

**Bloc opératoire d'Yverdon**  
**Rapport d'audit (janvier – mars 2015)**  
*F Clergue*

Le présent rapport est réalisé dans le cadre d'un mandat donné par le service de Santé Publique de l'Etat de Vaud, faisant suite à l'audit effectué dans le bloc opératoire d'Yverdon par le Dr Dominique Thorin.

**1. METHODE :**

Au cours des mois de janvier, février et mars 2015, l'auteur de ce rapport, après une séance de présentation à l'ensemble du personnel du bloc opératoire (13 janvier 2015) s'est immergé pendant 20 journées au sein de l'hôpital d'Yverdon. Cette immersion s'est effectuée d'une part par une présence au bloc opératoire, et également lors d'une séance réalisée avec le personnel médical et infirmier d'anesthésie, ainsi que par des entretiens informels au bloc opératoire autour d'un café ou au restaurant de l'hôpital, et surtout par des entretiens plus formels.

Ces entretiens ont eu lieu avec le personnel soignant du bloc opératoire, d'anesthésie et de la stérilisation, les chirurgiens et les anesthésistes, ainsi que les principaux membres de la direction des eHnv. Pour le personnel du bloc opératoire, des entretiens ont été proposés avec tous ceux qui le souhaitaient. Plus de 50 collaborateurs, infirmières-instrumentistes, aides du bloc, personnel de la stérilisation et infirmiers-anesthésistes ont souhaité être entendus. Un entretien avec les représentants des syndicats, Mme Pedrosa et Mr Lambelet, a également eu lieu.

**2. SITUATION GENERALE AU BLOC OPERATOIRE D'YVERDON**

**a. LE RESSENTI**

De ces différents entretiens, la première impression est que la crise est réelle, importante. L'ambiance au bloc opératoire est pesante, la communication entre les différents acteurs est mauvaise, "coincée".

Si le ressenti exprimé par le personnel est d'abord celui d'une "suractivité", ce qui ressort des entretiens est un vécu de désorganisation des activités du bloc opératoire dans l'environnement très restreint d'un bloc opératoire devenu trop petit. Ce qui exaspère les collaborateurs est que cette désorganisation entraîne de fréquents débordements des programmes opératoires, soit une ou 2 salles dépassant de 1 à 3 heures du programme théorique 2 à 3 fois par semaine. Dans ces débordements horaires, outre leurs répercussions sur la vie privée, le mécontentement est lié à la charge de travail supplémentaire inutile engendrée par les modifications incessantes du programme, obligeant à déplacer les interventions d'une salle à une autre. Ceci a pour conséquence, pour le personnel d'instrumentation et de stérilisation, de devoir ouvrir et fermer des boîtes d'instruments chirurgicaux, ou de chercher en urgence des prothèses ou implants. Le même sentiment est partagé par les infirmiers-anesthésistes. La meilleure illustration est fournie sur la photo ci-dessous montrant les caisses de matériel chirurgical s'accumulant dans les couloirs du bloc opératoire, où le personnel doit régulièrement aller chercher à la dernière minute un matériel manquant.

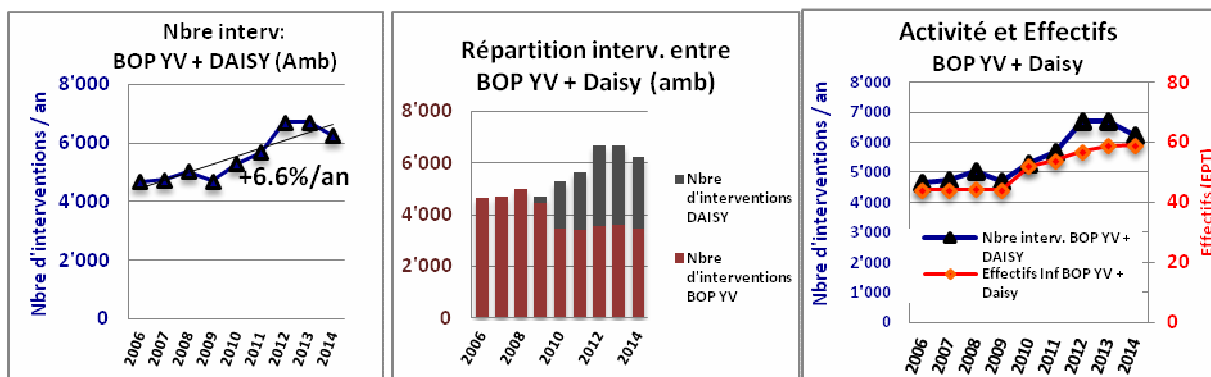
Cette accumulation de pression, jugée en bonne partie évitable, a produit avec le temps, et suite à d'autres événements qui seront détaillés ci-dessous, une crise qui dure et pour laquelle aucune solution n'a été trouvée. Le mécontentement s'est progressivement transformé en une déception profonde. Les conflits interpersonnels prennent le dessus, des départs surviennent... Et comme personne ne réagit pour y mettre un terme, on est envahi par un sentiment d'abandon. A l'occasion de cette crise, on prend conscience que ce bloc qu'on aimait était devenu vieillot. On estime, à tort ou à raison, que la qualité du travail accompli se dégrade, on se décourage, les paroles de la direction ne sont plus entendues et les projets qu'elle évoque laissent indifférents.

L'audit réalisé par le Dr Thorin a suscité un espoir, mais le rendu de cet audit ayant méconnu une partie importante du malaise, l'espoir s'est transformé en colère chez certains. La crise est alors sortie des murs du bloc opératoire, en suscitant un choc pour l'ensemble des acteurs, avec des positionnements de soutien ou d'opposition face à la forme prise par les mouvements de revendication.



## b. LES DONNEES OBJECTIVES

Au-delà de ces éléments de ressenti, il est intéressant d'analyser cette crise à travers quelques chiffres reflétant l'activité et les effectifs du bloc opératoire d'Yverdon. Ces chiffres nous ont été fournis par Mme Chappatte et Mme Prior, des eHnv.



### i. BLOC OPERATOIRE D'YVERDON + DAISY (BLOC AMBULATOIRE)

Depuis 2006, l'activité chirurgicale du bloc opératoire d'Yverdon a augmenté de façon importante, avec une croissance moyenne de 6,6 % par année. Le nombre annuel d'opérés est actuellement proche de 6500.

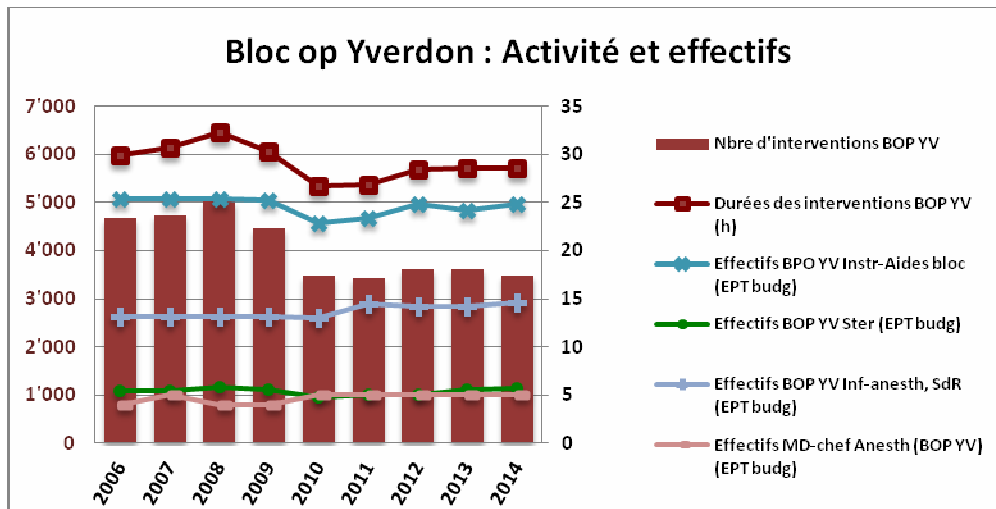
L'ouverture en 2010 du centre ambulatoire Daisy a fortement contribué à ce développement chirurgical : actuellement, 44% de l'activité chirurgicale est réalisée au centre Daisy (2014). Il est à noter que les effectifs soignants sur l'ensemble du bloc opératoire (bloc d'Yverdon + Daisy) ont parfaitement suivi le développement de l'activité opératoire.

### ii. BLOC OPERATOIRE D'YVERDON

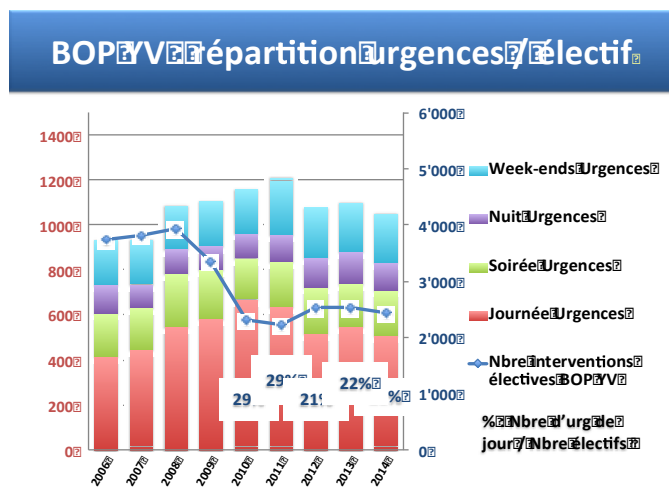
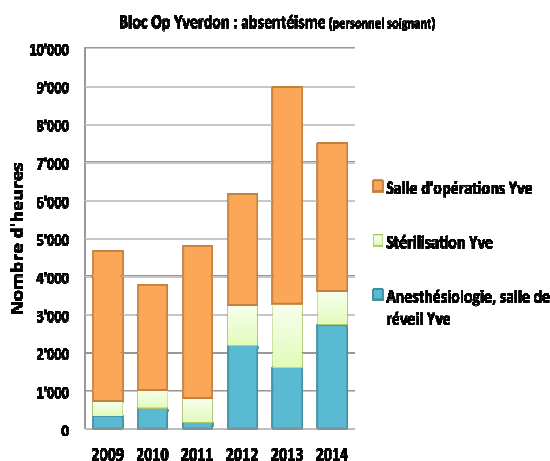
Même sans prendre en compte les interventions ambulatoires réalisées à Daisy (près de 3000), 46% des patients hospitalisés à l'hôpital d'Yverdon en 2014 venaient pour y être opérés, reflétant bien que la chirurgie et le plateau technique chirurgical sont au cœur du fonctionnement de cet hôpital.

Lorsque l'on analyse le seul bloc opératoire d'Yverdon (hors-Daisy), si le nombre d'opérés a diminué du fait du transfert vers Daisy d'un grand nombre d'interventions, le nombre d'heures de chirurgie n'a que très peu varié, les interventions les plus "lourdes" et les plus

complexes étant les seules maintenues dans ce bloc opératoire. Dans ces transferts d'activité, il est à noter que les effectifs budgétaires du bloc opératoire d'Yverdon sont restés inchangés, correspondant bien à la stabilité du nombre d'heures de chirurgie. La répartition des effectifs infirmiers entre le bloc d'Yverdon et le centre Daisy a donc été correcte.



La crise du bloc opératoire s'est traduite par un important absentéisme, comme identifié sur le graphique suivant. Celui-ci a débuté en 2012, avec un pic observé en 2013 et 2014.



L'analyse de la répartition des activités opératoires entre les interventions électives et les interventions urgentes montre qu'une part importante des urgences est réalisée sur l'horaire de jour (7h-15h). Entre 2009 et 2014, les interventions urgentes réalisées sur l'horaire de jour représentaient entre 21% et 29% du nombre des interventions électives. Or, le programme opératoire établi quotidiennement prévoit des interventions électives dans les 4 salles d'opération du bloc opératoire d'Yverdon, sans anticiper les besoins pour des interventions urgentes. Les interventions urgentes arrivent donc au cours d'une journée opératoire, se rajoutent au programme électif et décalent un certain nombre d'interventions électives vers l'après-midi, imposant au personnel du bloc opératoire des débordements horaires.

### iii. INFORMATIONS DES DONNEES CHIFFREES :

De ces données chiffrées, on peut déjà retirer les points suivants :

- L'activité chirurgicale de l'hôpital d'Yverdon (bloc d'Yverdon + centre ambulatoire Daisy) a connu une forte croissance au cours des 5 dernières années
- L'activité chirurgicale du bloc opératoire d'Yverdon, dans lequel se situe la crise actuelle, est restée globalement stable, mais qualitativement son activité concerne des cas plus "lourds". Il faut noter le développement important de l'activité d'orthopédie,

particulièrement dynamique, imposant à tous de s'adapter à ses innovations et notamment à la complexité croissante des prothèses utilisées.

- Les effectifs du bloc opératoire d'Yverdon (hors-Daisy) correspondent parfaitement aux besoins quantitatifs de l'activité chirurgicale. Pour l'anesthésie, à ces activités de chirurgie se sont ajoutées des activités d'anesthésie hors-bloc opératoire.

Le premier élément découlant de l'analyse des chiffres est que **la crise du bloc opératoire n'est pas liée à un manque d'effectifs du personnel soignant.**

- Enfin, sur le plan organisationnel, ces données confirment bien que les débordements horaires, dont se plaint l'ensemble du personnel soignant, sont une réalité, dont l'explication est une **organisation défailante**. Une amélioration de la programmation opératoire pourrait être faite, tenant compte du nombre important d'interventions urgentes. L'amélioration de la planification et de la programmation, telle que suggérée dans le rapport du Dr D Thorin, est effectivement justifiée par ces données.

### **3. ANALYSE DE LA CRISE**

Il est apparu lors des nombreux entretiens avec le personnel que cette crise trouve sa compréhension dans trois secteurs dans lesquels des améliorations sont à entreprendre. Ces secteurs concernent l'anesthésie (infirmiers-anesthésistes et médecins), le personnel soignant du bloc opératoire (instrumentistes, aides de bloc et stérilisation) et la direction des eHnv.

#### **a. L'ANESTHESIE**

##### **i. LES INFIRMIERS-ANESTHESISTES**

Les infirmiers-anesthésistes ont été et sont encore au cœur de cette crise. Cette équipe comprend un noyau d'infirmiers-anesthésistes professionnellement très "solides" et dotés, pour certains, d'un caractère fort. Certains de ces infirmiers ont connu l'époque où ils travaillaient avec une équipe médicale réduite dans une plus grande autonomie et où ils assuraient seuls une grande partie des cas réalisés en garde. Comme ceci s'est produit pour toute la profession d'anesthésie, l'équipe d'anesthésie de l'hôpital d'Yverdon s'est agrandie au cours des dernières décennies et s'est médicalisée. Il n'est pas certain que tous les infirmiers-anesthésistes apprécient cette mutation et la perte de reconnaissance qui peut y avoir été associée.

L'arrivée d'une ICUS s'est accompagnée de changements dans le fonctionnement de l'équipe. Ces changements étaient nécessaires pour mieux organiser le fonctionnement de l'équipe d'infirmiers qui s'était elle aussi étoffée. Ils étaient attendus par certains, mais ont été mal acceptés par d'autres. Dans cet environnement de mutation d'un service, des erreurs managériales ont été commises. La situation s'est envenimée du fait que dans ce climat de forte tension certains collaborateurs ont été en situation de *burnout*. L'audition de collaborateurs ayant été déplacés ou ayant quitté l'institution a confirmé que leurs souffrances morales étaient profondes et persistantes. L'absence de réaction de la direction a donné le sentiment à certains que l'ICUS avait le mandat de la direction de les "mettre au pas", quel qu'en soit le prix. Dans une telle atmosphère de relations très tendues, le départ de certains collaborateurs renforçait encore le sentiment de crise.

Si ces événements graves peuvent être associés à un mode managérial insuffisamment attentif aux souffrances du personnel, ils sont toutefois à mettre en regard d'autres éléments témoignant d'une équipe d'infirmiers-anesthésistes difficiles à gérer, souhaitant imposer leur vision, créant des clans. Cet élément a aussi contribué à la mauvaise ambiance de l'équipe médico-infirmière. Certains des médecins cadres rapportent la grande difficulté qu'ils ont eue à leur arrivée au bloc d'Yverdon pour s'imposer et travailler avec ces infirmiers, leur attitude les ayant poussé parfois à adopter à leur égard une attitude hautaine ou arrogante. Des médecins assistants ont à plusieurs reprises été retrouvés en larmes du fait du comportement de quelques infirmiers-anesthésistes. Une telle situation perdure puisque, lors de l'audit en cours, en l'absence de l'ICUS, un infirmier-anesthésiste nouvellement recruté a souhaité quitter l'hôpital d'Yverdon du fait du comportement de certains de ses collègues.

Dans ce climat difficile ayant perduré depuis plusieurs années, il est toutefois regrettable qu'aucun moyen de récupération n'ait pu se manifester pour corriger cette situation :

- Ni du côté des médecins anesthésistes, leur communication avec les infirmiers-anesthésistes étant globalement mauvaise, certaines histoires anciennes n'ayant jamais été réglées, et les infirmiers-anesthésistes ne sentant aucun réel soutien de leur part, en dehors de contacts personnels ponctuels. L'organisation "horizontale" des médecins cadres, parmi lesquels aucun chef n'est vraiment identifié pour régler ces problèmes, rend les contacts formels difficiles.
- Ni du côté des chirurgiens, ressentis comme plus éloignés, venant opérer mais participant moins à la vie du bloc opératoire. Les chirurgiens reconnaissent qu'ils n'ont globalement pas vu arriver cette crise.
- Ni du côté de la commission du bloc opératoire.
- Ni du côté de la direction : les expériences de certains étaient que certaines informations "sensibles" transmises à la direction avaient été suivies de convocations, vécues comme des "sanctions". La DRH, sollicitée par d'autres, était restée sans réponse concrète.

C'est dans ce climat que le rapport de l'audit du Dr Thorin, qui avait pourtant bien identifié les problèmes organisationnels mais méconnu les aspects relationnels et émotionnels de cette crise, a suscité l'interpellation de Mr P-Y Maillard.

Il est toutefois important de noter que dans cette crise :

- à aucun moment, les collaborateurs n'évoquent des déficits d'expertise-métier ou la survenue d'accidents pouvant être imputés à la crise.
- les personnes ayant quitté l'institution rapportent qu'elles sont parties à contrecœur, voire expriment actuellement, pour certaines, une nostalgie de leur travail au bloc opératoire d'Yverdon.

## **ii. LES MEDECINS ANESTHESISTES**

Le fait marquant de l'équipe médicale est qu'elle a fortement grandi au cours des 10-15 dernières années. Les médecins-cadres comprennent actuellement neuf collaborateurs (6.3 EPT). Cette équipe regroupe des médecins de grande valeur professionnelle, ayant aussi pour certains de très fortes personnalités et des caractères "trempés". Les derniers recrutements ont intégré des médecins exerçant sur les deux sites d'Yverdon et de St Loup.

Le fonctionnement de ce groupe, auquel on doit adjoindre 8 internes, pose problème du fait d'une absence d'organisation structurée. L'organisation actuelle consiste en la désignation annuelle d'un "chairman", dont le cahier des charges n'est à ce jour pas connu de tous, et qui n'est à aucun moment intervenu dans la crise actuelle. Ce fonctionnement sans vraie tête ne favorise pas la résolution rapide des difficultés relationnelles et la constitution d'une équipe soudée. Des clans existent entre les "jeunes" et les "vieux". Le départ récent d'un médecin-cadre est même survenu, regretté par beaucoup. Les infirmiers évoquent bien en parlant des médecins "*qu'ils sont tous chefs, mais qu'il n'y a pas de chef*", notamment pour être l'interface et l'autorité reconnue pour régler les difficultés, répartir les rôles et unifier les pratiques.

On ne peut donc pas vraiment parler de "*Service d'anesthésie*" au niveau de l'hôpital d'Yverdon, alors que la taille de l'équipe le justifierait pleinement.

## **b. LE PERSONNEL DU BLOC OPERATOIRE**

### **i. LE PERSONNEL D'INSTRUMENTATION**

Les infirmières instrumentistes représentent un métier qui est aussi en plein changement, nécessitant de suivre les évolutions importantes et la spécialisation des techniques chirurgicales. Ce phénomène de mutation est aussi au cœur de la problématique du bloc opératoire d'Yverdon, où notamment le développement de l'orthopédie et l'adaptation continue des instrumentistes aux nombreuses nouvelles prothèses représente à la fois une difficulté et une grande fierté.

L'équipe d'instrumentistes comprend une douzaine d'infirmières constituant une équipe plutôt soudée.

La crise du bloc, si elle n'est pas partie de ce groupe mais des infirmiers-anesthésistes, a pris corps dans cette équipe en raison de l'exaspération croissante face à la désorganisation continue des programmes opératoires évoquée précédemment. Le vécu exprimé est celui de débordements incessants du programme prévu du fait du rajout d'urgences, des "caprices" concédés par l'ICUS du bloc aux chirurgiens alors que l'urgence ne le justifie pas. Cette exaspération se retourne fortement contre l'ICUS, jugée par tous comme "*trop gentille*", ne refusant rien aux chirurgiens et qu'on sent débordée dans sa tâche d'organisation. Dans ce climat devenant tendu, des agacements sont exprimés lorsque celle-ci cherche "*le*" responsable des quelques défaillances commises, qui s'avèrent parfois relever de l'ICUS elle-même.

Toutefois, de l'ensemble des infirmières-instrumentistes interrogées, aucune ou presque ne souhaite le départ de l'ICUS du bloc. Le souhait de tous est qu'elle soit déchargée de la tâche d'organisation de la programmation opératoire et aidée par son adjointe, dont la fonction devrait être officiellement reconnue. La proposition du Dr Thorin de mettre en place un chef de bloc est une proposition ayant l'aval de tous.

Là encore, il est à noter qu'aucun des interlocuteurs ne parle de défaillance quant à l'expertise-métier de l'équipe ou de la survenue d'accident.

## **ii. LES AIDES DU BLOC**

Les difficultés au niveau de ce personnel ont été l'élément déclencheur de la crise lorsque, suite à de nombreuses absences ou départs, il n'en est resté plus qu'un. Les programmes opératoires ayant été maintenus, le travail des aides a dû être réalisé par les autres personnels. L'impuissance des cadres infirmiers et l'absence de réaction des médecins et de la direction a créé chez tous un sentiment d'abandon.

Ce personnel consciencieux exprime aussi clairement le souhait que l'organisation du bloc soit améliorée en désignant un chef de bloc. Actuellement, les effectifs de ce personnel ont été renforcés puisque d'importants renouvellements ont eu lieu.

## **iii. LE PERSONNEL DE LA STÉRILISATION :**

Le personnel de la stérilisation a été touché de plein fouet par cette crise. Sur un plan général, au cours des dernières années, il a d'une part dû répondre aux fortes exigences nouvelles en matière de sécurité des processus de stérilisation. Il a d'autre part dû aussi s'adapter à la complexité croissante de l'instrumentation chirurgicale.

Dans le bloc opératoire d'Yverdon, travaillant "*dans l'ombre*" du bloc dans un environnement très exigu, le personnel de la stérilisation a également subi la désorganisation du bloc en devant s'adapter aux changements de la programmation, "rattraper" les erreurs éventuelles et fournir rapidement l'instrumentation manquante.

Ce personnel sert aussi de "magasinier" pour les implants, stockés par le secteur de la stérilisation, alors que ce matériel n'a besoin d'aucune expertise spécifique en matière de stérilisation. C'est lui qui doit stocker, dans les couloirs faute de place, les caisses d'implants présentées ci-dessus.

Lors de cette crise, ce personnel d'un grand professionnalisme a également exprimé son sentiment d'abandon et son souhait d'améliorer l'organisation de la programmation. La mise en place depuis peu d'un responsable de la stérilisation est saluée par la plupart comme un progrès et la reconnaissance de la spécificité du métier.

## **c. LA DIRECTION**

Pour la quasi totalité du personnel médical et soignant, le premier reproche exprimé à l'égard de la direction des eHnv est celui d'une distanciation par rapport aux problèmes concernant le bloc opératoire. A ceci s'ajoute la frustration qu'à plusieurs reprises des sollicitations

transmises à la direction n'ont reçu aucune réponse concrète ou ont déclenché des convocations, vécues comme des sanctions.

Dans toute cette crise, où les effectifs des différentes catégories de personnel ont pourtant été bien adaptés aux évolutions des activités, le personnel soignant exprime un fort dépit devant l'absence de reconnaissance de leurs problèmes. Le sentiment global du personnel est que la direction a soutenu sans faille la hiérarchie, sans être venu sur le terrain observer les difficultés, sans avoir fait l'analyse de la situation et sans avoir pris en compte les situations de souffrance du personnel.

Dans ce climat de fort ressentiment, des refus de la direction de répondre à des demandes personnelles et ponctuelles de collaborateurs, pourtant légitimes, ont choqué, et ont cristallisé le personnel contre la direction.

Dans toutes ces affaires, il est surprenant que la DRH est restée inexistante.

Le sentiment global du personnel sur la direction des eHnv est donc celui d'un désintérêt des difficultés régnant au sein du bloc opératoire par une équipe managériale manquant de professionnalisme et fonctionnant « à l'ancienne » sur un mode non participatif.

#### **d. SYNTHÈSE**

En résumé, on peut schématiser cette crise par les points suivants :

- Un hôpital en mutation du fait d'une forte croissance de son activité chirurgicale, passant progressivement d'une organisation "*familiale*" et d'une activité généraliste à un hôpital s'étant bien adapté au "virage ambulatoire", s'étant spécialisé dans des créneaux pointus et souhaitant s'intégrer dans un réseau régional, mais n'ayant pas su adapter à cette mutation son organisation et son mode de management.
- Une mauvaise organisation de la planification et de la programmation a créé un climat de tension du fait des nombreux débordements horaires.
- Une crise a éclaté en anesthésie, dont les ressorts sont :
  - o la mutation d'une équipe d'anesthésie ayant grandi et s'étant fortement médicalisée, avec comme conséquence une perte d'identité de certains infirmiers-anesthésistes et un manque de reconnaissance de l'ensemble de l'équipe. Dans ce climat difficile, associant une équipe difficile, adoptant parfois des comportements d'humiliation des jeunes médecins, une mauvaise communication au sein de l'ensemble de l'équipe et la constante désorganisation du bloc, la survenue d'erreurs managériales générant des souffrances majeures de quelques collaborateurs ont transformé le "malaise" en une crise profonde.
  - o L'absence d'organisation en "*Service*" d'un collectif de 9 médecins cadres, de 8 assistants et d'une quinzaine d'infirmiers-anesthésistes, n'a pu corriger la situation.
  - o Ce qui choque dans cette crise est qu'à aucun moment, en dépit de la souffrance extrême de certains, personne et notamment aucun cadre, de l'anesthésie comme de la direction, ne semble avoir pris l'initiative de briser le climat de surenchère pour tenter de rétablir des relations plus sereines.
- L'absence de réponse d'une direction, très distante par rapport aux problèmes du bloc opératoire, face à ces problèmes relationnels graves et à la survenue d'un absentéisme important des aides du bloc, explique ensuite l'extension de la crise des infirmiers-anesthésistes à l'ensemble du personnel du bloc opératoire.
- L'audit du Dr Thorin limitant les facteurs en cause dans cette crise aux seuls aspects organisationnels et ne reconnaissant pas les problèmes relationnels et les souffrances qu'ils ont générées a fait sortir la crise des murs de l'hôpital.
- Enfin, ce qui frappe l'auditeur est la mauvaise communication entre tous les acteurs.

#### **4. CE QUI VA BIEN MALGRE LA CRISE**

La crise survenue au niveau du bloc opératoire d'Yverdon ne doit pas pour autant méconnaître certains éléments très positifs qui ont été identifiés au cours des entretiens :

##### **- Des professionnels de talent :**

L'hôpital d'Yverdon vit en réalité, comme évoqué précédemment, une mutation de ses activités. Cet établissement a fortement développé son activité ambulatoire, à des niveaux que beaucoup d'établissements pourraient lui envier. Il dispose de professionnels de talent.

On est dans cette crise à devoir gérer des difficultés liées à des relations difficiles, à une gestion managériale autoritaire et à des besoins de reconnaissance des professionnels et non pas à devoir gérer des pratiques défaillantes par perte de l'expertise des professionnels.

- **Un sentiment de forte appartenance à l'hôpital d'Yverdon :**

Un autre élément qui frappe l'auditeur est la très forte appartenance du personnel à l'hôpital d'Yverdon. Le personnel aime ou aimait cet hôpital, notamment dans son caractère familial et local. L'enjeu actuel est peut-être de faire aimer l'hôpital d'Yverdon ou les eHnv dans sa nouvelle version 2020. Ce fort sentiment d'appartenance mériterait d'être valorisé, peut-être en faisant mieux participer le personnel aux projets institutionnels et en adoptant une gestion managériale plus chaleureuse.

- **Une grande conscience professionnelle :**

On note également dans cette crise que la désorganisation des programmes opératoires ne s'est pas accompagnée du départ des collaborateurs au-delà de leurs horaires de travail comme ceci est le cas dans de nombreux hôpitaux de plus grande taille. Ici le personnel est mécontent des débordements horaires mais ne discute pas le principe de rester jusqu'à la fin du programme électif initialement prévu. C'est une valeur de professionnalisme qui mérite d'être soulignée.

- **Une volonté de beaucoup de « tourner la page », de sortir de la crise :**

L'impression globale de l'auditeur est que, sans éluder les difficultés et les défaillances, car celles-ci ont été sources de souffrances, la majorité du personnel souhaite que des décisions justes soient prises et que cette page de l'histoire du bloc opératoire d'Yverdon soit tournée. Les conclusions du rapport du Dr Thorin sont clairement souhaitées par tous, afin que les dépassements horaires des programmes deviennent l'exception. Mais l'attente est aussi à nommer les choses et les défaillances relationnelles commises, afin que l'on puisse alors repartir vers une nouvelle phase. La difficulté sera peut-être que chacun des protagonistes parvienne à se remettre en question et soit l'acteur de la reconstruction.

- **Des opportunités :**

Deux opportunités se présentent pour tourner la page actuelle :

- Un projet de modernisation du bloc, car ce bloc est vétuste et mériterait clairement d'être reconstruit. En outre, le souhait d'effectuer des regroupements d'activité avec l'hôpital de St Loup éveille auprès de tous des interrogations, voire des craintes sur le partage des moyens entre les deux structures. Faire avancer ce projet dans une vision participative est une belle opportunité pour valoriser les atouts des expertises développées à Yverdon et faire participer le personnel à ce projet, vu actuellement par beaucoup comme un projet lointain et flou.
- La nomination d'un nouveau directeur général des eHnv est aussi une opportunité pour que ce nouveau directeur prenne acte de la situation actuelle, en n'hésitant pas à dire les choses, sans éluder les éventuelles défaillances commises, et réaffirme les valeurs sur lesquelles cet hôpital va poursuivre son développement.

**Du mieux depuis quelques semaines :**

Enfin, beaucoup ont exprimé lors des entretiens qu'un mieux était observé depuis 1 à 2 mois, lié à des mesures prises par la direction, à la prise de conscience de tous de la gravité de la situation, et peut-être aussi à l'espoir suscité par l'audit en cours. Les éléments exprimés dans ce "*mieux*" sont les suivants :

- Engagements de nouveaux recrutements : aides, stérilisation
- Engagement de personnel de ménage le soir, très fortement apprécié par tous, et qu'il serait bon de maintenir.
- Aide appréciée apportée par les chirurgiens, dont tous notent qu'ils ont pris conscience des difficultés.
- Au niveau de l'anesthésie, les médecins cadres ont élaboré un projet de service, proposant des pistes intéressantes face aux nécessités de regroupement avec les anesthésistes de St Loup et aux contraintes des deux sites. En outre, ceux-ci envisagent également des modalités pour la désignation d'un chef de service.



## **5. CE QU'IL FAUT CHANGER**

Cette crise doit apporter des changements au niveau des trois secteurs où des défaillances ont été observées : l'anesthésie, le bloc opératoire et la direction des eHnv.

### **L'ANESTHESIE :**

Au niveau du secteur de l'anesthésie, les difficultés à résoudre touchent à la fois à des problèmes de personnes et à des problèmes d'organisation.

#### **• L'équipe d'infirmiers-anesthésistes :**

Cette équipe doit sortir d'une situation difficile, en reconnaissant que d'une part des défaillances managériales ont été commises par l'ICUS, et d'autre part que des comportements inadéquats ont aussi été observés chez certains infirmiers-anesthésistes.

Quelles que soient les décisions prises, l'équipe d'infirmiers doit accepter la mutation qui est en cours depuis 5 à 10 ans au sein de l'anesthésie du bloc opératoire d'Yverdon :

- L'équipe a grandi, s'est médicalisée et devra vraisemblablement encore s'étoffer, du fait des besoins de nouvelles prestations pour l'activité interventionnelle hors-bloc opératoire et des perspectives d'un éventuel regroupement avec l'hôpital de St Loup.
- La taille actuelle de l'équipe impose d'adopter une organisation plus structurée de l'équipe médico-infirmière d'anesthésie, avec deux responsables collaborant étroitement, un(e) ICUS accepté(e) par tous, et un médecin chef du service d'anesthésie. Les valeurs de l'institution et du service doivent être réaffirmées. Les rôles de chaque groupe professionnel mériteraient d'être clarifiés, de même que certaines pratiques gagneraient à être unifiées, en identifiant ce qui revient aux pratiques communes du service et ce qui est du ressort des adaptations personnelles. L'équipe médico-infirmière devra mettre à plat les difficultés relationnelles et les défaillances de communication, apparues lors de cette crise et qui handicapent la cohésion de l'équipe.
- Cette équipe doit aussi prendre conscience de ses grandes qualités, liées notamment à son dynamisme et à ses fortes expertises, reconnues par tous dans l'hôpital d'Yverdon, concernant aussi bien les médecins que les infirmiers, et de son rôle essentiel dans le bon fonctionnement du plateau technique. Mais, elle doit faire face aux défis actuels, qui ne pourront être relevés que si l'équipe médico-infirmière est soudée. Ceci passe par une meilleure collaboration au sein de l'équipe infirmière et entre infirmiers et médecins, et par une communication plus chaleureuse.

Les changements nécessaires portent à la fois sur des problèmes concrets organisationnels et sur la culture du service, actuellement défaillante. Pour mener ces changements, la tâche de l'ICUS d'anesthésie sera essentielle, mais difficile. L'aide active de tous, ses collaborateurs, les médecins anesthésistes, les chirurgiens et la direction des eHnv, sera fondamentale et devra lui être acquise.

#### **• Mettre en place une structure de service en anesthésie :**

Au niveau médical, la taille de l'équipe d'anesthésie comprenant une trentaine de médecins et d'infirmiers nécessite de mettre en place une structure de service, avec une vraie gouvernance, comprenant un médecin chef du service, désigné pour des périodes plus longues.

Le Service d'anesthésie doit avoir une organisation formalisée incluant, au niveau médical et infirmier, un cahier des charges (chef de service et ICUS) intégrant les aspects organisationnels de la vie du service, les réunions régulières entre médecins et infirmiers, et une description des responsabilités distribuées (équipements, pratiques professionnelles, système qualité...).

### **LE BLOC OPERATOIRE :**

#### **• Mettre en place un chef du bloc :**

Au niveau du bloc opératoire, le principal changement concerne l'organisation de la planification et de la programmation des interventions. Les propositions du Dr D Thorin doivent être mises en œuvre, avec notamment la désignation d'un chef du bloc, ce qui permettra de soulager l'ICUS du bloc des tâches de programmation.

Toutefois, il est essentiel que le chef de bloc, qui devra interagir avec les chirurgiens et les anesthésistes tout en ciblant le respect des horaires d'ouverture des salles d'opération, soit aidé et protégé. Des règles de fonctionnement devront donc être adoptées par tous, et validées par la direction générale et médicale des eHnv. Dans ce cadre, il est indispensable que le chef de bloc ait un lien hiérarchique direct avec le directeur général ou son adjoint direct, et qu'il n'ait pas plusieurs couches hiérarchiques entre sa position et la direction des eHnv. C'est un poste difficile pour lequel les expériences montrent qu'il doit être fortement protégé et aidé.

Enfin, si, comme il est vraisemblable, ce poste est occupé par un collaborateur non médecin, la question des urgences devra être clarifiée, pour éviter que de "fausses urgences" soient déclarées pour court-circuiter les règles de programmation opératoire. Ceci peut être réglé en créant pour ces problèmes un binôme quotidien anesthésiste-chirurgien, sous contrôle de la direction médicale.

- **La commission du bloc opératoire doit avoir une visibilité institutionnelle :**

Cette commission doit avoir un rôle important dans le fonctionnement de l'institution puisqu'elle est le cœur du plateau technique de l'hôpital et le lieu fonctionnel où convergent de nombreuses disciplines médicales et où y transite près de la moitié des patients hospitalisés.

Cette commission devrait donc fournir au directeur général un rapport annuel de son activité, des besoins et des débordements éventuels. C'est un lieu de convergence des problèmes du bloc opératoire où tous les métiers doivent être représentés. La direction de cette commission devrait être tournante. La Direction des eHnv devrait y déléguer un cadre de la Direction.

- **Mettre en place un outil d'informatisation de la programmation opératoire :**

Le bloc opératoire étant l'endroit le plus coûteux de l'hôpital, il est essentiel de disposer d'un outil de suivi chiffré de son fonctionnement et de gestion de son activité.

- **Reconnaître dans sa fonction l'adjoint de l'ICUS du bloc :**

L'ICUS du bloc doit être aidée par une adjointe, qui doit être officiellement reconnue dans cette fonction.

- **LA DIRECTION DES EHNv :**

La Direction actuelle des eHnv doit s'interroger sur ses dysfonctionnements qui ont abouti à ce qu'elle a ignoré ou minimisé tous les signaux envoyés dans cette crise avant leur sortie dans les media et l'interpellation du conseiller d'Etat. Elle doit retrouver le chemin du "terrain" et reprendre des relations plus sereines avec le personnel du bloc opératoire pour mieux comprendre les ressorts cachés de cette crise.

Elle doit prendre acte que les systèmes de remontées des informations, par la voie hiérarchique, par les ressources humaines, par les commissions existantes ou par le système Qualité n'ont pas fonctionné et s'interroger sur les causes, afin d'y apporter des solutions.

Ce qui frappe dans les défaillances de la direction est aussi un manque de professionnalisme. On a cherché à étouffer la crise plutôt qu'à comprendre les problèmes humains qui en étaient les ressorts. On ne peut imaginer que l'ICUS d'anesthésie n'ait pas référé à sa hiérarchie de ses décisions. Les erreurs commises et l'inattention face aux souffrances extrêmes que la direction ne pouvait ignorer sont donc aussi à imputer au mode de fonctionnement de la direction. C'est ce mode d'exercice du pouvoir qui doit changer, afin que de mêmes anomalies ne se produisent pas dans d'autres secteurs de l'institution. Il serait prudent qu'une telle analyse introspective soit menée par la direction.

Enfin, ce qui a frappé l'auditeur est l'immense besoin de reconnaissance, à tous les niveaux hiérarchiques de l'institution, et la nécessité cruciale d'améliorer les compétences relationnelles des cadres et de savoir répondre à ces besoins de reconnaissance.

## **6. CONCLUSION**

Au terme de cette analyse sur le fonctionnement du bloc opératoire d'Yverdon, il apparaît que la crise ayant éclaté au bloc opératoire de l'hôpital d'Yverdon en 2014 témoigne avant tout d'une crise de croissance d'un hôpital en mutation.

L'hôpital d'Yverdon dispose d'atouts importants, et notamment d'une grande qualité de ses équipes de chirurgie, d'anesthésie et de ses équipes soignantes du bloc opératoire. Cet hôpital a su assurer son développement en associant des activités "généralistes" et des créneaux porteurs, et accroître de façon très volontariste son activité interventionnelle ambulatoire.

Mais il vient de vivre une crise grave dont il faut qu'il sorte au plus vite, en reconnaissant les erreurs commises, en prenant en compte les conséquences humaines de la mutation en cours, en rétablissant des valeurs partagées, en mettant une structure plus adaptée à la taille des équipes et en s'appuyant sur une gouvernance plus attentive. Sur le plan organisationnel, il faut mettre en place une gestion plus formelle du bloc et de la programmation opératoire. On y gagnera en efficacité et en sérénité. On y perdra peut-être le caractère "familial" de ce bloc, mais aussi par la même occasion les conflits de famille dans lesquels ce bloc est actuellement enlisé.

L'enjeu de cette sortie de crise est de rétablir une ambition collective pour forger le projet hospitalier régional.

A Genève, le 13 avril 2015

