

techniques hospitalières

www.techniques-hospitalieres.fr

756

Mars-Avril 2016
71^e année

Ambulatoire

Nuitée sur ordonnance

Trois circuits

Concepts architecturaux

Stérilisation

Impact d'un transfert de chirurgie

Dix ans du GCS Sterhospic

Qualification par acide peracétique

Jiqhs

Risque et performance au bloc

Mesure de la qualité en Suisse

Et nos données de santé ?

Démocratie sanitaire

Parcours patient

Et territoire

Et maladie chronique

Ingénierie biomédicale

Gestion des alarmes et monitoring

Support

Secrétariats médicaux

International

Innovations RH *made in USA*



- 2 **La parole à**
Thierry Thomas
Les secrétariats médicaux, au carrefour des évolutions des filières professionnelles
- 3 **Dans l'actu**
- 8 **L'agenda**

Ambulatoire

- 9 **Nuitée sur ordonnance!**
Guy Raimbeau
- 12 **Les trois circuits à mettre en place en chirurgie ambulatoire**
Jean-Pierre Danos, Alexia Jolivet
- 15 **Les différents concepts architecturaux en chirurgie ambulatoire**
Jean-Pierre Danos

Stérilisation

- 19 **Impact du transfert d'une activité chirurgicale sur une stérilisation**
Cloé Sauzay, Hélène Besson, Didier Marcelin, Patrick Tilleul, Dominique Combeau
- 25 **Une stérilisation sectorielle dix ans après**
Le groupement de coopération sanitaire Sterhospic
Marie-Odile Cousin, Stéphanie Demailly
- 30 **Qualification de la stérilisation par l'acide peracétique en isolateur**
Meriam Meddeb Sidhom, Emna Chtourou, Imène Limayem

Jiqhs

XVII^{es} JOURNÉES INTERNATIONALES DE LA QUALITÉ HOSPITALIÈRE
7-8 DÉCEMBRE 2015 - PARIS

- 35 **Risque et performance au bloc opératoire**
Mona Krichen, Stéphanie Aftimos
- 39 **Mesure de la qualité par l'ANQ: un travail de pionnier en Suisse**
Petra Busch
- 43 **Et nos données de santé dans tout ça?**
Vincent Trely
- 47 **L'idéal de « démocratie sanitaire » et sa mise en pratique ambiguë**
Lise Demailly

Parcours patient

- 52 **Le parcours patient au sein d'un territoire: lien fondamental de la cohésion territoriale**
Béatrice Berteaux, François Gauthiez, Aurélie Notteghem
- 55 **Optimiser la coordination au bénéfice des patients chroniques**
Catherine Holué

Ingénierie biomédicale

- 57 **Gestion des alarmes et monitoring**
François Faure, Katia Hollander, Dossou Hounhouivou, Benoît Lamy, Valérie Moreno

Support

- 63 **Réorganisation des secrétariats médicaux: des outils en évolution**
Synthèse de missions menées par l'association Ehesp Conseil
Nils Avanturier, Charlotte Cardin, Sylvain Delair, Aude Martineau

International

- 69 **De Boston à New-York, à la découverte des innovations managériales américaines**
Émilie Lebée, Matthieu Girier, Catherine Hardy, Michelle Bronner
- 74 **Les livres**
- 75 **Les initiatives**
- 79 **Les réponses à vos questions**
Jean Thévenot
Patients religieux: un guide pratique pour ouvrir le dialogue

Le bulletin d'abonnement se trouve p. 34 - Nos coordonnées p. 33

Une stérilisation sectorielle dix ans après

Le groupement de coopération sanitaire Sterhospic

**Marie-Odile Cousin¹,
Stéphanie Demailly²**

1- Cadre de santé Ibode. 2- Pharmacien gérant
GCS Sterhospic, Saint-Quentin (02)

**Les points clés : ressources
humaines, partenariat,
flux de production,
qualité et rentabilité.**

L'essentiel

Logique de partenariat, formation des agents, certification qualité, adaptation à l'activité : l'article présente les points clés qui ont permis à un groupement de stérilisation de fêter ses dix ans.

Mots-clés : stérilisation ;
organisation.

Les regroupements de stérilisation ne sont plus d'actualité, le vent a tourné et certains projets n'aboutiront pas. Éloignement de la source, logistique pesante, délais, modification de l'organisation opératoire, perte de matériel, coût, chacun veut retrouver son autonomie en pensant faire mieux. Situé à Saint-Quentin, et créé alors que les projets de regroupements de stérilisation fleurissaient un peu partout, le groupement de coopération sanitaire (GCS) Sterhospic, qui rassemble les stérilisations du nord-est de la Picardie, a fêté ses dix ans en 2015. Le groupement comprenait au démarrage sept établissements : les hôpitaux publics de Saint-Quentin, Laon, Chauny, Péronne, Guise et Ham, et l'hôpital privé de Saint-Quentin. Aucun d'eux n'a quitté le GCS. Un bâtiment dédié a été construit dans l'enceinte du centre hospitalier de Saint-Quentin, que nous avons intégré en août 2005.

Depuis dix ans

L'outil de production a progressé au fil du temps et nous avons appris de nos erreurs. Les grandes étapes que nous retenons concernent les ressources humaines, le partenariat, le flux de production, la qualité et la rentabilité :

Ressources humaines : formation et professionnalisation des agents de production

Nous avons organisé la formation des agents autour des trois zones de la stérilisation en théorie et en pratique. Un

« cahier de formation » donne le socle de base à acquérir et trace l'évolution de l'agent et de ses savoirs. La validation des connaissances pour chaque zone de travail est enregistrée dans le logiciel de stérilisation Optim. Une évaluation annuelle teste ensuite un secteur et les non-conformités majeures de l'année. Cette organisation a été plusieurs fois mise en avant par les auditeurs au cours du passage des certifications ISO 9001 et ISO 13485. Notre équipe d'agents de production s'est ainsi stabilisée avec le temps et professionnalisée.

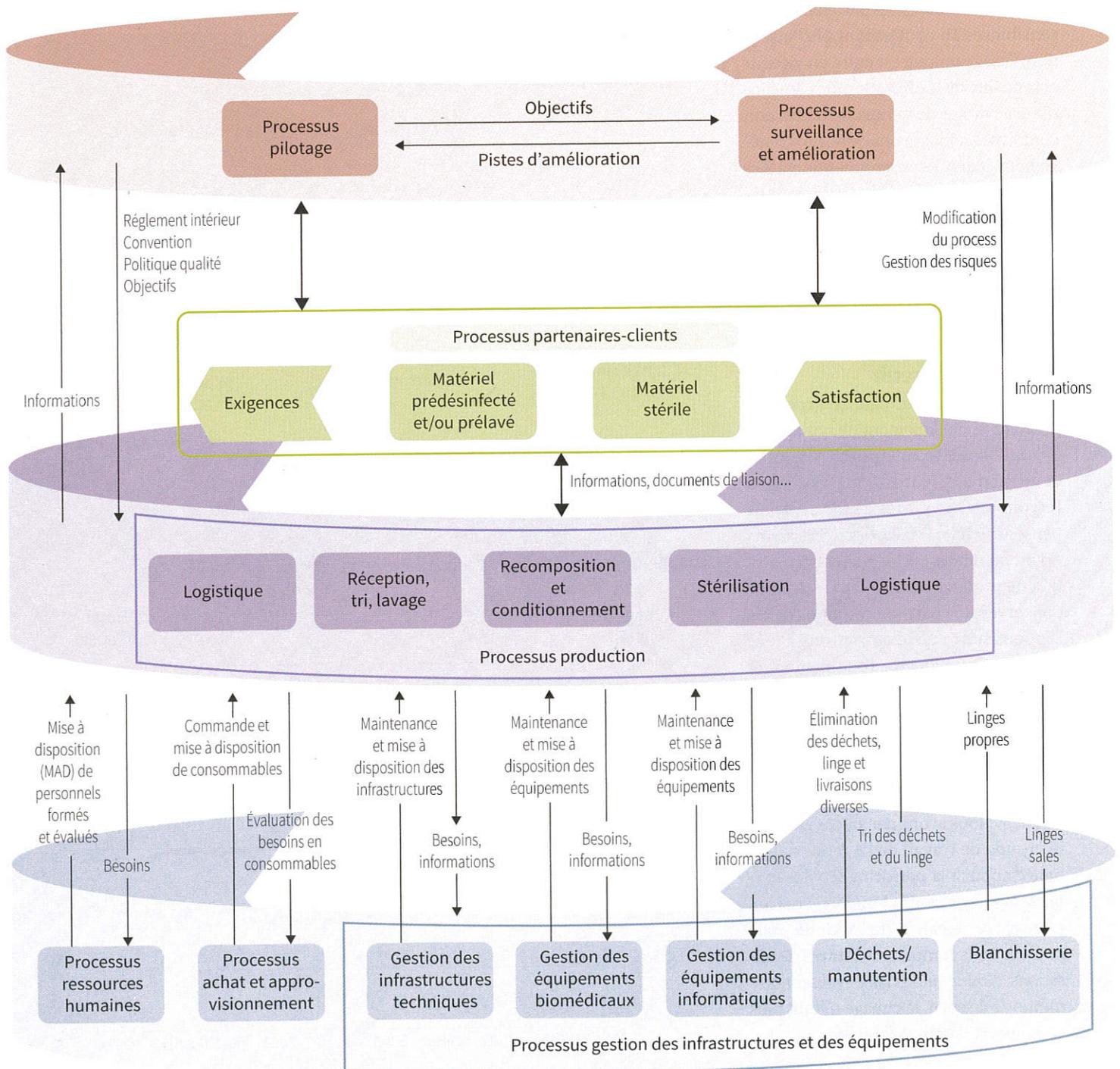
Partenariat

Le groupement est fondé sur la base d'un partenariat, valeur forte qui prédomine et que nous mettons toujours en avant. L'obligation par les tutelles d'intégrer le groupement aurait pu faire échouer le projet ; nous avons gagné la confiance de nos partenaires pas à pas. Nous organisons, dès que l'effectif le permet, des stages dans les « locaux relais » des différents hôpitaux pour permettre aux agents de mieux se connaître. Nous faisons en sorte de gommer la distance et la logistique pour nous adapter aux besoins de chacun d'eux et nous réunissons au minimum deux fois par an avec eux.

Flux de production : développement de l'outil de traçabilité Optim

Le point majeur a été de passer d'une stérilisation centralisée à une unité de production, donc de travailler en pensant « flux de production » (**Figure 1**). Nous avons remanié les circuits logis-

Figure 2 - Cartographie des processus



un, deux). Pour chaque cycle, le nombre de paniers par partenaire est enregistré. La facturation se fait au prorata. En dix ans, la production a diminué: les boîtes ont été rationalisées, les partenaires sont sensibilisés au coût et font plus attention, l'usage unique est entré en vigueur et la qualité de la prestation s'est améliorée avec moins de retours de boîtes non conformes. Nous avons donc progressivement réduit les ressources humaines (**Figure 4**) pour maintenir un coût de cubage en dessous des mille euros (logistique comprise). Et ce malgré l'arrêt de la subvention de l'agence régionale de santé dont le GCS a bénéficié dans les premières années (**Graphique**).

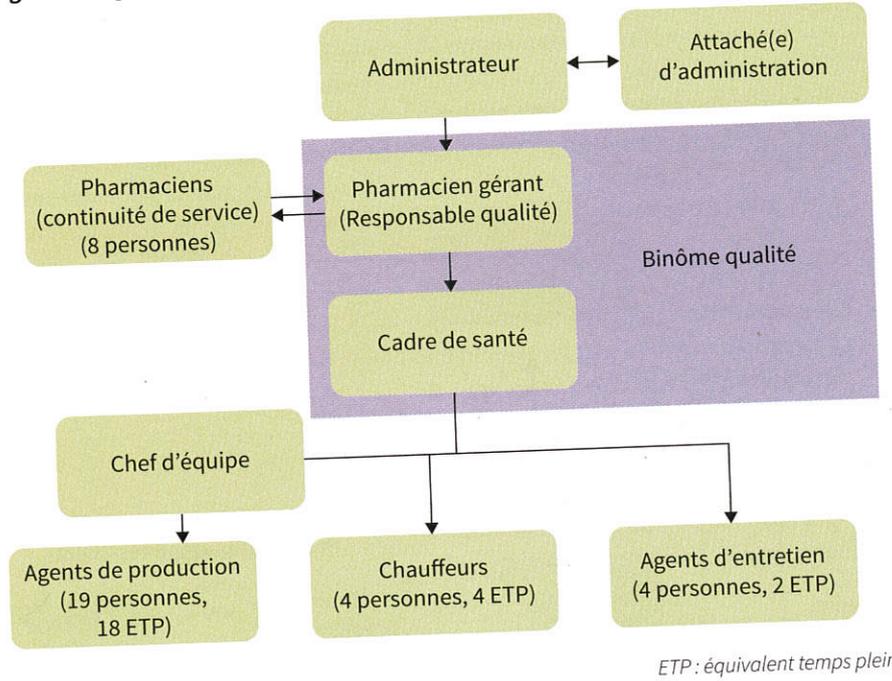
Les années à venir

Le renouvellement du parc d'équipement prévoira le vieillissement de nos agents, l'évolution des techniques chirurgicales et de l'activité. Nous allons travailler à l'ergonomie des postes de travail. Nous pensons réduire la taille des stérilisateur pour obtenir des cycles plus courts et un flux de production plus rapide. Afin de conserver nos partenaires, nous développons notre offre et mettons à leur disposition les locaux, l'équipement et un agent pour les demandes urgentes de nuit, afin de dépanner toute stérilisation « en souffrance ». Nous avons ainsi accueilli la stérilisation de l'hôpital de Soissons pendant plus d'un mois en 2015. Nous avons par ailleurs intégré le groupe de travail de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) sur le calcul de l'activité pour pouvoir nous comparer à d'autres stérilisations. Nous voulons faire évoluer notre méthode de suivi, le cubage n'étant plus représentatif du travail réalisé.

Et pour nos vingt ans

Conjugaison du verbe s'adapter... ■

Figure 4 - Organigramme fonctionnel



Graphique 1 - Activité ressources humaines et coûts de production

