes courriels et documents associés
- ☞ J'utilise le plus possible le format informatique pour diffuser les documents.
- ☞ J'évite de mettre sous enveloppe un document non confidentiel, diffusé en interne

Prochainement un **INTRANET-CHR**

améliorera nettement la circulation et l'archivage de l'information qui abandonnera progressivement le format papier pour adopter le format électronique.

**L'ÉLECTRICITÉ :** C'est un poste de dépense important qui n'a cessé d'augmenter ces dernières années. Le CHR dépense chaque plus de 3066 642€ par an pour sa consommation électrique. Trois pistes à suivre pour devenir éco-responsable.



- ☞ Quand je m'absente de mon bureau j'éteins la climatisation.
- ☞ Je ferme la porte de mon bureau et les fenêtres lorsque la climatisation est en marche.
- ☞ Je ne laisse pas mon ordinateur et mon imprimante allumés quand je quitte définitivement mon poste de travail.
- ☞ D'une manière générale j'éteins la lumière dans les locaux inoccupés.

**LES DÉPLACEMENTS :** L'évolution de l'impact des transports sur le climat est rapide. Pour devenir éco-responsable je dois suivre ces pistes :



- ☞ Je rationalise mes déplacements pour les limiter. On ne revient pas deux fois au même endroit si on peut s'organiser pour faire un seul trajet aller/retour dans la journée.

☞ Les deux garages du CHR entretiennent régulièrement les véhicules de l'institution et en assure la traçabilité.

☞ Nous choisissons de limiter les déplacements en organisant des réunions par visioconférence dès que cette option est possible.



**LA GESTION DES DÉCHETS :** Nous dépensons chaque année plus de 1 millions d'euros

pour le traitement de nos déchets (DASRI, déchets ménagers et divers) soit une production moyenne de 226 tonnes/mois. Pour suivre un comportement éco-responsable deux pistes doivent être suivies :

- ☞ Je trie les déchets pour éviter d'accroître sans motif les déchets à risques infectieux (DASRI - coût de traitement majoré pour ces derniers)
- ☞ Je développe (et sur ce thème nous avons un retard à rattraper) le tri sélectif par filière, pour favoriser le recyclage des déchets (déchetts électriques, piles usagées, cartons, verre...)

Retrouvez le guide complet de l'agent Eco-responsable et de nombreux liens pratiques à l'adresse suivante :

[www.ecoresponsabilite.environnement.gouv.fr](http://www.ecoresponsabilite.environnement.gouv.fr)

## → La gestion de l'eau &amp; de l'électricité

Les consommations en quantité et en valeurs par sites				
Année 2008	en GWh	en EUROS	en M3	en EUROS
CHFG	20,35	1 500 000	306 000	447 500
GHSR * (site central Terre sainte)	16,54	1 355 489	206 853	307 270
H. St-Joseph	0,60	51 254	5 980	8 883
H. St-Louis	0,41	39 699	10 497	15 592
H. Tampon	0,84	69 282	15 282	22 700
H. Cilaos	0,09	10 936	3 985	5 920
MdR St-Joseph	0,25	24 232	10 787	16 023
MdR St-Louis	0,18	15 749	13 875	20 611
<b>TOTAL CHR **</b>	<b>39,26</b>	<b>3 066 642</b>	<b>573 259</b>	<b>844 499</b>

\* Observons que le site central du GHSR consomme en électricité, par m<sup>2</sup> construit, moins que le CHFG. A l'origine de ce résultat il y a une production d'eau chaude assurée à 50% par le solaire et à 50% par le fuel (à ce jour la modalité de production la plus performante) par ailleurs le choix s'est porté sur une climatisation centralisée et optimisée (prise en compte de la température extérieure en continue, hors pavillons).

À La Réunion chaque habitant consomme en moyenne 1259 kWh / an et 91 m<sup>3</sup> /an. En comparaison le CHR a consommé en 2008 en électricité l'équivalent d'une ville de **31 183** habitants et de **6265** habitants pour sa consommation en eau.

## → La gestion des déchets

Suivi de la collecte et du traitement des déchets en volume et en dépense*						
Année	G.H.S.R			C.H.F.G		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
DAOM (déchets assimilés ordures ménagères)						
Tonnage	nc	1263,85	1214,39	925,52	783,36	809,09
Coût de la collecte	359 005	415 354	420 798	173 695	178 835	181 319
Coût du traitement						
DASRI (déchets d'activité de soins à risques infectieux)						
Tonnage	328,212	378,12	422,75	287,76	245,69	269,87
Coût de la collecte	305 659	403 014	411 953	239 656	204 630	228 613
Coût du traitement						
Total en valeur	664 664	818 368	832 751	413 351	383 465	409 932

	2007	2008	2009
<b>TOTAL CHR **</b>	<b>39,26</b>	<b>3 066 642</b>	<b>573 259</b>
Tonnage	nc	2 671	2 716
Coût global	1 078 015	1 201 833	1 242 683

On retiendra de ce tableau que le CHR consacre chaque année plus de 1 million d'euros pour traiter ses déchets (hors déchets industriels). L'analyse des données (communiquées par les DAL\*) permet d'avancer que des progrès dans le Tri des DASRI peuvent encore être obtenus au GHSR pour maîtriser l'évolution importante du tonnage sur les deux dernières années. On observe par ailleurs que les tarifs au Kg des déchets quelque soit la filière sont plus avantageux au nord (sous réserve de la validation des chiffres transmis). Ainsi le Kg DAOM facturé 0,22€ au CHFG est facturé 0,34€ au GHSR. De même le Kg de DASRI est facturé au Nord 0,85€ contre 0,97€ au Sud. La dispersion des sites du GHSR est à l'origine de cette disparité.

Au CHFG, les résultats 2009 tiennent compte d'une diminution des rotations des prestations de collecte des déchets suite à

un redimensionnement des compacteurs. Cette décision a été prise dans le cadre de la concertation établie par la mise en place

d'un comité de pilotage déchets associant les acteurs internes et externes impliqués dans cette gestion

## → Le développement durable et la certification des établissements de santé

Pour la HAS le développement durable (DD) apporte une vision globale et à long terme en conciliant trois dimensions : une gestion économique fiable, un établissement socialement intégré et un établissement de santé écologiquement respectueux. Dès lors, l'objectif est d'intégrer les enjeux du DD dans les valeurs, les missions et les activités de l'établissement de santé.

**L**e manuel de certification V2010 sollicite l'engagement de l'établissement dans le développement durable sur les thématiques suivantes :

### → Le management (critère 1b)

On demande à l'établissement de faire du DD un outil de management et d'intégrer dans ses orientations stratégiques (Projet d'Établissement) un volet développement durable. Un exemple de cet engagement : en cas de construction le DD est pris en compte.

### → La GRH (critère 3d)

Le projet social prend en compte l'amélioration de la qualité de vie au travail. L'établissement s'efforcera d'intégrer le bien-être des salariés comme facteur renforçant le sentiment d'appartenance et favorisant la motivation. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre pour promouvoir la qualité de vie au travail et la satisfaction des personnels sur cette thématique est évaluée.

### → La gestion des fonctions logistiques (critère 6f)

La politique d'achat éco responsable prévoit de favoriser l'acquisition de produits ou de services ayant un impact moindre sur l'environnement. Ainsi, en cas de sous-traitance, l'Établissement exprime ses exigences dans les cahiers des charges qu'il élabore. L'établissement met en place des procédures prenant en compte les besoins des utilisateurs.

### → Qualité et sécurité de l'environnement (critères 7a,b,c,d,e)

Sur la gestion de l'eau : l'établissement s'engage dans une démarche d'économie d'eau. Il limite et maîtrise les effluents polluants ou non. Concernant la gestion de l'air l'établissement définit une organisation pour maintenir la qualité de l'air. Il prévient et maîtrise les sources de pollution. Concernant la gestion de l'énergie, l'établissement est amené à réaliser son **diagnostic énergétique**. Il s'engage à mener des actions de maîtrise de l'énergie.

Pour la prochaine visite de certification



(Juin 2012 sur les deux sites) le thème du Développement Durable reste un principe directeur non normatif. Il appartiendra aux établissements de faire la démonstration qu'ils sont entrés dans une démarche d'appropriation du concept.

### → En guise de conclusion

Les missions et activités actuelles du CHR impliquent, du fait de sa place dans l'offre de soins insulaires, une forte responsabilité dans la mise en œuvre de la démarche « Développement Durable ». L'ensemble des directions fonctionnelles sont, à des degrés

divers, mobilisées pour s'inscrire dans ce qui apparaît aujourd'hui comme une priorité.

Au delà c'est tout le personnel, à quelques niveaux de responsabilité où il exerce, qui peut contribuer par son attitude et ses choix, à développer un comportement éco-responsable, qui, s'il est largement partagé ne manquera pas de modifier notre impact sur l'environnement.

Rappelons pour conclure que l'objectif poursuivi par ce changement de comportement individuel est de « renforcer notre capacité à satisfaire nos besoins sans empêcher les générations futures de satisfaire les leurs ».

Pour leur **Retraite**,  
400 000 adhérents  
**NOUS** font confiance.  
Et **VOUS** ?...

## Caisse nationale de prévoyance de la **Fonction publique**

Depuis 40 ans  
LA RÉFÉRENCE

Pour les agents de l'État, hospitaliers, des collectivités territoriales et des établissements publics, leurs conjoints et les anciens agents, **une retraite complémentaire par capitalisation, facultative, entièrement garantie.**

Créée par 4 syndicats de la Fonction publique  
Engagements intégralement couverts par les réserves.

**Affiliation possible à tout moment** et au plus tard à 69 ans.

**Déduction fiscale des cotisations\* + régime fiscal exceptionnel pour les rachats\*\***

\* Dans les limites fixées par la loi

\*\* Pour les agents publics en activité

 **N° Vert 0 800 208 208**