

MeaH

Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

Gestion et organisation des blocs opératoires
dans les hôpitaux et cliniques

Recueil des bonnes pratiques
organisationnelles observées

Septembre 2006

Préface de Monsieur Jean CASTEX

Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Les bonnes pratiques organisationnelles du bloc opératoire ne peuvent pas se déduire des bonnes intentions qui animent ses acteurs : vouloir tout mettre en œuvre pour assurer une intervention chirurgicale de qualité et garantir les chances, toutes les chances, des patients.

Au quotidien, ces intentions éminemment nécessaires conduisent au résultat contraire si elles ne sont pas transformées en une organisation intégrant la complexe palette des intervenants du bloc. Derrière l'acte chirurgical et souvent très intrusif sur lequel il faut de ce fait rester focalisé, c'est en effet toute une organisation qui doit être pensée, structurée et reconnue si l'on ne veut pas prendre le risque d'une performance médicale et économique insuffisante.

Ce recueil ouvre les pistes de réflexion permettant de concevoir et mettre en œuvre une organisation optimisée. Il ne dit pas qu'il n'y a qu'à faire, il montre qu'il est sans doute possible de faire quelque chose. S'il ne constitue donc pas la réponse unique et radicale aux difficultés souvent mentionnées par la chirurgie, et notamment la chirurgie publique, il est néanmoins une contribution solide aux possibles progrès de la collectivité des établissements de santé en la matière, et pour le bénéfice de tous.

A ce titre, je ne peux que me féliciter de sa publication ; j'en attends qu'elle facilite l'ouverture du débat entre les acteurs dans les établissements.

Préface de Monsieur Didier SERGENT

Cadre supérieur des blocs opératoires - Centre hospitalier du Mans -

La réalité économique conjuguée à une fréquente pénurie de personnel qualifié en chirurgie rendent indispensable une organisation performante des blocs opératoires publics ou privés.

Cette organisation devra apporter les conditions optimales pour la réalisation des interventions.

Les blocs sont des unités fermées par définition, où les opérateurs, les médecins anesthésistes, le personnel paramédical et les agents se côtoient avec des priorités et des logiques organisationnelles différentes.

Au bloc, la prise en charge des patients relève plutôt d'une organisation de type « flux industriel » que d'une gestion de flux de patients hospitalisés : le patient, son dossier, les personnels et les matériels indispensables à l'intervention sont réunis dans une salle d'opération à un instant t.

Tout dysfonctionnement ou retard d'un acteur, provoque une désorganisation, un mécontentement de l'équipe opératoire, et peut au final, influencer sur la qualité de cette prise en charge et/ou entraîner un surcoût financier.

Organiser ou réorganiser un bloc reste un défi. Peu de directions d'établissements disposent de méthodes et d'outils pour le relever. Elles sont amenées à solliciter des experts et des managers en bloc opératoire pour y parvenir.

Ce recueil de bonnes pratiques est un outil rédigé par un groupe de ces experts et managers et expérimenté avec succès dans huit établissements pilotes. Il devrait permettre aux professionnels de mieux appréhender les problématiques du bloc opératoire et d'identifier les leviers sur lesquels il est possible d'agir pour rendre son fonctionnement moins coûteux à niveau de performance égal voire supérieur en veillant constamment à une bonne qualité d'accueil et d'humanité que chaque personne hospitalisée est en droit de recevoir.

Introduction

Le bloc opératoire constitue un élément essentiel du plateau technique d'un hôpital, en raison de sa haute technicité, de l'investissement financier qu'il représente, de l'importance de la ressource humaine qu'il mobilise, des enjeux en termes de sécurité des patients et d'attractivité des établissements. Or la gestion de ces services doit concilier activité programmée et activité en urgence, prendre en compte les besoins et les contraintes des chirurgiens, des anesthésistes, des infirmières des blocs (IBODE) et anesthésistes (IADE), l'articulation avec les activités de stérilisation, de brancardage et de logistique (approvisionnement en matériels divers) et enfin la disponibilité de lits d'hospitalisation.

L'étude « *Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques*¹ » réalisée par la MeaH de mai 2004 à avril 2006 dans huit établissements volontaires a permis, à partir de l'observation du fonctionnement de 115 salles et du traitement d'une base de données portant sur un échantillon de plus de 8 300 interventions, d'élaborer notamment :

- des indicateurs relatifs à l'utilisation des structures (capacité conventionnelle de production, temps de mise à disposition, temps réel d'occupation des salles) permettant de conclure que la problématique du bloc ne relève probablement pas d'un nombre insuffisant de salles (en chirurgie conventionnelle taux moyen d'occupation des salles égal à 50% de leur temps d'ouverture) ;
- des indicateurs relatifs à l'emploi des personnels permettant d'aboutir au constat que les personnels qualifiés (IBODE et IADE) ne sont présents en salle, en moyenne, qu'à 64% de leur temps de présence, les 36% restants étant dédiés à des tâches afférentes ;
- l'identification de bonnes pratiques organisationnelles (optimisation des temps de mise à disposition des salles, ouverture en décalé, outil d'aide à la définition du nombre de vacations par spécialité chirurgicale, ...) qui ont été inscrites dans les plans d'actions des établissements.

Ce document présente un recueil de ces bonnes pratiques organisationnelles observées. Il ne constitue en aucune manière un référentiel qui devrait être appliqué directement. Il est destiné à fournir des pistes de réflexion pour permettre à chaque établissement d'améliorer son efficacité, la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient, les conditions de travail des personnels.

Le livre a été réalisé sous la direction d'Alain LUCAS, chargé de projet MeaH et de Dominique TONNEAU, professeur et chercheur au Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole des Mines de Paris ; sa rédaction a été principalement assurée par Dominique DEJEAN du cabinet INEUMconsulting.

¹ Cf. « Rapport de phase 1 » et « Rapport final » disponibles sur le site de la MeaH (www.meah.sante.gouv.fr).

Établissements ayant participé à l'étude menée par la MeaH

- ✓ Clinique La Sagesse (Rennes),
- ✓ Hôpital Privé d'Antony (Groupe « Générale de Santé »),
- ✓ CH du Mans,
- ✓ Hôpital du Kremlin-Bicêtre (APHP),
- ✓ CH Briançon,
- ✓ Clinique Ambroise Paré (Toulouse),
- ✓ CH de Chambéry,
- ✓ Centre hospitalier Lyon Sud (Hospices Civils de Lyon).

Cabinets conseil ayant participé à l'étude menée par la MeaH

- ✓ INEUMconsulting (Chef de projet M. Dominique DEJEAN),
- ✓ IRIS CONSEIL SANTE (Chef de projet M. le Dr Gérard ADDA).

Glossaire

| |
|--|
| ARE : Anesthésiste-REanimateur |
| AS: Aide Soignant |
| CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux |
| CH : Centre Hospitalier |
| CHU : Centre Hospitalier Universitaire |
| CME : Commission Médicale d'Etablissement |
| CTN : Comité Technique National |
| IADE : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat |
| IBODE : Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat |
| IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat |
| MeaH : Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers |
| PERT : Programm Evaluation and Review Technic |
| SAU : Service d'Accueil et d'Urgence |
| SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle |
| T2A : Tarification à l'activité |
| TMD : Temps de Mise à Disposition |
| TROS : Temps Réel d'Occupation des Salles |
| TROV : Temps Réel d'Occupation des Vacances |
| TVO : Temps de Vacation Offert au praticien |

* * * * *

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Préface de Monsieur Jean CASTEX | 2 |
| Préface de Monsieur Didier SERGENT..... | 3 |
| Introduction | 4 |
| 1 Propos préliminaires..... | 7 |
| 1.1 Définition des « bonnes pratiques organisationnelles observées »..... | 7 |
| 1.2 Limites..... | 7 |
| 1.3 Objet de ce document..... | 8 |
| 1.4 Problématique d'un bloc opératoire | 9 |
| 1.5 Modèle d'optimisation des blocs opératoires..... | 10 |
| 1.6 Différents modèles de fonctionnement de bloc opératoire | 10 |
| 2 Définition des indicateurs et ratios utilisés | 15 |
| 2.1 L'utilité des indicateurs quantifiés | 15 |
| 2.2 Indicateurs..... | 16 |
| 2.3 Ratios de performance..... | 20 |
| 3 Organisation du travail | 26 |
| 3.1 Processus indispensables à la régulation du bloc..... | 26 |
| 3.2 Planification..... | 28 |
| 3.3 Programmation..... | 36 |
| 3.4 Supervision | 42 |
| 3.5 Enregistrement..... | 45 |
| 3.6 Boucle de rétroaction | 48 |
| 3.7 Définition des horaires de travail..... | 49 |
| 3.8 Organisation du brancardage | 53 |
| 3.9 Organisation de la stérilisation..... | 55 |
| 4 Structures de coordination..... | 57 |
| 4.1 Commission des utilisateurs du bloc | 58 |
| 4.2 Conseil de bloc..... | 59 |
| 4.3 Chef de bloc..... | 60 |
| 4.4 Cellule de supervision du bloc | 61 |
| 4.5 Coordonnateur médical..... | 62 |
| 5 Management | 63 |
| 5.1 Analyse des flux..... | 63 |
| 5.2 Régulation des absences des opérateurs | 65 |
| 5.3 Régulation des absences des médecins anesthésistes | 68 |
| 5.4 Régulation de la présence du personnel | 70 |
| 5.5 Charte de fonctionnement du bloc opératoire..... | 73 |
| Conclusion..... | 74 |
| 6 ANNEXES..... | 75 |
| 6.1 Circulaire n° DH/FH/2000/264 du 19 mai 2000 | 75 |
| 6.2 Présentation de l'outil EVALVAC | 77 |

1 Propos préliminaires

1.1 DEFINITION DES « BONNES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES OBSERVEES »

Nous désignerons dans ce document sous le vocable « *bonnes pratiques organisationnelles observées* » des éléments d'organisation mis au point par les établissements pour répondre à leur souci d'optimisation de leur organisation interne afin de traiter au mieux leurs patients compte tenu :

- ✦ de leurs ressources et équipements,
- ✦ du niveau de recrutement de patients,
- ✦ de leur contexte.

Les pratiques décrites dans ce document ont permis aux établissements qui les ont mis en œuvre d'obtenir des résultats significatifs.

Ainsi la modification des processus de planification et de programmation a permis par exemple à un établissement public simultanément d'améliorer les conditions de travail des personnels, d'offrir plus de vacations opératoires aux praticiens, d'améliorer la sécurité de prise en charge des patients et d'obtenir en final des gains de productivité :

- **Augmentation de 10% de l'activité chirurgicale** (avec une augmentation du temps de vacation offert aux praticiens) à effectif non médical constant,
- **Résorption des reliquats de congés équivalente à 4% de l'effectif** IBODE, IDE et IADE (soit 2,6 ETP),
- **Diminution du taux de débordement** en fin de programme de 9 à 2%,
- **Amélioration de la prévisibilité du programme** (le taux des patients NON connus à J-4 est passé de 23 à 3%).

1.2 LIMITES

En aucune manière, ce document n'a pour objet :

- ✦ ni de définir de « bonnes pratiques médicales » ou « paramédicales »
- ✦ ni de préciser, modifier, voire définir des normes ou recommandations, qui sont du ressort du Ministère de la Santé, de la DHOS, de la HAS et des « sociétés savantes ».

1.3 OBJET DE CE DOCUMENT

Ce document présente de manière la plus concrète possible des pratiques mises au point par différents établissements pour traiter au mieux leurs patients, compte tenu de leurs ressources, du recrutement et du contexte régional.

Chaque « bonne pratique organisationnelle observée » est décrite selon le canevas suivant :

1) **l'objectif** de la pratique,

2) **son opportunité** résumée de manière simple par un tableau qui présente sa difficulté de mise en œuvre, son intérêt, une évaluation de la durée de retour sur investissement² et la nature du bénéfice principal attendu (Cf. ci-contre),

| | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------------|------------|----------------|
| Difficulté relative de mise en œuvre | Faible | Moyenne | Forte | Très forte |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Intérêt | Fort | Moyen | Faible | Sans intérêt |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Délai de retour sur investissement | moins d'1 mois | 1 à 3 mois | 3 à 6 mois | plus de 6 mois |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Résultats attendus | <i>optimisation de l'utilisation des salles</i> | | | |
| | <i>optimisation des ressources humaines</i> | | | |
| | <i>qualité et sécurité de prise en charge</i> | | | |
| | | | | |

3) **la description détaillée** de la pratique,

4) les **facteurs de succès** : c'est-à-dire les éléments à réunir pour permettre d'atteindre aisément le but recherché,

5) les **points de vigilance** : c'est-à-dire les éléments qui sont de nature à freiner voire obérer la mise en œuvre de la pratique,

6) enfin, les éventuels documents relatifs à la pratique (ces éléments sont fournis pour faciliter la mise en application des bonnes pratiques décrites).

² Le « retour sur investissement » n'a pas été appréhendé sur le plan financier : il s'agit simplement d'une évaluation du délai à partir duquel les effets positifs de la pratique décrite sont a priori tangibles.

1.4 PROBLEMATIQUE D'UN BLOC OPERATOIRE

1.4.1 UN IMPERATIF : UNE ORGANISATION SOUPLE ET RIGOUREUSE

Le bloc opératoire implique une organisation qui nécessite, à la fois, une grande souplesse et une rigueur absolue.

Le bloc opératoire est un lieu de passage desservant :

- ✦ plusieurs modalités d'hospitalisation (conventionnelle et ambulatoire),
- ✦ plusieurs services et spécialités.

1.4.2 LE BLOC : AU CENTRE DE L'ETABLISSEMENT

Le bloc opératoire interagit avec les unités de soins, les urgences, les services d'imagerie...

Il influence le fonctionnement de ces unités : prémédication, prise en charge des patients à la sortie du bloc - parfois tardive -, plages horaires par discipline, plages d'urgence...

Il en subit les aléas, notamment en provenance des urgences.

De son fonctionnement dépendent la réservation des interventions, les commandes de produits et matériels, la gestion des ressources humaines...

1.4.3 LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE AU BLOC : UNE NECESSITE

Des difficultés peuvent paralyser le dispositif si les équipes médicales se refusent à certaines contraintes, et n'envisagent pas la résolution de ces problèmes dans un **esprit de concession mutuelle et de collaboration**.

Le bloc opératoire est le lieu de concentration de nombreuses spécialités avec des disparités de pratiques entre les disciplines, voire au sein d'une même discipline, qui ne peuvent être remises en cause que par les instances professionnelles.

L'élaboration du programme opératoire ne peut se résumer à une simple extension du carnet de rendez-vous des chirurgiens, et l'organisation d'un programme opératoire ne peut s'improviser.

La technicité toujours croissante des interventions rigidifie le fonctionnement (désinfection des appareils d'endoscopie ou de cœlioscopie...) tout en étant un élément important d'image de marque et donc d'attractivité pour l'établissement.

Des règles de fonctionnement doivent être établies mais surtout être respectées de tous et donc être acceptées. Des compétences techniques en gestion et ordonnancement sont nécessaires.

1.4.4 LE BLOC : UN LIEU DE BRASSAGE DE LOGIQUES ET D'ORGANISATIONS DIFFERENTES

Le bloc opératoire est un lieu de brassage de logiques professionnelles et de modes d'organisation radicalement différents.

Les attitudes individualistes restent encore fortement ancrées dans les mentalités des différentes disciplines, et plus particulièrement chez les médecins qui cohabitent au sein du bloc opératoire (chirurgiens, anesthésistes).

Les chirurgiens ont encore tendance à ne considérer que la durée de leur temps opératoire qui ne représente, en moyenne, que 50% du temps d'immobilisation de la salle d'opération.

Des phrases telles que « mes patients », « c'est mon jour, c'est ma salle » sont encore aujourd'hui monnaie courante.

Le corps infirmier - au sein duquel les tensions entre personnels polyvalent et spécialisé sont nombreuses - doit s'adapter aux aléas des interventions (heures supplémentaires, repos imposé à la dernière minute...).

Enfin, le fonctionnement du bloc dépend fortement de l'efficacité de l'équipe de brancardiers.

1.5 MODELE D'OPTIMISATION DES BLOCS OPERATOIRES

1.5.1 DEFINITION DE LA NOTION D'OPTIMISATION D'UN BLOC OPERATOIRE

La technicité et l'importance des ressources mobilisées font du bloc opératoire un centre de coût important dont le suivi et la maîtrise s'imposeront d'autant plus dans le cadre de la T2A.

Optimiser un bloc opératoire, c'est permettre à moyens et à ressources constants :

- ✦ d'opérer plus de patients,
- ✦ dans de meilleures conditions de sécurité,
- ✦ avec un niveau de qualité satisfaisant,
- ✦ avec un niveau de « confort » pour le patient satisfaisant,
- ✦ avec une amélioration des conditions de travail (qui sont des facteurs essentiels à la sécurité de la prise en charge des patients) tant pour :
 - les praticiens opérateurs et anesthésistes,
 - que pour l'ensemble du personnel soignant.

1.6 DIFFERENTS MODELES DE FONCTIONNEMENT DE BLOC OPERATOIRE

Différents modèles ont été observés dans les établissements participant à l'étude de la MeaH.

1.6.1 MODELE « HISTORIQUE » : SUPERPOSITION D'AGENDAS D'OPERATEUR

Le programme opératoire est une simple extension du carnet de rendez-vous des praticiens. Aucune organisation commune n'est entreprise. La planification des vacances n'est pas concertée.

Un constat : ce modèle d'organisation devient progressivement de plus en plus rare.

Des corollaires :

- ✦ Aucune optimisation n'est possible,
- ✦ Une efficacité qui diminue plus la taille du bloc augmente.

1.6.2 MODELE « REGULE » PAR DES PROCESSUS DE GESTION INTERNES AU BLOC

Le bloc « régulé » est organisé via cinq processus organisationnels : la planification, la programmation, la supervision, l'enregistrement et la rétroaction (Cf. description détaillée ci-après).

Un constat : ce type d'organisation se met en place progressivement depuis une vingtaine d'années. Il n'implique pas nécessairement la mise en œuvre d'un système d'information sophistiqué.

Un corollaire : cette organisation implique l'existence :

- ✦ d'instances (conseil de bloc, cellule de régulation, ...)
- ✦ de procédures et d'une charte détaillant les processus de gestion interne...
- ✦ des outils simples (programme sur papier ou sur feuille de calcul, des outils de mesure, comme celui utilisé ponctuellement pour un audit ou progiciel limité au périmètre du bloc).

Cette technique simple est le premier pas **INCONTOURNABLE** pour assurer le fonctionnement d'un bloc de plus d'une dizaine de salles.

1.6.3 MODELE « ORDONNANCE » POUR OPTIMISER LE FLUX DES PATIENTS

1.6.3.1 Définitions³ préalables

1.6.3.1.1 « Ordonnancement »

Un problème d'ordonnancement consiste à organiser dans le temps la réalisation de tâches, compte tenu de contraintes temporelles (délais, contraintes d'enchaînement) et de contraintes portant sur la disponibilité des ressources requises.

En production (manufacturière, de biens, de service), on peut le présenter comme un problème où il faut réaliser le déclenchement et le contrôle de l'avancement d'un ensemble de commandes à travers les différents centres composant le système.

« Un ordonnancement » est défini par le planning d'exécution des tâches (« ordre » et « calendrier ») et d'allocation des ressources et vise à satisfaire un ou plusieurs objectifs.

³ source : Wikipédia – L'encyclopédie libre - <http://fr.wikipedia.org/wiki/Accueil>

1.6.3.1.2 « Tâche »

Une tâche est une entité élémentaire localisée dans le temps par une date de début et/ou de fin, dont la réalisation nécessite une durée, et qui consomme un moyen selon une certaine intensité.

1.6.3.1.3 « Ressource »

La ressource est un moyen technique ou humain destiné à être utilisé pour la réalisation d'une tâche et disponible en quantité limitée, sa capacité.

Plusieurs types de ressources sont à distinguer. Une ressource est renouvelable si après avoir été allouée à une ou plusieurs tâches, elle est à nouveau disponible en même quantité (les hommes, les machines, l'équipement en général); la quantité de ressource utilisable à chaque instant est limitée. Dans le cas contraire, elle est consommable (matières premières, budget) ; la consommation globale (ou cumul) au cours du temps est limitée. Une ressource est doublement contrainte lorsque son utilisation instantanée et sa consommation globale sont toutes deux limitées (l'argent en est un bon exemple).

Qu'elle soit renouvelable ou consommable, la disponibilité d'une ressource peut varier au cours du temps. Sa courbe de disponibilité est en général connue a priori, sauf dans les cas où elle dépend du placement de certaines tâches génératrices.

On distingue par ailleurs - principalement dans le cas de ressources renouvelables - les ressources disjonctives qui ne peuvent exécuter qu'une tâche à la fois (machine-outil, robot manipulateur) et les ressources cumulatives qui peuvent être utilisées par plusieurs tâches simultanément - mais en nombre limité - (équipe d'ouvriers, poste de travail).

1.6.3.1.4 « Contraintes »

Les contraintes expriment des restrictions sur les valeurs que peuvent prendre simultanément les variables de décision. On distingue :

✦ des contraintes temporelles

- les contraintes de temps alloué, issues généralement d'impératifs de gestion et relatives aux dates limites des tâches (délais de livraisons, disponibilité des approvisionnements) ou à la durée totale d'un projet ;*
- les contraintes de cohérence technologique, ou contraintes de gammes, qui décrivent des relations d'ordre relatif entre les différentes tâches ;*

✦ des contraintes de ressources

- les contraintes d'utilisation de ressources qui expriment la nature et la quantité des moyens utilisés par les tâches, ainsi que les caractéristiques d'utilisation de ces moyens ;*

Les contraintes de disponibilité des ressources qui précisent la nature et la quantité des moyens disponibles au cours du temps. Toutes ces contraintes peuvent être formalisées sur la base des distances entre débuts de tâches ou potentiels.

1.6.3.2 Description d'un « bloc ordonnancé »

Un « bloc ordonnancé » est un mode d'organisation dans lequel un acteur (la cellule de supervision, Cf. chapitre 4.4) a la responsabilité de la recherche permanente d'un fonctionnement optimisé des différentes tâches d'une activité complexe régie par des contraintes réglementaires fortes, des exigences de qualité élevées et des aléas permanents impliquant un grand nombre de ressources humaines et des matériels également contraints (limitation du nombre d'équipements, limitation des places en unités de soins, ...)

Ce modèle s'appuie sur des techniques d'optimisation, dénommées « ordonnancement », pour prendre en compte les contraintes multiples :

- ✦ disponibilité des salles, équipements, ancillaires...
- ✦ disponibilité du personnel,
- ✦ capacité des salles de réveil et des unités de soins (Cf. le § 5.1.2 Flux externes au bloc page 64)

Constat : ce modèle, inspiré des modèles de fonctionnement des entreprises industrielles complexes, est encore rare car il implique l'utilisation d'un système d'information relativement performant.

L'efficacité de ce modèle augmente avec la taille du bloc.

1.6.4 COMPARAISON DES 3 MODELES DE BLOC

| Gain | modèle « historique » : superposition d'agendas d'opérateur | modèle « régulé » par des processus de gestion internes au bloc | modèle « ordonnancé » pour optimiser le flux des patients |
|--|--|---|---|
| Optimisation du temps des praticiens opérateurs et anesthésistes | Apparemment favorable aux praticiens, mais les pertes de temps liées à la difficulté d'organiser les ressources entraînent des pertes de temps pour les opérateurs et anesthésistes | Oui | Oui |
| Optimisation du temps d'occupation des salles d'opération | NON | Oui | Oui |
| Optimisation du temps du personnel en salle | NON | Limitée | Oui |
| Optimisation du temps du personnel en SSPI ⁴ | NON | Limitée | Oui |
| Optimisation du temps de travail des unités de soins | NON | NON | Oui |
| Optimisation de l'utilisation des lits des unités de soins | NON | NON | Oui |

⁴ SSPI : depuis le décret du 5 décembre 1994, la salle de réveil a été rebaptisée « salle de surveillance post-interventionnelle » ou SSPI

1.6.5 DEMARCHE D'OPTIMISATION

Quitter rapidement le premier modèle dit « historique » pour mettre en place le second modèle dit « régulé » afin d'obtenir la majorité des gains.

Le troisième modèle, le plus efficace, implique :

1. que le bloc fonctionne selon les processus du modèle « régulé »,
2. que l'établissement soit doté d'un système d'information performant permettant de mettre en œuvre des techniques de « supply chain management⁵ » appliquées au patient pour permettre un co-ordonnement du flux de patients dans les unités de soins et au sein des plateaux techniques, en particulier dans le bloc.

⁵ « Supply chain management » (source : Wikipédia – L'encyclopédie libre - <http://fr.wikipedia.org/wiki/Accueil>) : La gestion de la chaîne logistique (GCL) (en anglais supply chain management, SCM) consiste à améliorer la gestion des flux qui vont du « fournisseur du fournisseur » jusqu'au « client du client ».

Entre ces partenaires, qui composent la chaîne logistique, circulent trois catégories de flux :

- des flux de marchandises (qui vont de l'amont vers l'aval),
- des flux financiers (qui vont en sens inverse),
- des flux d'information qui vont dans les deux sens :
 - de l'amont vers l'aval : en suivant les flux physiques,
 - de l'aval vers l'amont : remontée d'information en provenance du consommateur.

Gérer la chaîne logistique, c'est fluidifier les flux en optimisant autant que possible les coûts. Les coûts sont principalement :

- les coûts de possession des stocks,
- les coûts d'acheminement,
- et les coûts de rupture.

Dans le processus d'optimisation globale de la chaîne logistique, on parle de plus en plus de coût total de possession.

La gestion de la chaîne logistique est la partie de la logistique qui s'occupe des flux et processus d'approvisionnement, vus comme un processus global.

2 Définition des indicateurs et ratios utilisés

2.1 L'UTILITE DES INDICATEURS QUANTIFIES

L'efficacité d'un bloc opératoire repose en grande partie sur la capacité des nombreux acteurs impliqués dans la prise en charge à se transmettre des informations fiables.

Les indicateurs et ratios qui ont été définis et utilisés pour parvenir à ces résultats sont essentiels. Ils permettent aux acteurs de mesurer leur performances, de se faire une idée de leur fonctionnement, de comprendre immédiatement la nature de leurs problèmes. Et leur utilisation passe par l'étonnement qu'ils suscitent : c'est en confrontant leur idée intuitive et la mesure qu'en donnent les indicateurs que les professionnels vont se rendre compte du décalage qui peut exister, ou de la nécessité de prendre en compte d'autres acteurs ou d'autres aspects que ceux qu'ils perçoivent de façon immédiate. De plus le fait de disposer d'une vision commune grâce à ces indicateurs va faciliter leur dialogue entre les acteurs, objectiver les choses, et alimenter les réflexions qu'ils doivent avoir avant de parvenir à une décision. Ils ont ainsi la possibilité de proposer ou d'accepter des changements, de suivre l'évolution des transformations, ou du fonctionnement, d'ajuster leur pratique ou les règles de fonctionnement commun du bloc, bref, l'instrumentation leur donne les moyens d'exercer pleinement leurs prérogatives en matière de gestion de leur outil commun.

Aussi convient-il de pérenniser le recueil des informations, et d'automatiser le calcul des indicateurs, de façon à ce que le suivi routinier permette de procéder autant que de besoin aux ajustements nécessaires, et rende les débats moins passionnels.

Les indicateurs et les ratios présentés ci-après s'appliquent **à la période de jour** et non à la permanence des soins. Ils ont été utilisés par la majorité des établissements pour vérifier l'obtention de résultats tangibles lors des évolutions de leur organisation.

2.2 INDICATEURS

2.2.1 TEMPS DE MISE A DISPOSITION (TMD)

| | | |
|----------------------------|--------------|---|
| TMD_{salle} | Nom : | Temps de Mise à Disposition d'une salle |
| | Définition : | Temps compris entre l'ouverture de la salle et sa fermeture |
| | Précisions : | Heure d'ouverture = entrée en salle de la première IDE ou IADE pour la salle Heure de fermeture = fin de remise en l'état de la salle en fin de journée hors permanence des soins |
| | Limite : | Le TMD dépend de l'organisation de l'ouverture et de la fermeture Un mode d'organisation peut consister à réaliser les ouvertures et/ou les fermetures des salles simultanément (donc à augmenter le TMD) sans pour autant allonger le Temps de Vacation Offert au praticien |

Remarque : le TMD du bloc est égal à la somme des TMD_{salle} de toutes les salles.

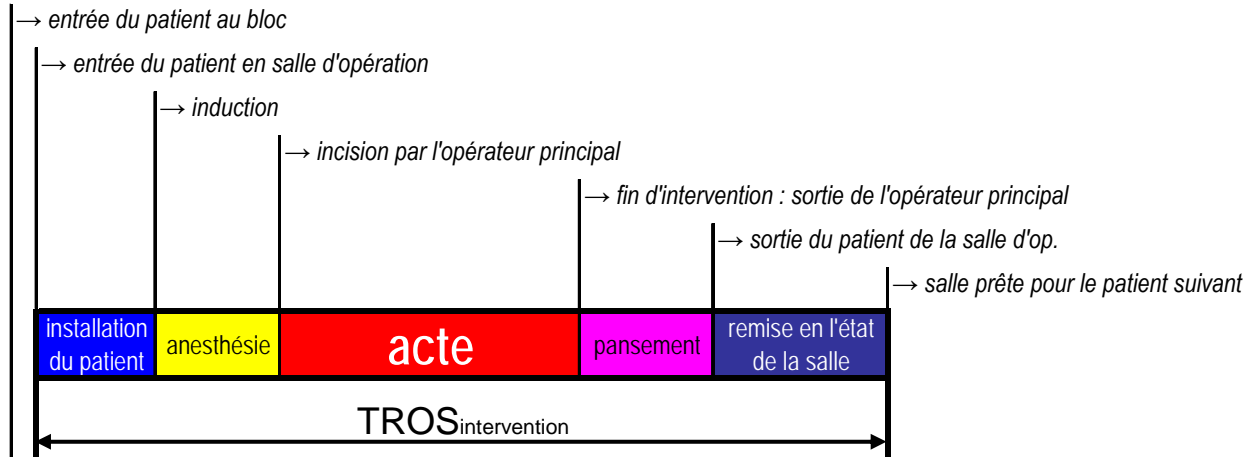
2.2.2 TEMPS DE VACATION OFFERT AU PRATICIEN (TVO)

| | | |
|------------|--------------|--|
| TVO | Nom : | Temps de Vacation Offert au(x) praticien(s) |
| | Définition : | Temps compris entre l'entrée en salle du premier patient et la sortie du dernier patient |
| | Précisions : | Le temps de fermeture de la salle (en fin de journée) ou de bio nettoyage entre la fin de la vacation du matin et le début de la vacation de l'après-midi n'est pas compris dans le TVO Cette notion est "orientée praticien" et correspond au temps pendant lequel une activité financée par la T2A est possible |

2.2.3 TEMPS REEL D'OCCUPATION DES SALLES (TROS)

2.2.3.1 TROS_{intervention}

Le TROS_{intervention} est le Temps Réel d'Occupation des Salles pour une intervention donnée.

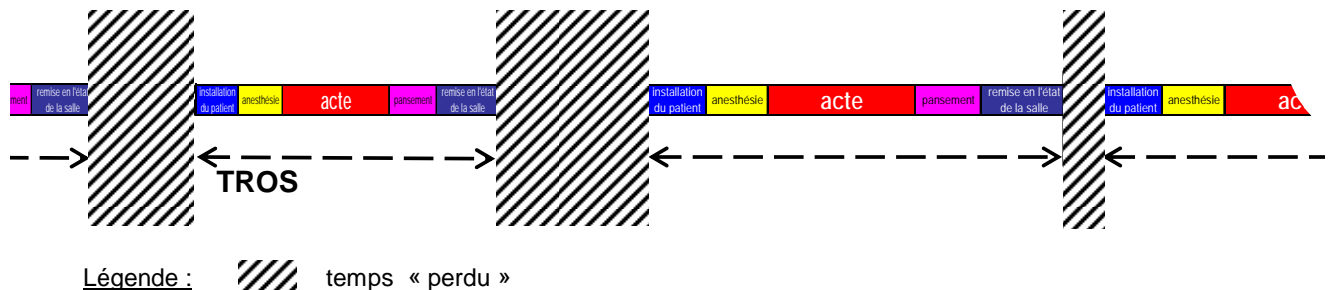


Le TROS_{intervention} débute par l'entrée en salle d'opération du patient et s'achève avec la fin de remise en l'état de la salle.

Le temps de remise en l'état de la salle comptabilisé dans le TROS_{intervention} n'est pas le temps réel mais un **temps standardisé** de remise en l'état pour éviter de surestimer le TROS si la remise en l'état de la salle ne s'effectue pas dans la foulée de l'intervention.

Remarque : Temps standardisé de remise en l'état : l'étude a montré que, quel que soit le type d'établissement, la remise en l'état était d'environ 5 minutes dans les blocs dédiés aux actes « légers » réalisés préférentiellement en ambulatoire et d'environ 15 à 20 minutes dans les blocs dédiés aux actes « lourds », réalisés généralement en hospitalisation complète.

La notion « réel » indique que le TROS ne comptabilise **pas les temps « perdus » entre les interventions** (c'est-à-dire entre la fin de remise en l'état de la salle d'une intervention et l'entrée du prochain patient).



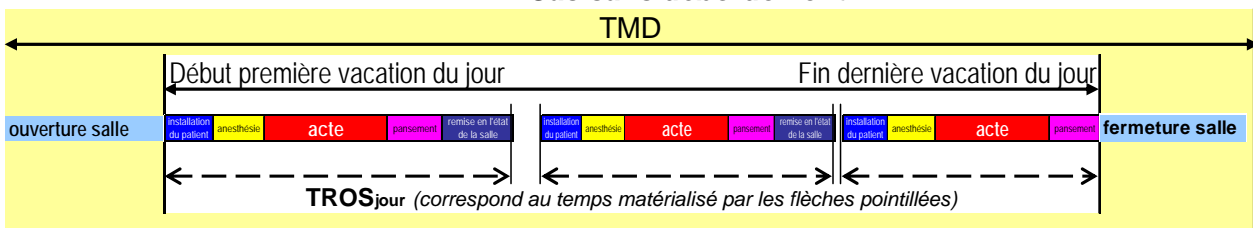
Remarque : si l'intervention nécessite une induction réalisée en salle d'induction (distincte de la salle d'intervention), le début du TROS_{intervention} est défini par l'entrée en salle d'induction du patient (la salle d'intervention étant déjà mobilisée pour ce patient).

2.2.3.2 TROS_{jour}

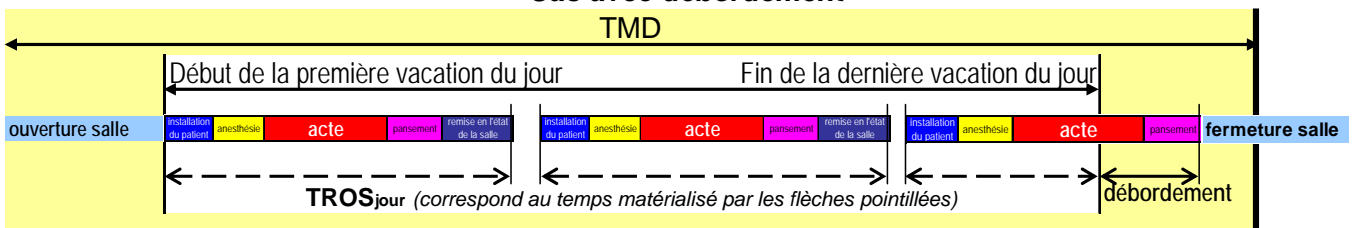
Le *TROS_{jour}* est le temps réel d'occupation des salles du bloc en journée dans l'intervalle de temps des vacances offertes aux différents praticiens.

| | | |
|----------------------------|--------------|--|
| TROS_{jour} | Nom : | Temps Réel d'Occupation de la Salle durant le temps de vacances offertes aux praticiens le jour (et non durant la permanence des soins) |
| | Définition : | Le <i>TROS_{jour}</i> est le temps d'occupation de la salle durant le temps offert aux praticiens le jour $TROS_{jour} = \text{somme}(TROS_{intervention})$ |
| | Précision : | Le <i>TROS_{jour}</i> ne comprend pas les débordements en fin de programme : si la dernière intervention s'achève au-delà de l'heure de fin de la dernière vacation, le <i>TROS_{jour}</i> ne prend pas en compte le temps correspondant à la fin de prise en charge du patient et de remise en l'état ou fermeture qui suit et le débordement se définit comme cette fin de prise en charge. |

Cas sans débordement



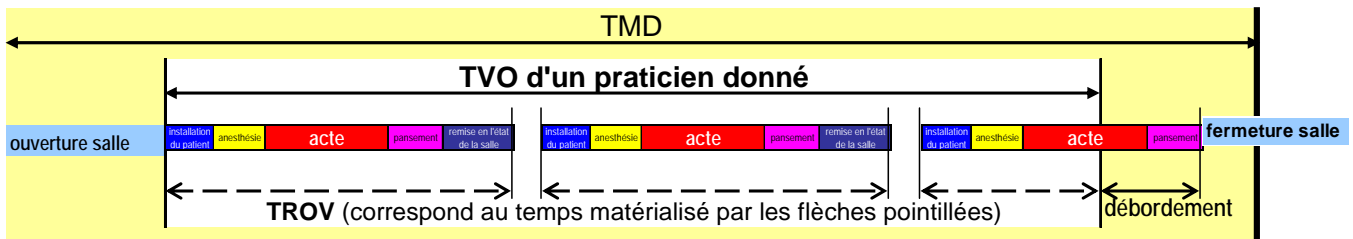
Cas avec débordement



Remarque : le *TROS_{jour}* du bloc est égal à la somme des *TROS_{jour}* des salles du bloc.

2.2.4 TEMPS REEL D'OCCUPATION DES VACATIONS (TROV)

| | | |
|-------------|--------------|--|
| TROV | Nom : | Temps Réel d'Occupation de la Vacation d'un praticien avec un temps standardisé de remise en l'état de la salle |
| | Définition : | $TROV = \text{somme}(TROS_{\text{intervention hors temps de remise en l'état}}) + \text{temps de remise en l'état standard} \times (\text{nb d'interventions} - 1)$ |
| | Précision : | Si la dernière intervention s'achève au-delà de l'heure de fin du TVO, le TROV ne prend pas en compte le temps correspondant à la fin de prise en charge du patient et de remise en l'état ou fermeture qui suit et le débordement se définit comme cette fin de prise en charge |
| | Atout : | Représente bien l'occupation de la salle par le praticien sans dépendre de l'organisation de la remise en l'état. |
| | Limite : | L'analyse du TROV doit être complétée par la comparaison temps réel de remise en l'état / temps standard de remise en l'état et par le suivi du débordement. |



2.3 RATIOS DE PERFORMANCE

2.3.1 EVALUATION DU TEMPS DE MISE A DISPOSITION AU REGARD DU POTENTIEL DES SALLES

| | |
|--|---|
| Évaluation du TMD = $\frac{\text{TMD}}{\text{Potentiel salles}}$ <i>TMD hebdomadaire</i> | |
| Objectif : | Ce ratio cherche à évaluer l'utilisation des investissements (salles et matériels). |
| Convention MeaH ⁽¹⁾ : | Potentiel hebdomadaire d'une salle fixé par convention à 54 heures (soit 10 h par jour sur 5 jours et 4 h le samedi matin). |
| Limite : | Ce ratio ne prend volontairement pas en compte le potentiel de recrutement de patients. |
| Remarque : | Ce ratio peut être inférieur ou supérieur à 100% selon que l'établissement ouvre ses salles moins ou plus que le potentiel de la convention MeaH. |

(1) : convention adoptée par les professionnels lors des Comités Techniques Nationaux.

Exemple

| | | |
|----------------|--|-------|
| Hypothèses | hh:mm | |
| | Potentiel salles | 10:00 |
| | TMD | 09:00 |
| Calculs | Évaluation du TMD = $\frac{09:00}{10:00} = 90\%$ | |
| Interprétation | L'établissement n'utilise son potentiel salles qu'à hauteur de 90% (convention MeaH : 10h par jour). | |

2.3.2 EVALUATION DU TEMPS DE VACATION

| | |
|---|--|
| Évaluation du TVO = $\frac{\text{somme(TVO)}}{\text{Potentiel salles}}$ | |
| Objectif : | Ce ratio permet d'apprécier l'offre de vacation au regard du potentiel des salles. |
| Atout : | Permet la comparaison entre établissements. |
| Remarque : | Ce ratio pourrait être théoriquement supérieur à 100%. |

| | |
|---|--|
| Taux d'offre de vacation = $\frac{\text{somme(TVO)}}{\text{TMD}}$ | |
| Objectif : | Ce ratio permet d'apprécier l'organisation générale du bloc et sa capacité à maximiser l'offre de vacation au regard du temps de mise à disposition du bloc. |
| Atout : | Permet la comparaison entre établissements. |
| Remarque : | Ce ratio ne peut atteindre 100% car, par définition, le TMD intègre les temps d'ouverture et de fermeture. |

Simulations

| | | |
|----------------|---|-------|
| Hypothèses | hh:mm | |
| | Potentiel salles | 10:00 |
| | TMD | 09:00 |
| | TVO | 08:00 |
| Calculs | Évaluation du TMD = $\frac{09:00}{10:00} = 90\%$ | |
| | Évaluation du TVO = $\frac{08:00}{10:00} = 80\%$ | |
| | Taux d'offre de vacation = $\frac{08:00}{09:00} = 89\%$ | |
| Interprétation | Cet établissement ouvre moins que la convention MeaH mais offre 89% de ce temps d'ouverture aux praticiens. | |

| | | |
|----------------|--|-------|
| Hypothèses | hh:mm | |
| | Potentiel salles | 10:00 |
| | TMD | 11:00 |
| | TVO | 09:00 |
| Calculs | Évaluation du TMD = $\frac{11:00}{10:00} = 110\%$ | |
| | Évaluation du TVO = $\frac{09:00}{10:00} = 90\%$ | |
| | Taux d'offre de vacation = $\frac{09:00}{11:00} = 82\%$ | |
| Interprétation | Cet établissement ouvre plus que la convention MeaH mais son organisation ne permet d'offrir que 82% du temps aux praticiens : cette organisation est donc moins efficiente que la précédente. | |

2.3.3 ANALYSE DE L'OCCUPATION DES SALLES AU REGARD DU TEMPS DE MISE A DISPOSITION

| |
|---|
| Taux d'utilisation jour = $\frac{\text{TROS}}{\text{TMD}}$ |
| Objectif : Ce ratio permet d'approcher la pertinence de la mise à disposition des moyens (salles et équipe) au regard du besoin réel constaté (TROS). |
| Limite : Il ne reflète pas le vécu du praticien opérateur (le ratio TROV/TVO, Cf. ci-après, est plus représentatif de l'activité du praticien). |
| Remarque : Ce ratio ne peut pas atteindre 100% car, par définition, le TMD intègre les temps d'ouverture et de fermeture. |
| Valeur cible : 75% à 85% |

Simulations

| | | |
|----------------|--|-------|
| Hypothèses | hh:mm | |
| | Potentiel salles | 10:00 |
| | TMD | 09:00 |
| | TVO | 08:00 |
| | TROS | 06:37 |
| Calculs | Évaluation du TMD = $\frac{09:00}{10:00} = 90\%$ Taux d'utilisation jour = $\frac{06:37}{09:00} = 74\%$ | |
| Interprétation | Cet établissement ouvre moins que la convention MeaH et utilise son temps d'ouverture à hauteur de 74%. | |

| | | |
|----------------|---|-------|
| Hypothèses | hh:mm | |
| | Potentiel salles | 10:00 |
| | TMD | 11:00 |
| | TVO | 10:00 |
| | TROS | 07:11 |
| Calculs | Évaluation du TMD = $\frac{11:00}{10:00} = 110\%$ Taux d'utilisation jour = $\frac{07:11}{11:00} = 65\%$ | |
| Interprétation | Cet établissement ouvre plus que la convention MeaH et utilise son temps d'ouverture à hauteur de 65%. Cette organisation est moins efficace que celle de l'exemple précédent : elle mobilise du personnel qualifié (médecins anesthésistes, IBODE et IADE) pendant 11h pour une activité réelle de 7h11. | |

2.3.4 ANALYSE DE L'OCCUPATION D'UNE VACATION PAR UN PRATICIEN OU UNE SPECIALITE

| | |
|--|---|
| Taux de performance = $\frac{\text{TROV}}{\text{TVO}}$ | |
| Objectif : | Evaluer la performance de la gestion des vacations d'un praticien ou d'une spécialité (praticien opérateur, anesthésiste, personnel...) au regard de l'offre en vacations pour ce praticien ou cette spécialité |
| Limite : | Le TROV prend un temps standardisé de remise en l'état. Il convient donc de suivre en parallèle le taux "ERS" (Cf. ci-dessous) pour vérifier que les temps de remise en l'état réel sont proches du temps standard et ne réduisent donc pas le temps destiné au praticien. |
| Valeur cible : | 85% à 95% |

2.3.5 ANALYSE DE L'EFFICACITE DE L'ORGANISATION DE LA REMISE EN L'ETAT

| | |
|--|---|
| Efficacité relative de Remise en l'état des Salles | |
| ERS = 1 - $\frac{\text{somme (temps REEL de remise en l'état hors ouverture et fermeture)}}{(\text{nombre d'interventions} - 1) \times \text{temps standard de remise en l'état}}$ | |
| Objectif : | Vérifier que les temps de remise en l'état restent conformes aux temps standardisés. |
| Valeur cible : | 0 Si on obtient un ratio > 0, cela signifie que les temps réels de remise en l'état sont supérieurs au temps standard. Une remise en état trop longue pénalise le bloc : salle inutilisable et temps perdu pour le personnel qualifié (anesthésiste, IBODE, IADE). |
| <i>Temps standard de remise en l'état constatés avec les établissements participant à l'étude MeaH :</i> | |
| bloc léger : intervention rapide (inférieur ou égale à 1/2 heure : stomato, cataracte...) | 5 min |
| bloc lourd : intervention longue (orthopédie, digestif, neurochirurgie, ...). | 15 min |

2.3.6 ANALYSE DE L'OCCUPATION GLOBALE DU BLOC

Le taux de performance du bloc est calculé comme le taux de performance d'une vacation (cf. § 2.3.4)

| | |
|--|------------|
| Taux de performance = $\frac{\text{somme(TROV)}}{\text{somme(TVO)}}$ | |
| Valeur cible : | 85% à 95%. |

2.3.7 ANALYSE DES DEBORDEMENTS

| | |
|--|--|
| Taux de débordement = $\frac{\text{débordement}}{\text{somme(TVO)}}$ | |
| Objectif : | Mesurer le volume de débordement au regard des vacances offertes. |
| Limite : | Ne tient pas compte de l'heure d'arrivée des interventions non programmées d'où l'impossibilité d'imputer le débordement à un praticien ou à une spécialité. Ne permet pas de déterminer s'il s'agit d'un débordement par manque d'organisation ou par manque de temps. |
| Valeur cible : | Moins de 5%. |

| | |
|--|---|
| Taux de performance ^{potentiel} = $\frac{\text{somme (TROV) + débordement}}{\text{somme(TVO)}}$ | |
| Objectif : | Evaluer la capacité à "faire tenir" les débordements dans les temps résiduels entre les interventions (différence entre TVO et TROV). |
| Limite : | Ne tient pas compte de l'heure d'arrivée des interventions non programmées d'où l'impossibilité d'imputer le débordement à un praticien ou à une spécialité. |
| Atouts : | Donne cependant une bonne idée de la capacité à intégrer les débordements dans le TVO. |
| Valeur cible : | 85% à 95% C'est la même définition que le « taux de performance » cf. § 2.3.6 ; la valeur à atteindre correspond à la valeur cible du « taux de performance ». |

Simulations

| | | |
|----------------|---|-------|
| Hypothèses | hh:mm | |
| | Potentiel salles | 10:00 |
| | TMD | 09:00 |
| | TVO | 08:00 |
| | TROS | 06:47 |
| | débordement | 01:08 |
| Calculs | Taux d'utilisation jour = $\frac{06:47}{09:00} = 75\%$ | |
| | Taux débordement = $\frac{01:08}{08:00} = 14\%$ | |
| | Taux de performance ^{potentiel} = $\frac{06:47 + 01:08}{08:00} = 99\%$ | |
| Interprétation | Le débordement est significatif (14%) et sera délicat à intégrer dans les temps résiduels (car le <i>Taux de performance</i> ^{potentiel} dépasse la valeur cible maximum de 95%) : ce praticien manque clairement de temps vacation. | |

| | | |
|----------------|---|-------|
| Hypothèses | hh:mm | |
| | Potentiel salles | 10:00 |
| | TMD | 09:00 |
| | TVO | 08:00 |
| | TROS | 05:47 |
| | débordement | 01:08 |
| Calculs | $\text{Taux d'utilisation jour} = \frac{05:47}{09:00} = 64\%$ | |
| | $\text{Taux débordement} = \frac{01:08}{08:00} = 14\%$ | |
| | $\text{Taux de performance}^{\text{potentiel}} = \frac{05:47 + 01:08}{08:00} = 86\%$ | |
| Interprétation | <p>Le débordement est significatif mais il est tout à fait possible d'intégrer ce temps dans les temps résiduels (puisque le <i>Taux de performance</i>^{potentiel} atteint seulement 86%) : la vacation gagnerait donc à être mieux organisée.</p> | |

Remarque : le taux de débordement est également un indicateur de perturbation des unités de soins : les débordements engendrent des retours tardifs qui dégradent à la fois les conditions de travail des soignants et la qualité de prise en charge du patient en unité de soins.

3 Organisation du travail

3.1 PROCESSUS INDISPENSABLES A LA REGULATION DU BLOC

3.1.1 DEFINITION DE LA NOTION DE « PROCESSUS »

La norme ISO 9000:2000 donne la définition⁶ suivante de la notion de processus : Ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme les éléments d'entrée en éléments de sortie. Ces éléments sont soit des objets matériels soit des informations, soit les deux.

Les éléments d'entrée d'un processus sont généralement les éléments de sortie d'autres processus.

Les processus d'un organisme sont généralement planifiés et mis en œuvre dans des conditions maîtrisées afin d'apporter une valeur ajoutée.

Il ne faut pas confondre « processus » avec la « procédure ». Le premier définit le métier de l'entreprise en faisant abstraction de l'organisation sous-jacente tandis que le second positionne le métier de l'entreprise sur son organisation. L'approche processus est transversale à l'entreprise et permet d'identifier et de maîtriser les interfaces entre les différents « métiers ».

Le processus répond aux questions : QUOI ? POURQUOI ?

La procédure répond de plus à la question : QUI ?

Le mode opératoire répond de plus aux questions : QUAND ? OÙ ? COMMENT ?

L'utilisation d'une approche processus peut conduire à élaborer une cartographie des processus qui permet de représenter l'entreprise à travers les liens entre les différents processus.

On distingue habituellement :

- ✦ les processus opérationnels (de réalisation),
- ✦ les processus de support (supports ou ressources),
- ✦ les processus de pilotage (de management ou décisionnels).

Les processus opérationnels représentent l'activité du cœur de métier de l'entreprise : de l'élaboration à la prise de commande / livraison des produits et services pour les clients.

Les processus de support représentent l'activité de mise à disposition en interne des ressources nécessaires à la réalisation des processus opérationnels : Achats de fournitures, RH, Comptabilité, etc.

Les processus de pilotage représentent l'activité d'élaboration des informations internes permettant le pilotage de l'activité de l'entreprise. On distingue souvent le pilotage opérationnel et le pilotage stratégique.

⁶ source : Wikipédia – L'encyclopédie libre - <http://fr.wikipedia.org/wiki/Accueil>

3.2 PLANIFICATION

3.2.1 OBJECTIFS DE LA PRATIQUE

La planification consiste à allouer du temps bloc opératoire (à travers l'allocation de temps de vacation - exprimé en heure/salle -) à des praticiens ou à des groupes de praticiens pour leur permettre de prendre en charge leurs patients⁷. Dans le cadre d'une recherche d'optimisation, cette pratique est incontournable pour permettre au chef de bloc d'allouer le « temps salle » suffisant et de déterminer les effectifs nécessaires à la réalisation des interventions par les praticiens.

Par conséquent, ce processus participe à calculer le budget de la spécialité ou du pôle (recettes : connaissance des prévisions d'activité / coûts : connaissance du temps d'utilisation des salles et des effectifs mobilisés).

3.2.2 OPPORTUNITE

| | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Difficulté relative de mise en œuvre | Faible | Moyenne | Forte | Très forte |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Intérêt | Fort | Moyen | Faible | Sans intérêt |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Délai de retour sur investissement | moins d'1 mois | 1 à 3 mois | 3 à 6 mois | plus de 6 mois |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Résultats attendus | <i>optimisation de l'utilisation des salles</i> | | | |
| | <i>optimisation des ressources humaines</i> | | | |
| | <i>qualité et sécurité de prise en charge</i> | | | |
| | <i>régulation des activités des unités de soins</i> | | | |
| | <i>réduction des sources de conflit</i> | | | |

⁷ Cette allocation de temps devra s'appuyer sur une étude de la structure et de l'activité du service ou de la spécialité (nombre de lits, taux d'occupation, durée moyenne de séjour). Cf. outil « evalvac » en annexe 2.

3.2.3 DESCRIPTION DE LA PRATIQUE

3.2.3.1 Types de planification

Selon les établissements, différents types de planification existent. Le tableau ci-dessous présente leur nature et leurs atouts, accompagnés de commentaires.

| Nature | Atouts | Commentaires |
|--|--|--|
| <u>Chaque salle est affectée à un praticien</u> , soit en permanence, soit en fonction des jours de la semaine | <p>Méthode « historique ».</p> <p>Simplification apparente de la gestion : le nom du praticien est « inscrit » sur le fronton de la salle.</p> <p>Simplification pour le praticien dans la gestion de ses activités propres.</p> | <p>Ne favorise pas l'optimisation de l'utilisation des salles : une salle, non occupée, sera difficilement utilisable par un confrère car cette technique n'impose pas au praticien « propriétaire » de la salle de planifier son activité.</p> <p>Engendre généralement une mobilisation de ressources humaines supérieure au besoin car la programmation n'est pas réalisée avec précision.</p> |
| <u>Les vacances sont dédiées au praticien</u> : un praticien a un « droit d'utilisation » exprimé en heure / salle (que l'on dénomme vacation) sans salle dédiée en particulier (éventuellement à un type de salle pour bénéficier d'un type d'équipement, d'un niveau d'asepsie...) | <p>Méthode relativement efficace.</p> <p>Utilisation optimisée des salles / activité.</p> | <p>Implique une gestion individuelle par praticien pour optimiser l'utilisation des salles et des ressources humaines. Le temps consacré à cette gestion devient vite excessif au-delà de 7 à 8 salles.</p> <p>Nécessite la mutualisation des salles en période de baisse d'activité (par exemple, en cas de congés ou de congrès).</p> |
| <u>Les vacances sont dédiées à la spécialité</u> : un groupe de praticiens d'une même spécialité a un « droit d'utilisation » exprimé en heure / salle (vacation) | <p>Méthode très efficace</p> <p>Utilisation du même matériel sur une ou plusieurs salles.</p> <p>Utilisation optimisée des salles / activité (action réalisée généralement par le chef de bloc).</p> <p>Facilite les échanges entre praticiens : la spécialité est responsable de l'utilisation de ses vacances : elle prend en charge la gestion des congés au sein de la spécialité pour assurer collégalement l'occupation de la vacation.</p> | <p>Implique une forte cohésion de groupe au sein d'une spécialité.</p> <p>- Etablissements privés, le regroupement des praticiens en société avec des règles de fonctionnement consensuelles et un partage d'honoraires assure une meilleure occupation des vacances (gestion des absences, délai et modalité de prévenance, activité minimale...)</p> <p>- Etablissements publics : chaque chef de service ou de préférence le chef de pôle doit mettre en place une organisation capable d'assurer l'occupation des vacances. La méthode est d'autant plus efficace que le nombre d'opérateurs est important d'où l'intérêt pour les spécialités dont l'effectif est réduit de se regrouper avec d'autres spécialités.</p> |

Au regard des établissements observés, la pratique la plus efficace est la mise en place de vacations dédiées à la spécialité.

3.2.3.2 Méthode de calcul du volume des vacances

La méthode la plus efficace doit combiner à la fois l'analyse des données de l'année précédente, les capacités d'hébergement et le projet stratégique de l'établissement et sa déclinaison au sein du pôle.

3.2.3.2.1 Détermination des vacances en fonction des besoins constatés l'année précédente

Les vacances doivent être égales non pas au temps « historiquement » affecté au praticien ou à la spécialité mais au temps d'occupation effective de la salle (Cf. détail du calcul présenté dans la rubrique « Facteurs de succès » et dans la présentation de l'outil « EVALVAC »).

3.2.3.2.2 Prise en compte du projet stratégique de l'établissement, du pôle, du service

Le besoin en salles doit être modulé selon les projets en cours :

| Événements | Impacts sur le besoin en heures |
|--|---|
| Augmentation prévisionnelle d'activité grâce à l'arrivée d'un nouvel opérateur. | Augmentation du besoin en heures. |
| Expérimentation d'une nouvelle technique opératoire. | Augmentation du besoin en heures par prudence pour éviter les débordements prévoir une révision du besoin au cours de la période. |
| Fin de l'expérimentation : la nouvelle technique est rodée. | Diminution du besoin en heures au regard de l'analyse des données de l'année ou du semestre |
| Mise en place d'une nouvelle technique opératoire pour passer d'une hospitalisation conventionnelle à l'ambulatoire. | Généralement, ce passage en ambulatoire s'accompagne d'une diminution de la durée opératoire. Il modifie le besoin en capacité d'hébergement (Cf. la méthode de calcul des vacances avec EVALVAC § 6.2). |

3.2.3.2.3 Prise en compte des capacités d'hébergement

L'activité du bloc opératoire est liée à la capacité d'hébergement : tout patient opéré doit être hébergé dans une unité de soins. Le schéma ci-dessous illustre le principe du calcul : si 100 patients se présentent un jour donné pour un acte nécessitant une intervention d'une heure et une durée moyenne de séjour (DMS) de 3,5 jours, le bloc de 10 salles devra ouvrir 10 heures (10 salles x 10 heures = 100 patients) et la capacité d'hébergement devra compter au moins 350 lits (100 patients x DMS de 3,5 jours).

| | Admission | Bloc opératoire | Unités de soins |
|-----------------------------|--------------|----------------------------|---------------------|
| Volume mesuré | 100 patients | 10 patients | Capacité = 350 lits |
| Période observée | 1 jour | 1 heure | DMS = 3,5 jours |
| Nombre de périodes par jour | 1 | 10 heures d'ouverture/jour | |
| Débit (en patient/jour) | 100 | 100 | 100 |



Le calcul devra être fait pour chaque spécialité et chaque unité en distinguant l'hospitalisation conventionnelle et l'ambulatoire.

L'outil EVALVAC présenté au § 6.2 permet de réaliser ces calculs.

Remarque : cette méthode peut également être utilisée pour dimensionner au mieux un bloc opératoire au moment de sa conception.

3.2.3.3 Prise en compte de la saisonnalité

La planification devra prendre en compte nécessairement la saisonnalité de l'activité.

Quelques cas pour illustrer ce phénomène :

| Établissement | Type de saisonnalité |
|------------------------------|---|
| Hôpital en vallée alpine | Hiver : au moment des vacances de sport d'hiver des différentes régions : très forte activité (plus de 50% de plus). Cette suractivité impose de définir des plannings pour les opérateurs, anesthésistes et le personnel pour répondre à un accroissement significatif de la charge de travail |
| | Été : activité significative. |
| | Intersaison : activité basse. |
| Hôpital en région parisienne | Période normale : forte activité. |
| | Période de vacances scolaires, sauf août : baisse d'activité pour la chirurgie programmée à l'exception d'une augmentation significative de l'activité des stomatologues (pour la prise en charge des dents de sagesse). |
| | Période estivale : de mi-juillet à fin août : baisse significative de l'activité |

La planification devra être réalisée pour chaque période (on pourra réaliser 3 simulations avec l'outil EVALVAC pour déterminer le nombre de salles à ouvrir, leurs horaires d'ouverture, l'affectation des vacations aux spécialités ou praticiens et le nombre de lits à ouvrir). Cette planification impose la connaissance de l'activité (Cf. le processus « enregistrement ») durant chacune des périodes.

3.2.4 FACTEURS DE SUCCES

- ✦ La planification suppose l'analyse de données d'activité en heures d'occupation des salles. L'activité doit être « monitorée » régulièrement voire en permanence (Cf. le paragraphe consacré au processus « enregistrement »). Les données doivent être consolidées pour déterminer le temps d'occupation des salles par spécialité ou par praticien (Cf. le paragraphe détaillant la définition précise de l'indicateur d'occupation).
- ✦ La planification suppose également l'existence d'une commission ad hoc pour être validée. C'est par définition un processus stratégique qui nécessite l'implication des dirigeants de l'établissement (Cf. le paragraphe détaillant la composition de la « commission des utilisateurs du bloc ») puisqu'il détermine :
 - la capacité de production des opérateurs,
 - le volume d'actes et par conséquent de recettes liées aux actes,
 - le volume de patients pris en charge dans leurs unités (et par conséquent les recettes d'hébergement et les coûts variables associés).

- ✧ La planification nécessite que les calculs soient confiés à un acteur indépendant (contrôleur de gestion par exemple) ou mieux encore, à un binôme : chef du bloc et contrôleur de gestion.
- ✧ **Cette planification doit être réalisée une fois par an.** Eventuellement, une révision semestrielle peut être envisagée quand les processus sont maîtrisés.
- ✧ **Pour les établissements privés, le regroupement des professionnels en société⁸ avec partage d'honoraires et répartition des responsabilités est un élément capital de la réussite.**

3.2.5 POINTS DE VIGILANCE

- ✧ **La qualité de l'information utilisée pour le calcul de l'occupation des salles est essentielle** : le cadre du bloc devra veiller en permanence à la qualité des saisies. Les procédures mises en place devront y concourir. Le cadre devra s'intéresser en particulier aux cas suivants :
 - Temps de remise en l'état des salles qui parfois ne reflète pas le temps nécessaire mais simplement le fait que le bionettoyage peut être effectué non pas immédiatement après l'intervention, mais juste avant la prochaine. Dans ce cas, la durée apparente du bionettoyage est surestimée et de ce fait la durée d'occupation de la salle est surestimée
 - Rotation d'un praticien sur deux salles : dans certains cas, l'arrivée des patients en salle est anticipée plus que nécessaire pour réaliser l'installation et l'induction. De ce fait, les deux salles apparaissent plus occupées que dans le cas d'interventions réalisées dans une seule salle.

⁸ Exemple : SEL (Société d'Exercice Libéral)

Cf. la [Loi n°90-1258 du 31 décembre 1990 et la version consolidée au 3 août 2005](#)

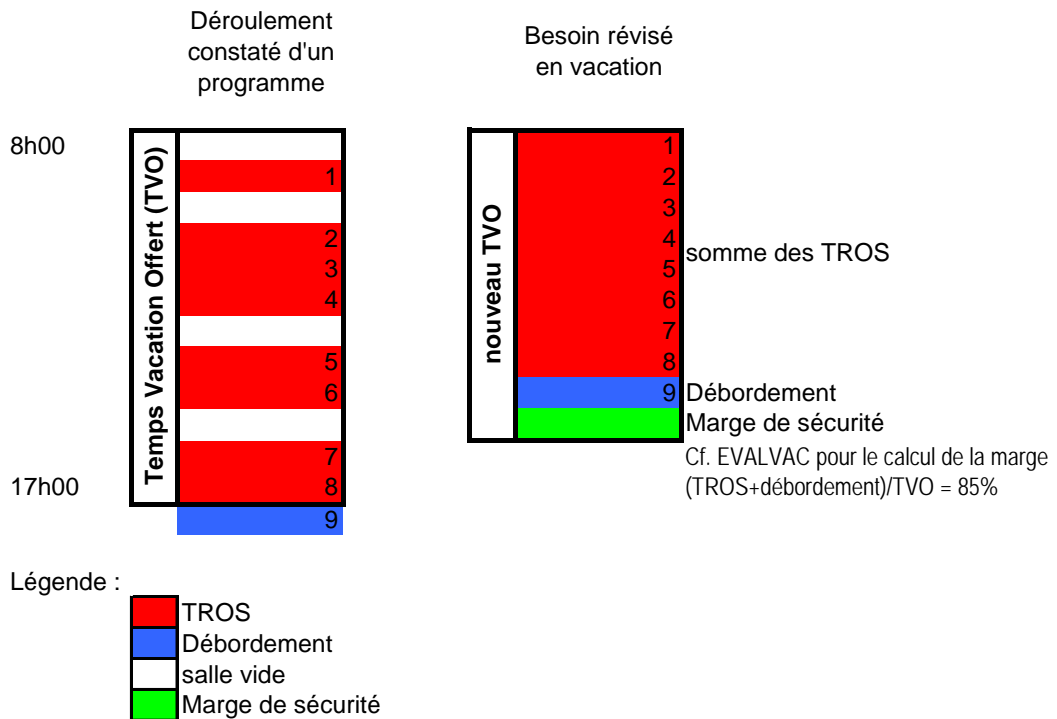
Définition (source : *Wikipédia – L'encyclopédie libre* - <http://fr.wikipedia.org/wiki/Accueil>):

Les SEL ont été créées pour permettre aux membres des professions libérales d'exercer leur activité sous forme de sociétés de capitaux. Il ne s'agit pas d'une nouvelle structure juridique mais d'un mode nouveau d'exercice d'une activité libérale à travers des structures juridiques existantes :

- SELARL : Société d'Exercice Libéral A Responsabilité Limitée
- SELAFA : Société d'Exercice Libéral A Forme Anonyme
- SELAS : Société d'Exercice Libéral par Actions Simplifiée
- SELCA : Société d'Exercice Libéral en Commandite par Actions.

Les SEL sont soumises à toutes les dispositions prévues par la loi du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales, sauf dispositions spéciales prévues par la loi du 31 décembre 1990 qui les a instituées. De plus, les décrets d'application concernant chaque profession libérale prévoient également des spécificités propres à chaque activité. Il est recommandé de se rapprocher des organismes compétents dans la branche professionnelle concernée pour les connaître.

- Les temps de débordement (temps d'intervention réalisé au-delà de l'heure de fin du temps de mise à disposition du bloc) sont à intégrer dans le calcul. En revanche il ne faut pas ajouter directement le temps de débordement à la durée de la vacation (TVO) mais bien à l'occupation réelle des salles (TROS) en ajoutant une marge de sécurité (Cf. le schéma ci-dessous).



- ✦ **La planification ne doit pas être dissociée du processus budgétaire.** Elle devrait intégrer l'analyse des recettes et des dépenses pour privilégier parmi les techniques efficaces au plan de la sécurité et de la qualité de prise en charge, les techniques qui mobilisent le moins de ressources (personnel, matériel, consommables et durée d'occupation de salle) et/ou les techniques les plus « cotées » (rémunération de l'acte via la codification CCAM).
- ✦ La planification devra être achevée avant le processus budgétaire (détermination des recettes et des dépenses variables) pour intégrer les impacts de la planification décidée dans la finalisation du budget des services.
- ✦ La planification devra également tenir compte :
 - De l'effectif des brancardiers (Cf. le § 3.8 page 53),
 - Des flux de patients à la SSPI (Cf. le § 5.1.1 page 63),
 - Des flux de patients dans les unités de soins (Cf. le § 5.1.2 page 64).

3.2.6 DOCUMENTS

Un outil informatique (dénommé « EVALVAC ») a été développé par la MeaH, l'Ecole des Mines de Paris et INEUMconsulting pour permettre de réaliser des simulations afin de déterminer les vacations à proposer aux spécialités.

Cet outil intègre :

- ✦ le temps d'occupation par spécialité,
- ✦ les temps d'ouverture et de fermeture, un temps de nettoyage standard entre 2 interventions,
- ✦ la capacité d'hébergement tant en hospitalisation conventionnelle qu'en ambulatoire,
- ✦ la prise en charge des « urgences »⁹ soit dans les salles qui accueillent le « programme froid », soit dans des salles strictement dédiées aux urgences.

L'utilisation de cet outil est présentée en annexe (Cf. 6.2 Présentation de l'outil EVALVAC).

⁹ Dans ce recueil, on appelle "urgences" les interventions du jour J non connues le matin du jour J et traitées en journée en provenance du service des urgences ou non. Cf. rapport de phase 1 sur le site de la MeaH (www.meah.sante.gouv.fr).

3.3 PROGRAMMATION

3.3.1 OBJECTIFS DE LA PRATIQUE

La programmation des patients vise :

- ✦ d'une part à faciliter l'organisation des différents acteurs au sein du bloc afin d'optimiser les moyens (salles, matériels, consommables) et les ressources humaines nécessaires pour réaliser les interventions **en assurant un niveau de qualité et de sécurité défini par la « commission des utilisateurs du bloc »**,
- ✦ d'autre part à sécuriser la prise en charge des patients en fournissant les informations nécessaires (notamment celles touchant à l'identification du patient).

3.3.2 OPPORTUNITE

| | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------------|------------|----------------|
| Difficulté relative de mise en œuvre | Faible | Moyenne | Forte | Très forte |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Intérêt | Fort | Moyen | Faible | Sans intérêt |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Délai de retour sur investissement | moins d'1 mois | 1 à 3 mois | 3 à 6 mois | plus de 6 mois |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Résultats attendus | <i>optimisation de l'utilisation des salles</i> | | | |
| | <i>optimisation des ressources humaines</i> | | | |
| | <i>qualité et sécurité de prise en charge</i> | | | |
| | | | | |

3.3.3 DESCRIPTION DE LA PRATIQUE

Le processus de « programmation » comporte plusieurs processus :

- 1) la proposition d'intervention (émanant du praticien opérateur),
- 2) la validation du programme (par la cellule de supervision du bloc) - cf. schéma § 3.1.2 page 27 -.
- 3) l'ordonnancement prévisionnel des interventions au sein de la journée (par la cellule de supervision du bloc).

3.3.3.1 Proposition d'intervention

Le praticien (ou sa secrétaire) rédige une « proposition d'intervention », en général à l'issue d'une consultation. Cette proposition d'intervention comporte les informations suivantes :

- 1) Date d'intervention souhaitée, matin ou après-midi,
- 2) Identification du patient : **POINT DE VIGILANCE MAJEUR** : une seule méthode est compatible avec une prise en charge sécurisée des patients : l'identification doit comporter les paramètres suivants :
 - a. Les 5 items obligatoires d'identification du patient : **NOM, PRENOM, SEXE, DATE DE NAISSANCE, NOM DE NAISSANCE** (pour les femmes),
 - b. Le numéro unique du patient dans l'établissement (s'il est connu au moment de la consultation). Ce numéro devrait être « posé » sur le patient dans l'unité de soins au moment de la prémédication (avant transfert au bloc) pour réduire le risque d'erreur de patient (étiquette, bracelet d'identification, avec ou sans code barre)¹⁰.
- 3) Identification du praticien opérateur,
- 4) Motif de l'intervention, en clair : cette information est destinée à l'ensemble des acteurs qui assureront la prise en charge tout au long du circuit du patient dans l'établissement (accueil, unité de soins, brancardier, anesthésiste, IADE, et IBODE/IDE...),
- 5) La durée prévisionnelle d'intervention¹¹ (au sens du TROS : c'est-à-dire une durée comprise entre l'entrée du patient en salle jusqu'à la remise en l'état de ladite salle, sur la base d'une durée standard de bionettoyage qui dépend du type d'intervention),
- 6) Matériel nécessaire (amplificateur de brillance par exemple),
- 7) Prothèse le cas échéant (sur stock ou à commander),
- 8) Ancillaire le cas échéant (à réserver),
- 9) Personnel complémentaire souhaité éventuellement et le motif de la demande (état du patient, lourdeur de l'intervention, ...),
- 10) Type d'anesthésie souhaitée le cas échéant,
- 11) Score de la maladie de « Creutzfeld-Jacob » dûment calculé (élément obligatoire).

¹⁰ Un système d'information « idéal » à la fois sur le plan de la sécurité de la prise en charge des patients et sur l'efficacité de l'établissement devrait intégrer la totalité du « circuit du patient » (c'est-à-dire de la prise en charge en consultation pré-opératoire jusqu'à la fin du séjour du patient) avec un numéro unique pour ce patient défini dès la consultation.

¹¹ En cas d'informatisation de la proposition d'intervention, la durée prévisionnelle de l'intervention peut être proposée au praticien : il faudra veiller à ce que cette donnée soit issue d'un temps relevé pour chaque praticien. L'application d'une durée moyenne par type d'intervention, tous praticiens confondus, débouche souvent, soit sur une sous-utilisation de la vacation, soit sur un débordement du programme opératoire.

Pour un établissement dans lequel le circuit du patient est ordonnancé (Cf. § 1.6.3 page 11), cette proposition d'intervention devra également comporter des informations nécessaires à la cellule d'ordonnancement qui assurera la prise en charge prévisionnelle à la fois dans le bloc et en unité de soins :

- 1) desiderata hôtelier : chambre seule, chambre avec accompagnant,
- 2) isolement pour raison médicale,
- 3) durée prévisionnelle d'hospitalisation.

Remarque : cette proposition d'intervention est insérée dans le dossier du patient.

3.3.3.2 Consultation d'anesthésie préopératoire

Lors de la consultation d'anesthésie préopératoire, l'anesthésiste doit disposer de la totalité des informations relatives au patient, c'est-à-dire a minima, de la « proposition d'intervention ».

Hormis les aspects légaux de confirmation du score de la maladie de « Creutzfeld-Jacob », l'anesthésiste doit fournir au bloc les informations suivantes :

- 1) l'identification du patient (avec la même rigueur que pour la « proposition d'intervention » : NOM, PRENOM, SEXE, DATE DE NAISSANCE, NOM DE NAISSANCE (pour les femmes),
- 2) l'identification de l'anesthésiste,
- 3) l'acceptation de l'intervention (ou refus, avec motif, le cas échéant),
- 4) la technique anesthésique prévue,
- 5) les matériels spécifiques à prévoir (monitoring par exemple).

Ces informations doivent être transmises à l'issue de la consultation, sur support (dans un format unique), à la « cellule de supervision du bloc » opératoire.

L'acceptation de l'intervention permet à la cellule de supervision de valider le programme opératoire.

La technique anesthésique prévue et les matériels spécifiques à prévoir sont indispensables pour permettre :

✿ à la cellule de supervision :

- d'ordonnancer le programme,
- de préparer la liste des patients avec leur heure d'appel (selon la technique anesthésique, il faut anticiper plus ou moins l'arrivée au bloc),
- de réserver les salles d'induction le cas échéant (selon la technique anesthésique),
- de transmettre les heures d'appel aux unités de soins pour leur permettre de préparer les patients à temps (ni trop tôt au regard de l'efficacité de la prémédication, ni trop tard au regard du déroulement du programme opératoire).

✿ au personnel :

- de préparer les matériels demandés.

Remarque : en cas de programme opératoire informatisé, ces informations issues de la consultation d'anesthésie doivent permettre la mise à jour de la proposition de programme opératoire du chirurgien pour en faciliter la consolidation.

3.3.3.3 Validation du programme

L'ensemble des propositions d'intervention d'un praticien pour une semaine donnée constitue la « proposition de programme opératoire » du praticien.

La charte du bloc doit préciser les règles de validation d'une proposition de programme. Au regard des expériences analysées, l'efficience du bloc implique les règles minimales suivantes :

- 1) les propositions d'intervention doivent être programmées dans une vacation du praticien ou de sa spécialité, si un accord de partage des vacances existe entre les praticiens de cette spécialité,
- 2) toutes les informations des propositions d'intervention doivent être renseignées,
- 3) la somme des durées prévisionnelles d'intervention d'un jour considéré ne doit pas excéder la durée de la vacation.

La charte doit préciser les modalités de validation d'une proposition d'intervention (instance, informations obligatoires, délai de prévenance,...). En général, les blocs dont les taux d'occupation sont importants ont intégré dans leur charte une clause précisant que :

- 1) la cellule de supervision, sous l'autorité du chef de bloc, est chargée de cette validation,
- 2) elle peut refuser une proposition d'intervention si celle-ci ne respecte pas les trois règles minimales énoncées précédemment,
- 3) un volume d'heures est réservé pour la prise en charge des interventions non programmées (sur la base d'une analyse de l'activité et le constat d'une éventuelle saisonnalité),
- 4) les seules exceptions sont les urgences vitales¹² (les modalités de validation du caractère vital sont à préciser dans la charte). Exemple : « *les interventions urgentes sont validées à ce titre par un anesthésiste (il s'agit généralement d'un anesthésiste membre du conseil de bloc ou de l'anesthésiste de garde).* » On constate que ces cas sont finalement très peu nombreux et donc rarement une source de dysfonctionnement du bloc opératoire.

3.3.3.4 Ordonnancement du programme

La fonction d'ordonnancement des interventions consiste à optimiser l'adéquation entre les moyens humains et matériels et l'activité programmée, compte tenu d'un volume d'aléas attendu.

C'est la cellule de supervision du bloc qui détermine l'affectation des salles aux vacances des praticiens et l'ordre des interventions en tenant compte de :

¹² Dans ce recueil, on appelle "urgences" les interventions du jour J non connues le matin du jour J et traitées en journée en provenance du service des urgences ou non. Cf. rapport de phase 1 sur le site de la MeaH (www.meah.sante.gouv.fr).

- 1) l'origine du patient (il faut éviter de placer en début de programme les interventions de patients non encore présents dans l'établissement pour éviter les retards de programme),
- 2) le respect des règles d'asepsie (les patients septiques en fin de programme),
- 3) la disponibilité des salles,
- 4) la disponibilité des matériels,
- 5) la disponibilité des boîtes (cadencement de la stérilisation en cas d'une succession d'interventions identiques utilisant les mêmes boîtes),
- 6) la disponibilité du personnel pour les interventions mobilisant des ressources supplémentaires (aide-opérateur, instrumentiste).

En fonction de l'observation du volume d'interventions non programmées parfois incompressible (urgences « vraies »), un volume d'heures de bloc est réservé.

A partir de cet ordonnancement, la « cellule de supervision du bloc » doit :

- préparer la liste des patients avec leur heure d'appel,
- réserver les salles d'induction le cas échéant,
- transmettre les heures d'appel aux unités de soins.

3.3.3.5 Intérêt de l'anticipation de la programmation

Plus le programme opératoire est anticipé, plus l'organisation du bloc est efficace, l'anticipation permettant notamment :

- une meilleure utilisation des moyens humains (meilleure adéquation charge de travail / effectif présent),
- une réduction des incidents logistiques (délai « raisonnable » pour passer les commandes de matériel, calendrier des périodes de maintenance mieux adapté aux périodes basses d'activité, ...)

La charte devrait donc favoriser l'anticipation de la programmation.

Exemple de charte dans un établissement dont le circuit du patient est ordonné :

« Toute proposition d'intervention transmise à la cellule de supervision du bloc avant le jeudi 14 heures de la semaine précédant l'intervention est systématiquement acceptée et son hébergement garanti, à condition que le programme respecte les principes suivants :

- 1) *l'intervention est validée par l'anesthésiste lors de la visite pré-opératoire,*
- 2) *le dossier est complet (proposition d'intervention renseignée),*
- 3) *la somme des durées des interventions programmées dans la vacation ne dépasse pas la durée de la vacation offerte au praticien.*

Toute proposition d'intervention transmise entre le jeudi 14 heures de la semaine précédant l'intervention et la veille de l'intervention est soumise à autorisation du chef de bloc. Il n'y a pas de garantie d'acceptation : cette dernière dépend des capacités des ressources présentes, de la disponibilité du matériel et des salles.

En cas de non occupation complète ou partielle d'une vacation 3 jours ouvrés avant la date de l'intervention, les heures restantes sont mises à disposition des autres spécialités ou praticiens.

En cas d'urgence vitale¹³, le praticien devra réaménager son programme ».

3.3.3.6 Remarques importantes

- ✦ Dans un établissement dont le circuit du patient est ordonnancé, le programme est validé simultanément avec une confirmation de prise en charge du patient dans une unité d'hospitalisation.*
- ✦ Dans un établissement qui n'est pas doté d'une telle organisation ordonnancée, la validation du programme opératoire sur la seule base des contraintes du bloc (respect des vacations,...) présuppose que l'admission dans une unité sera possible. L'ordonnancement simultané des lits et des blocs est d'autant plus nécessaire que les unités ont un taux d'occupation élevé.*

3.3.4 FACTEURS DE SUCCES

- ✦ La performance du processus de programmation implique une informatisation. Le système le plus efficace consiste à mettre à disposition de chaque praticien un système de saisie de son agenda d'intervention : chaque intervention devra comporter les informations minimales citées précédemment. Par souci de sécurité de la prise en charge des patients et d'efficacité pour le praticien, le même outil devrait également permettre de gérer l'agenda de consultation des praticiens et le dossier médical des patients.*

3.3.5 POINTS DE VIGILANCE

- ✦ L'informatisation du processus ne libère pas les différents acteurs du respect des procédures.*
- ✦ L'informatisation, pour être véritablement rentable, devra être menée jusqu'au bout : à terme, toutes les éditions papiers au sein du bloc devront pouvoir être supprimées ; c'est un critère de choix d'un système informatique.*
- ✦ Les systèmes d'information spécifiques ne sont pas recommandés car leur rentabilité est mauvaise : à budget identique, ils offrent des fonctions nettement moins efficaces qu'un progiciel développé par un éditeur pour des centaines de clients (voire des milliers dans le cas de progiciels à diffusion internationale).*
- ✦ Les durées des interventions des propositions de programme doivent être régulièrement comparées aux durées réelles pour éviter des programmes « trop ambitieux » qui sont a priori compatibles avec la durée de la vacation mais qui, a posteriori, engendrent systématiquement des débordements lesquels entraînent une dégradation des conditions de travail (impact sur l'organisation de la vie privée des agents) et des surcoûts de fonctionnement (heures supplémentaires).*

¹³ Dans ce recueil, on appelle "urgences" les interventions du jour J non connues le matin du jour J et traitées en journée en provenance du service des urgences ou non. Cf. rapport de phase 1 sur le site de la MeaH (www.meah.sante.gouv.fr).

3.4 SUPERVISION

3.4.1 OBJECTIFS DE LA PRATIQUE

La supervision consiste à assurer un fonctionnement optimal du bloc opératoire : tant en termes de mobilisation des ressources (humaines et matérielles) qu'en termes de maintien d'un niveau de sécurité (défini préalablement) dans la prise en charge des patients.

La supervision consiste à gérer deux aspects :

- 1) les modifications qui interviennent après la validation des propositions de programme et jusqu'au jour de l'intervention,
- 2) les aléas rencontrés lors du déroulement du programme (absence d'un personnel, durée réelle d'une intervention supérieure à sa durée prévisionnelle, prise en charge d'une intervention urgente, indisponibilité d'un matériel...).

3.4.2 OPPORTUNITE

| | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Difficulté relative de mise en œuvre | Faible | Moyenne | Forte | Très forte |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Intérêt | Fort | Moyen | Faible | Sans intérêt |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Délai de retour sur investissement | moins d'1 mois | 1 à 3 mois | 3 à 6 mois | plus de 6 mois |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Résultats attendus | <i>optimisation de l'utilisation des salles</i> | | | |
| | <i>optimisation des ressources humaines</i> | | | |
| | <i>qualité et sécurité de prise en charge</i> | | | |
| | | | | |

3.4.3 DESCRIPTION DE LA PRATIQUE

3.4.3.1 Gestion des modifications de programme

Toutes les modifications de programme doivent être transmises à un acteur unique sur la base d'un support unique, identique à la proposition d'intervention, en précisant s'il s'agit d'une annulation, d'un report, d'une modification de la nature de l'intervention ou de la technique anesthésique.

L'acteur unique qui doit recevoir ces modifications de programme est :

- ✦ soit la cellule d'ordonnancement de l'établissement qui se charge de répercuter les conséquences d'une modification sur l'unité de soins concernée et sur la cellule de supervision du bloc opératoire,
- ✦ soit la « cellule de supervision du bloc » pour les établissements non dotés d'une cellule d'ordonnancement.

Remarque : quatre acteurs sont susceptibles de modifier un programme :

- ✦ le patient qui contacte directement l'établissement pour annuler son hospitalisation,
- ✦ le praticien opérateur (ou son secrétariat) : dégradation de l'état de santé du patient, refus du patient, report demandé par le patient,...
- ✦ l'anesthésiste qui, à la suite de la consultation préopératoire (ou celle de la veille d'intervention), demande le report de celle-ci ou un changement de technique anesthésique,...
- ✦ l'unité de soins qui, par manque de place, peut être amenée à reporter une intervention.

3.4.3.2 Organisation de « l'allocation des ressources »

La supervision consiste également à prévoir l'affectation des salles, des matériels, la détermination du planning du personnel et leur affectation au regard des besoins.

3.4.3.3 Régulation du déroulement du programme opératoire

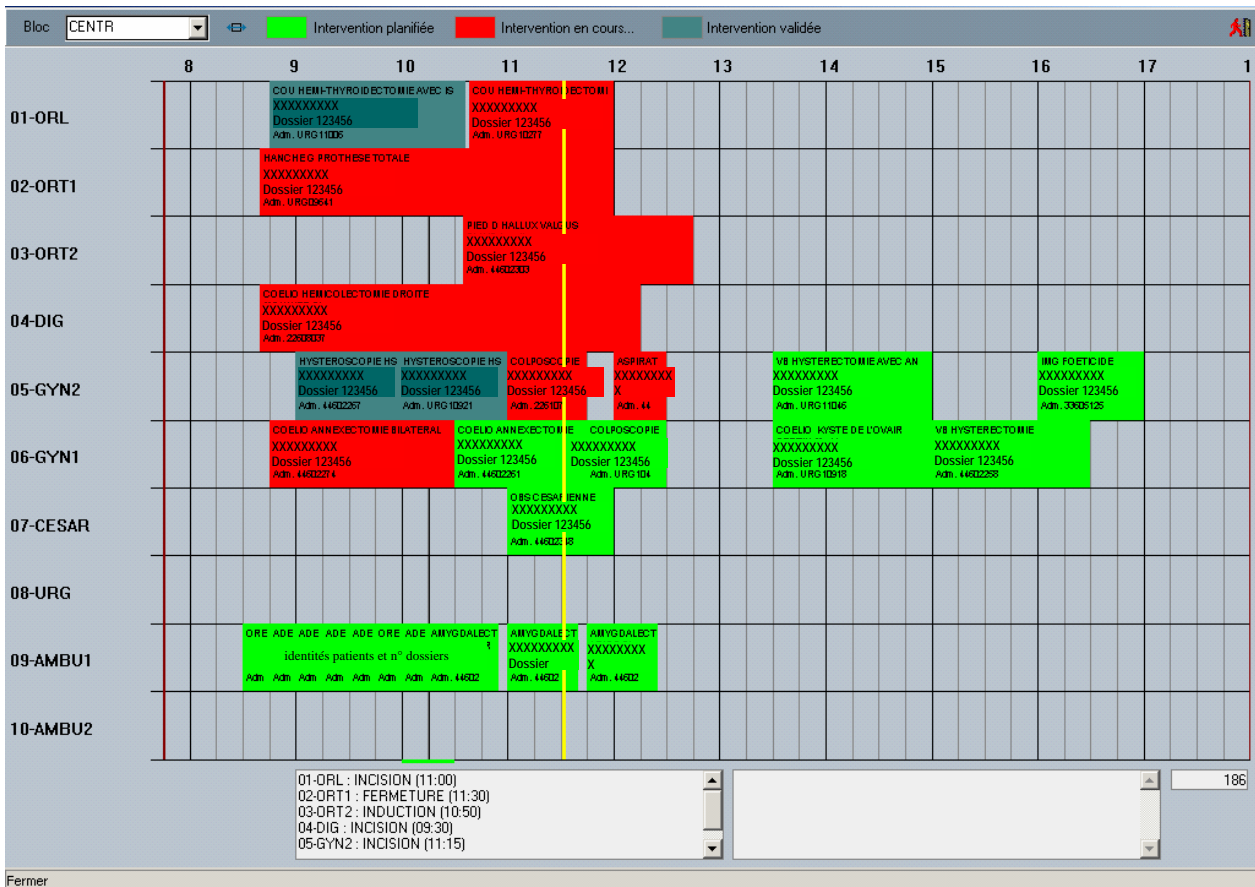
Le jour de l'intervention, la cellule de supervision doit connaître à chaque instant les modifications de programme, les interventions « urgentes » (c'est-à-dire non connues la veille qui sont transmises par un service ou par le SAU ou l'UPATOU), les retards dans le déroulement du programme.

La régulation consiste à modifier le cas échéant pour chaque intervention la salle et l'équipe de manière à assurer dans les meilleures conditions possibles de sécurité, de qualité et d'efficience à la fois la réalisation du programme opératoire et la réalisation des interventions « urgentes ».

3.4.4 FACTEURS DE SUCCES

- Un système d'information permettant de visualiser à la fois le programme prévu et le déroulement du programme est un atout considérable. Peu d'établissements parmi les établissements observés disposent d'un tel outil.

Exemple d'écran de visualisation de l'avancement du programme opératoire présent dans un des établissements accompagnés :



3.4.5 POINTS DE VIGILANCE

Le management est un point clé du fonctionnement de cette cellule de supervision :

- L'intégralité du personnel (IBODE, IDE, IADE, brancardiers, ASH... intervenants au bloc) doit relever de l'autorité effective de la cellule de supervision qui réalise sa mission conformément aux règles définies par le conseil de bloc : cette cellule supervise au sens précis du terme l'ensemble des activités et donc du personnel y contribuant.
- De même, les praticiens opérateurs et les anesthésistes doivent accepter la régulation des interventions à l'initiative de la cellule de supervision. En cas de conflit relatif à la détermination d'une urgence médicale, cette cellule s'appuie sur l'expertise du médecin coordonnateur (souvent un médecin anesthésiste). Pour les autres conflits, les praticiens doivent se retourner vers le conseil de bloc.

3.5 ENREGISTREMENT

3.5.1 OBJECTIFS DE LA PRATIQUE

L'enregistrement de l'activité vise à produire de l'information pour permettre :

- 1) de déterminer la planification,
- 2) de réguler l'activité au cours de la journée,
- 3) de corriger les dysfonctionnements au « fil de l'eau ».

3.5.2 OPPORTUNITE

| | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------|----------------|
| Difficulté relative de mise en œuvre | Faible | Moyenne | Forte | Très forte |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Intérêt | Fort | Moyen | Faible | Sans intérêt |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Délai de retour sur investissement | moins d'1 mois | 1 à 3 mois | 3 à 6 mois | plus de 6 mois |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Résultats attendus | <i>optimisation de l'utilisation des salles</i> | | | |
| | <i>optimisation des ressources humaines</i> | | | |
| | | | | |
| | | | | |

3.5.3 DESCRIPTION DE LA PRATIQUE

3.5.3.1 Principes et modalités

Il s'agit d'enregistrer dans un système d'information les données « logistiques » relatives au circuit du patient.

3.5.3.2 Liste des informations à relever à l'arrivée du patient

| Jalons de prise en charge | | Acteurs | |
|---------------------------|--------------|-----------------|---|
| | | 1er acteur | 2ème le cas échéant |
| Arrivée au bloc | | | |
| Heure | <date/heure> | Brancardé par : | <LISTE brancardier> <LISTE brancardier> |

3.5.3.3 Liste des informations à relever en salle d'opération (et d'induction le cas échéant)

| Jalons de prise en charge | | Acteurs | |
|--|----------------------|--------------|---|
| | | 1er acteur | 2ème le cas échéant |
| Prise en charge anesthésique en salle d'induction | | | |
| <input type="radio"/> Oui | Heure : <date/heure> | par : | |
| <input checked="" type="radio"/> Non | | Anesthésiste | <LISTE anesthésistes> <LISTE anesthésistes> |
| | | IDE/IADE | <LISTE IDE & IADE> <LISTE IDE & IADE> |
| | | AS | <LISTE AS> <LISTE AS> |

| Jalons de prise en charge | | Acteurs | |
|----------------------------------|--------------|----------------|---|
| | | 1er acteur | 2ème le cas échéant |
| Intervention | | | |
| Salle d'opération | | | |
| Salle prévue | | | |
| Salle | | | |
| heure arrivée en salle | <date/heure> | Anesthésiste | <LISTE anesthésistes> <LISTE anesthésistes> |
| Induction | <date/heure> | IADE | <LISTE IADE> <LISTE IADE> |
| Incision / début d'intervention | <date/heure> | Opérateur1 | <LISTE opérateur> <LISTE opérateur> |
| Fin intervention | <date/heure> | Aide-op | <LISTE IDE/IBODE> <LISTE IDE/IBODE> |
| | | Panseuse | <LISTE IDE/IBODE> <LISTE IDE/IBODE> |
| | | Instrumentiste | <LISTE IDE/IBODE> <LISTE IDE/IBODE> |
| heure sortie du patient de salle | <date/heure> | Autres | <texte libre> |

3.5.3.4 Liste des informations à relever en SSPI

| Jalons de prise en charge | | Acteurs | |
|---------------------------------|--|--------------|---|
| | | 1er acteur | 2ème le cas échéant |
| Réveil | | | |
| Salle de réveil | | | |
| N°Poste | Salle | | |
| | Poste | | |
| Entrée en salle | <date/heure> | Anesthésiste | <LISTE anesthésistes> <LISTE anesthésistes> |
| | | IADE/IDE | <LISTE IDE & IADE> <LISTE IDE & IADE> |
| | | AS | <LISTE AS> <LISTE AS> |
| Sortie autorisée / anesthésiste | <date/heure> | Anesthésiste | <LISTE anesthésistes> |
| Sortie effective de la SSPI | <date/heure> | Brancardier | <LISTE brancardier> <LISTE brancardier> |
| Destination | <input checked="" type="radio"/> Service <LISTE nom service> | | |
| | <input type="radio"/> Transfert vers un autre établissement | | |
| | <input type="radio"/> Décès | | |

3.5.4 FACTEURS DE SUCCES

Compte tenu de l'obligation réglementaire de l'enregistrement de ces informations dans un « cahier de bloc », cette pratique peut être mise à profit pour stocker l'information nécessaire (afin d'éviter une double saisie).

La saisie est réalisée au « fil de l'eau » par la panseuse dans le système d'information qui intègre, si possible, le système de gestion du bloc.

3.5.5 POINT DE VIGILANCE

La qualité de la saisie devra être contrôlée régulièrement par le cadre car elle conditionne :

- ✦ la traçabilité réglementaire des actes,
- ✦ les données indispensables à l'ajustement de la planification et au suivi des procédures.

3.6 BOUCLE DE RETROACTION

3.6.1 OBJECTIFS DE LA PRATIQUE

La « boucle de rétroaction » consiste à fournir des informations à court terme (en fin de semaine et en fin de mois) et à moyen terme (en fin d'année) pour permettre :

- ✦ au chef de bloc de corriger rapidement les dysfonctionnements observés, sur la base d'un constat objectif, et de proposer des évolutions de l'organisation à moyen terme à intégrer dans la charte (Cf. § 5.5 page 73),
- ✦ et au conseil de bloc de proposer des adaptations de la planification au regard de l'observation de l'activité annuelle (Cf. § 3.2.3.2 page 30).

3.6.2 OPPORTUNITE

| | | | | |
|--------------------------------------|---|------------|------------|----------------|
| Difficulté relative de mise en œuvre | Faible | Moyenne | Forte | Très forte |
| | | ☑ | | |
| Intérêt | Fort | Moyen | Faible | Sans intérêt |
| | ☑ | | | |
| Délai de retour sur investissement | moins d'1 mois | 1 à 3 mois | 3 à 6 mois | plus de 6 mois |
| | | ☑ | | |
| Résultats attendus | <i>optimisation de l'utilisation des salles</i> | | | |
| | <i>optimisation des ressources humaines</i> | | | |
| | <i>régulation des activités des unités de soins</i> | | | |
| | <i>réduction des sources de conflit</i> | | | |

3.6.3 DESCRIPTION DE LA PRATIQUE

Le système d'information doit permettre d'extraire régulièrement des ratios (Cf. les ratios définis au § 2.3 page 20) à partir des informations enregistrées dans ce système d'information (et décrites au § 3.5).

3.6.4 FACTEURS DE SUCCES

L'absence de système d'information est extrêmement pénalisante : la majorité des établissements participant à l'étude MeaH a mis en place un moyen de recueil et d'analyse des informations de flux des patients.

3.6.5 POINT DE VIGILANCE

Si les calculs des indicateurs et des ratios respectent les définitions de la MeaH les comparaisons entre établissements resteront possibles.

3.7 DEFINITION DES HORAIRES DE TRAVAIL

3.7.1 OBJECTIFS DE LA PRATIQUE

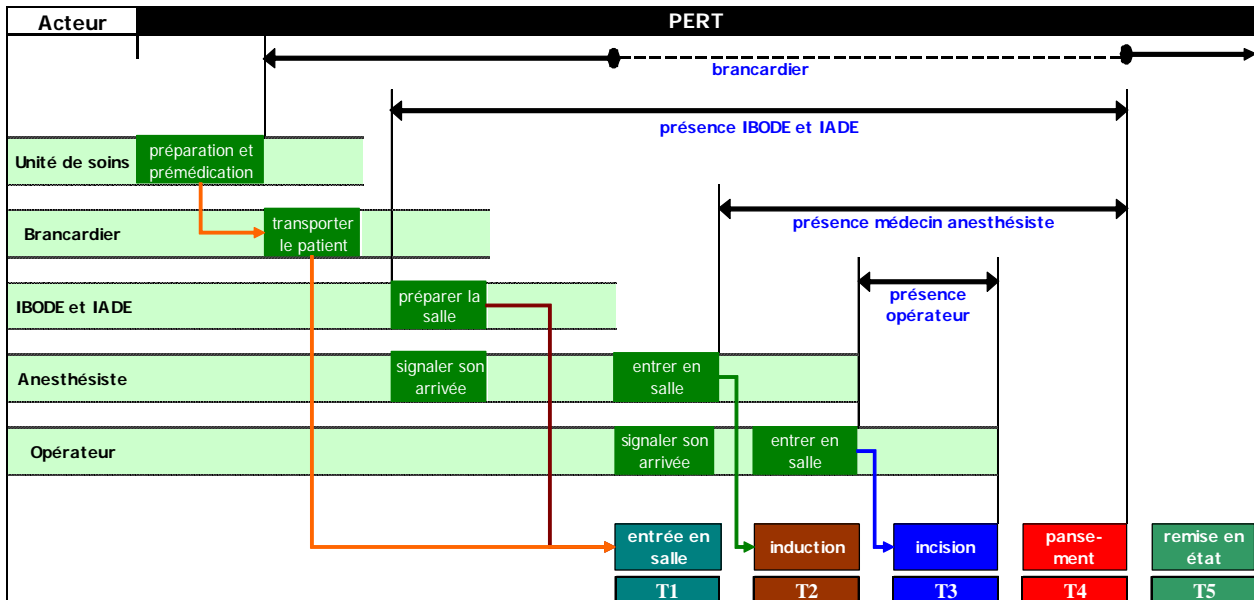
Le fonctionnement intrinsèque d'un bloc opératoire montre que les différents acteurs n'interviennent pas simultanément. Il est nécessaire de définir précisément les horaires après une analyse des processus de fonctionnement, en particulier lors de l'ouverture et de la fermeture des salles.

3.7.2 OPPORTUNITE

| | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| Difficulté relative de mise en œuvre | Faible | Moyenne | Forte | Très forte |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Intérêt | Fort | Moyen | Faible | Sans intérêt |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Délai de retour sur investissement | moins d'1 mois | 1 à 3 mois | 3 à 6 mois | plus de 6 mois |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Résultats attendus | <i>optimisation des ressources humaines</i> | | | |
| | <i>conditions de travail des personnels</i> | | | |
| | <i>régulation des activités des unités de soins</i> | | | |
| | <i>conditions d'exercice des praticiens</i> | | | |
| | | | | |

3.7.3 DESCRIPTION DE LA PRATIQUE

3.7.3.1 Principe général de l'enchaînement des tâches à l'ouverture des salles



Ce PERT¹⁴ (enchaînement des tâches) montre que « le temps des uns n'est pas le temps des autres » : la prise en charge d'un patient pour une intervention commence dans l'unité de soins avec la préparation et la prémédication. Puis les brancardiers sont mobilisés pour acheminer le patient au bloc. Pendant ce temps, le personnel prépare la salle. Le patient est installé en salle. L'anesthésiste prend alors en charge le patient pour l'induction. Puis le praticien entre en salle pour l'intervention...

Les établissements qui ont cherché à dégager des marges de manœuvre pour élargir les plages d'ouverture du bloc ont mis en place des plannings des différentes catégories de personnel déterminés en fonction des besoins, **conformément au PERT** présenté ci-dessus.

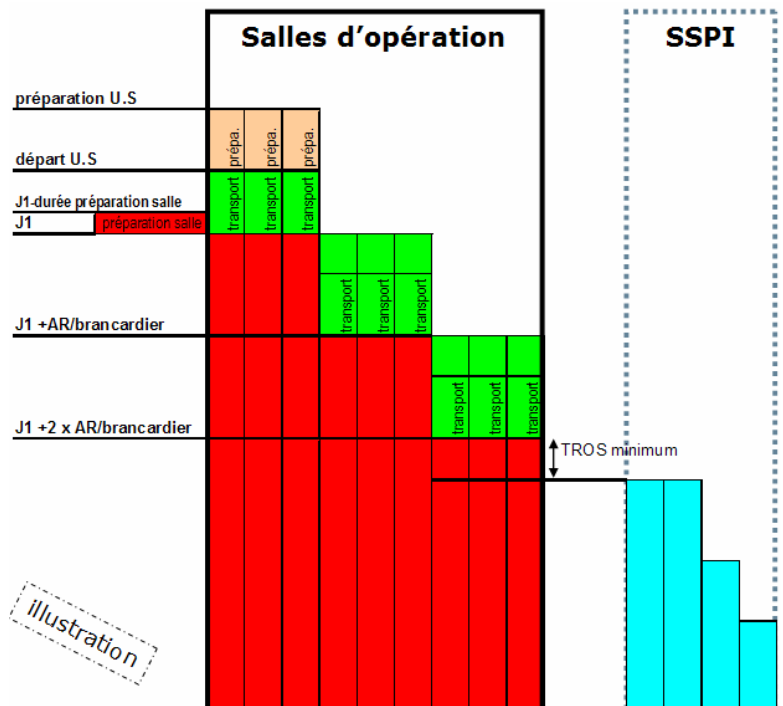
¹⁴ Méthode consistant à mettre en ordre sous forme de réseau plusieurs tâches qui grâce à leur dépendance et à leur chronologie concourent toutes à l'obtention d'un produit fini.

3.7.3.2 Démarrage non simultané des salles

L'exemple ci-contre montre que les salles ne peuvent pas démarrer en même temps : les ressources du bloc conditionnent le nombre de salles opérationnelles simultanément : ainsi, dans cet exemple, 3 brancardiers sont affectés au bloc : par conséquent, 3 salles démarrent d'abord, puis après un aller-retour des 3 brancardiers, les 3 salles suivantes démarrent. Etc.

De même, la SSPI ne démarre au plus tôt qu'après le déroulement de l'intervention la plus courte. L'effectif nécessaire dépend donc du flux de patients pris en charge à chaque instant.

Les établissements qui ont cherché à dégager des marges de manœuvre pour élargir les plages d'ouverture du bloc ont mis en place des plannings des différentes catégories de personnel déterminés en fonction des besoins, **conformément au flux** présenté ci-dessus.



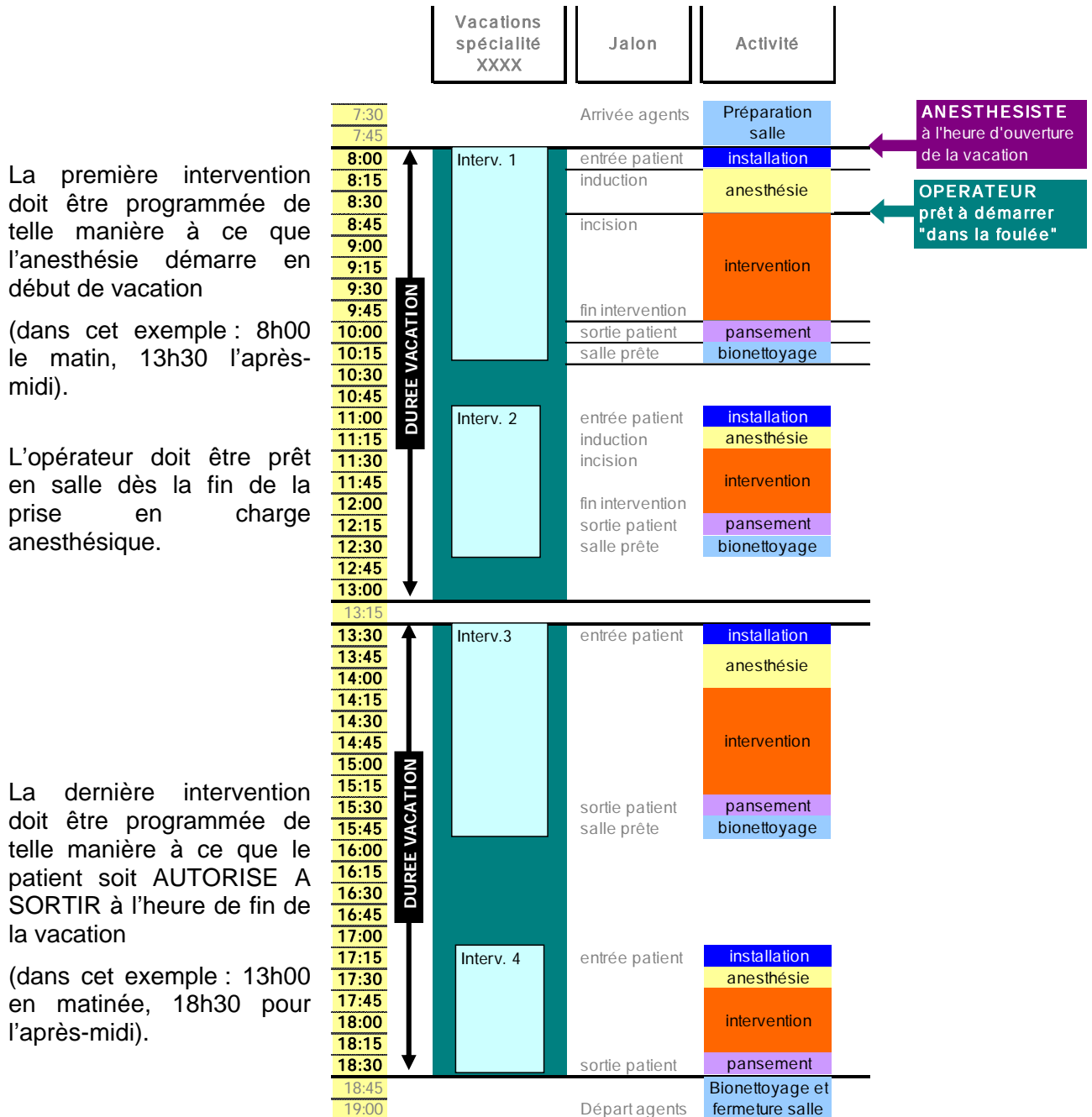
3.7.3.3 Planning de remise en l'état des salles

Un planning décalé permet à la fois de mettre à profit les ressources en personnel soignant dont le planning a été décalé à l'ouverture, d'offrir des vacances de durée équivalente à tous les praticiens et de permettre une remise en l'état décalée des différentes salles.



3.7.3.4 Nécessité d'expliciter dans la charte la définition des horaires des vacances

La charte du bloc devra préciser les horaires de travail de chaque catégorie d'acteurs (opérateur, anesthésiste, personnel soignant en salle, personnel en SSPI, ...).



3.8 ORGANISATION DU BRANCARDAGE

3.8.1 OBJECTIFS DE LA PRATIQUE

Le brancardage¹⁵ est un élément déterminant de l'efficacité du bloc : tout retard d'un patient au bloc est préjudiciable à l'ensemble des praticiens et à l'ensemble des personnels puisque potentiellement tous les programmes peuvent être décalés.

L'organisation du brancardage doit permettre de veiller à acheminer le « bon patient » de la « bonne unité » dans le « bon bloc » au « bon moment » en minimisant les temps d'attente dans l'intérêt du patient.

3.8.2 OPPORTUNITE

| | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------|-------------------|----------------|
| Difficulté relative de mise en œuvre | Faible | Moyenne | Forte | Très forte |
| | | ☑ | | |
| Intérêt | Fort | Moyen | Faible | Sans intérêt |
| | ☑ | | | |
| Délai de retour sur investissement | moins d'1 mois | 1 à 3 mois | 3 à 6 mois | plus de 6 mois |
| | | ☑ | | |
| Résultats attendus | <i>optimisation de l'utilisation des salles</i> | | | |
| | <i>optimisation des ressources humaines</i> | | | |
| | <i>conditions d'exercice des praticiens</i> | | | |
| | <i>qualité de prise en charge du patient</i> | | | |

3.8.3 DESCRIPTION DE LA PRATIQUE

3.8.3.1 Démarrage du programme

Les établissements qui souhaitent éviter tout retard au démarrage remettent aux brancardiers (la veille ou le matin du jour j) la liste des premiers patients à acheminer au bloc avec l'heure d'arrivée au bloc.

3.8.3.2 Déroulement de la journée opératoire

Les brancardiers disposent également du programme prévisionnel (accès sur un écran informatique de préférence) et d'un bip ou d'un téléphone. La cellule de supervision a pour mission de piloter les mouvements des brancardiers en fonction de l'avancement des programmes et de l'arrivée des « urgences » (patients non programmés).

¹⁵ A noter que la MeaH a lancé en 2005 un chantier traitant spécifiquement du problème du brancardage. Voir sur le site www.meah.sante.gouv.fr le thème « Revue et analyse du transport interne dans les hôpitaux et cliniques ».

3.8.4 FACTEURS DE SUCCES

- ✦ Le programme et en particulier l'heure de passage du brancardier (heure d'arrivée du patient en salle dont il faut déduire un délai de sécurité - exemple : 10 minutes -) et un délai de transport (en fonction de la taille du site) sont distribués ou accessibles informatiquement dans toutes les unités de soins.
- ✦ Pilotage des brancardiers par la cellule de supervision
- ✦ Un point de ralliement avec l'affichage en temps réel du programme opératoire à jour destinés aux brancardiers avec les informations suivantes :
 - Identité du patient (nom, prénom, nom de naissance, sexe, date de naissance),
 - Unité de soins d'origine,
 - Heure prévisionnelle de passage au bloc.
- ✦ Effectif des brancardiers et flux de patients corrélés : le flux de patient est la conséquence directe de la planification des vacations. Cette planification devra donc avoir pris en compte l'effectif brancardier dont dispose l'établissement.

3.9 ORGANISATION DE LA STÉRILISATION

3.9.1 OBJECTIFS DE LA PRATIQUE

Ce chapitre traite des relations entre la stérilisation et le bloc opératoire. Il ne présente pas l'organisation même du service de stérilisation.

Deux organisations ont été observées dans les établissements :

1. Soit la stérilisation est totalement ou partiellement assurée par le personnel du bloc en fin de programme,
2. Soit elle est prise en charge par une équipe dédiée.

Ce chapitre compare les deux organisations en termes d'efficacité organisationnelle.

Remarque : l'étude n'a pas porté sur la qualité des pratiques de stérilisation.

3.9.2 OPPORTUNITÉ

| | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| Difficulté relative de mise en œuvre | Faible | Moyenne | Forte | Très forte |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Intérêt | Fort | Moyen | Faible | Sans intérêt |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Délai de retour sur investissement | moins d'1 mois | 1 à 3 mois | 3 à 6 mois | plus de 6 mois |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | |
|--------------------|---|
| Résultats attendus | <i>optimisation des ressources humaines</i> |
| | |
| | |
| | |

3.9.3 DESCRIPTION DE LA PRATIQUE

3.9.3.1 Stérilisation assurée par les personnels IBODE et IDE du bloc

Le schéma ci-contre montre la première difficulté rencontrée avec cette organisation : en cas de programme chargé, le personnel du bloc achèvera plus tard sa journée.

Par conséquent, cette organisation conduit « naturellement » le bloc à anticiper la fermeture des salles pour éviter les débordements de l'activité de « stérilisation ».

| | jour1 | jour2 |
|-------|----------|----------|
| | Dr. XXX | Dr. YYY |
| 08:00 | patient1 | |
| 08:20 | | patient1 |
| 08:40 | patient2 | |
| 09:00 | | |
| 09:20 | patient3 | |
| 09:40 | | patient2 |
| 10:00 | patient4 | |
| 10:20 | | |
| 10:40 | patient5 | |
| 11:00 | | patient3 |
| 11:20 | patient6 | |
| 11:40 | | |
| 12:00 | patient7 | |
| 12:20 | | patient4 |
| 12:40 | patient8 | |
| 13:00 | | |
| 13:20 | boîte1 | boîte1 |
| 13:40 | boîte2 | boîte2 |
| 14:00 | boîte3 | boîte3 |
| 14:20 | boîte4 | boîte4 |
| 14:40 | boîte5 | |
| 15:00 | boîte6 | |
| 15:20 | boîte7 | |
| 15:40 | boîte8 | |

3.9.3.2 Stérilisation centralisée

La stérilisation centralisée ne supprime pas les à-coups de fonctionnement : en revanche, ces à-coups ne sont pas répercutés sur la capacité du bloc.

3.9.4 FACTEURS DE SUCCES

La stérilisation centrale demande :

- ✦ Un organisation rodée fondée notamment sur la mise en place de transfert de compétences assurées régulièrement par les IBODE pour normaliser la réfection des boîtes,
- ✦ Des fiches (manuelles ou informatisées) recensant les matériels et décrivant la réfection des boîtes¹⁶,
- ✦ La mise en place progressive d'une régulation du programme qui tienne compte également de la capacité de la stérilisation,
- ✦ Une participation du pharmacien à la « commission des utilisateurs du bloc ».

¹⁶ Des établissements intègrent les photos des instruments dans leurs fiches.

4 Structures de coordination

De la même manière que les feux de signalisation routière ou les ronds points giratoires permettent d'éviter les engorgements de trafic, de fluidifier la circulation, et d'augmenter les débits, en évitant les risques de collision, les structures de coordination de bloc apparaissent absolument nécessaires pour que les acteurs du bloc évitent des affrontements inutiles, et puissent tirer ensemble le meilleur parti des ressources qu'ils ont à leur disposition, fût-ce matérielles ou humaines. Il a été observé, au cours du chantier pilote, que ces structures sont multiples, et que leur rôle est toujours bien précis : conseil de bloc, cellule de régulation, cellule de coordination, autorité de bloc, elles permettent de traiter de chacun des trois grands processus repérés de planification, programmation, régulation, et de faciliter l'utilisation du bloc en améliorant les performances globales. Il faut pour ce faire que la charte de bloc ait bien précisé les modalités de fonctionnement, la composition, et les attributions de chacune de ces instances, qui ne doivent exercer leur rôle que dans un but d'harmonisation, et avec l'assentiment de tous. A cet égard, le rôle du cadre de bloc est essentiel, et les missions de cadre de bloc et de coordinateur médical de bloc doivent à la fois être bien définies et pouvoir être exercées de concert.

Cet apport est d'autant plus nécessaire que la programmation hebdomadaire ne suffit pas à définir le fonctionnement du bloc, puisque la régulation quotidienne va jouer aussi un rôle important en devant insérer des malades ajoutés en dernière minute, ou arrivés en urgence immédiate, ou au contraire réaffecter des moyens non utilisés par suite d'une absence imprévue. Il faut alors qu'une autorité puisse décider, et affecter une redistribution des plages opératoires en toute légitimité, et sans contestation possible, quitte à rendre des comptes ensuite dans toute enceinte prévue à cet effet.

De l'avis des professionnels du bloc, l'essentiel des difficultés réside dans l'incapacité à définir des objectifs communs à l'ensemble des spécialités qui y exercent. L'inscription d'un patient au programme opératoire doit être un réel engagement pris par l'établissement à l'égard du patient. Cela ne peut être possible qu'en échange d'une liberté totale du cadre dans l'organisation de la prise en charge (planning IBODE, IADE, affectation de salle, ordre des interventions, ...). Il est le véritable « chef d'orchestre » du bloc.

Ce chapitre présente les différentes instances et acteurs en charge de la gestion du bloc opératoire.

4.1 COMMISSION DES UTILISATEURS DU BLOC

4.1.1 ROLE ET RESPONSABILITES

Elle a pour mission de valider les règles de fonctionnement du bloc opératoire qui s'imposent à tous les acteurs et qui auront été élaborées par le conseil de bloc.

Ces règles sont consignées dans un document, dénommé « charte de fonctionnement du bloc opératoire ».

4.1.2 COMPOSITION

Elle réunit :

Des membres de droit,

- 1) des praticiens opérateurs représentant chaque spécialité,
- 2) des anesthésistes ayant une activité au bloc opératoire,
- 3) le chef de bloc,
- 4) la direction générale de l'établissement,
- 5) le pharmacien, responsable de la stérilisation.

Peuvent être également présents, sans droit de vote, à cette commission :

- 1) les cadres infirmiers et IADE du bloc,
- 2) un représentant de la direction de la qualité et/ou du CLIN.

4.1.3 FACTEURS DE SUCCES

Le critère du nombre d'interventions hebdomadaires pourrait être pris en compte pour éviter qu'un opérateur ponctuel ait le même poids qu'un opérateur régulier : seuls les opérateurs ayant au moins une vacation (de 4h) par semaine avec un taux d'occupation minimum défini (75 à 85%) sont habilités à participer à cette commission.

Dans les établissements publics, les praticiens opérateurs membres de cette commission sont généralement les chefs de service.

Dans les établissements privés, deux cas coexistent :

- 1) les praticiens sont organisés en cabinet de spécialité (c'est le cas le plus favorable sur le plan organisationnel) : chaque spécialité désigne un praticien membre de la commission,
- 2) les praticiens sont indépendants : il appartiendra à l'établissement de définir et d'organiser, avec l'ensemble des praticiens, un processus d'élection des représentants des spécialités.

Une règle de prise de décision doit être formalisée (majorité des membres de droit par exemple).

La charte est un document « vivant ». Au fil de l'année, le conseil de bloc est habilité à prendre des décisions pour améliorer la gestion du bloc. Ces décisions sont intégrées, (amendées le cas échéant) dans la charte. La charte doit être révisée au moins une fois par an.

4.2 CONSEIL DE BLOC

4.2.1 ROLE ET RESPONSABILITES

D'après la circulaire n° DH/FH/2000/264 du 19 mai 2000, l'établissement devra se doter « sous l'égide de la CME, d'un conseil de bloc opératoire dont le rôle est de faciliter l'organisation harmonieuse du bloc opératoire et qui comprendra au minimum un chirurgien, un anesthésiste, un cadre infirmier et un cadre infirmier anesthésiste, s'il existe. »

L'observation des différents établissements montre que le conseil de bloc est une instance **fondamentale mais non suffisante** pour optimiser la gestion du bloc opératoire.

Le conseil de bloc a pour rôle d'élaborer les règles de fonctionnement du bloc opératoire, relatives à la fois :

- 1) à l'organisation du plateau technique dans un but d'optimisation des ressources et des moyens,
- 2) à la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients,
- 3) aux conditions de travail des personnels,
- 4) aux conditions d'exercice des praticiens opérateurs et anesthésistes.

4.2.2 COMPOSITION

Au-delà de la composition définie par les textes, l'observation des pratiques dans les établissements montre qu'un conseil de bloc efficace comporte a minima :

- 1) le chef de bloc (qui est en général le cadre infirmier),
- 2) un ou deux chirurgiens,
- 3) un ou deux anesthésistes,
- 4) un représentant de la direction générale.

Les praticiens du conseil de bloc sont nécessairement recrutés au sein de la commission des utilisateurs du bloc.

4.2.3 FACTEURS DE SUCCES

Pour être efficace, cette instance compte un effectif réduit.

Les praticiens opérateurs et anesthésistes sont des praticiens « fortement sensibilisés » à l'intérêt des pratiques organisationnelles.

Leur disponibilité est suffisante pour un fonctionnement régulier du conseil de bloc.

La fréquence des réunions est mensuelle ; chaque réunion dure environ 2h.

Les ajustements ou les précisions apportées aux règles de fonctionnement déjà existantes de la charte s'imposent de fait à la communauté des intervenants au bloc, sans validation formelle par la « commission des utilisateurs du bloc ».

Les modifications significatives (par exemple, les changements d'horaires d'ouverture du bloc, les modifications pérennes des vacances du bloc, ...) sont soumises à la commission des utilisateurs du bloc.

4.3 CHEF DE BLOC

4.3.1 ROLE ET RESPONSABILITES

Le chef de bloc encadre l'ensemble du personnel non médical du bloc.

Il veille à appliquer les règles définies dans la charte du bloc et les modalités de fonctionnement validées par le conseil de bloc (même si ces modalités ne sont pas encore formalisées dans la charte).

En cas de difficulté avec les praticiens opérateurs, qui demande un traitement dans l'instant (par exemple : priorisation de la prise en charge de deux interventions déclarées « urgentes »), le chef de bloc demande une décision au « coordonnateur médical ».

Si la difficulté n'exige pas un traitement dans l'instant, le chef de bloc la soumet pour arbitrage à la prochaine réunion du conseil de bloc.

Exemple de rôle défini dans une charte de bloc

Le chef de bloc « est le manager de l'ensemble du plateau technique en étroite collaboration avec la direction générale et l'infirmière responsable des soins et de l'ordonnancement. Il est responsable de la définition, de la coordination et du contrôle de l'ensemble des activités de soins au niveau du plateau technique opératoire.

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

La fonction est assurée par une seule personne ; dans la majorité des cas observés, c'est le cadre infirmier du bloc opératoire qui assure cette fonction.

Cette personne est choisie pour ses capacités managériales car elle doit encadrer des équipes différentes (IBODE, IDE, IADE, AS, ASH, brancardiers) travaillant avec une multiplicité d'acteurs (praticiens opérateurs et anesthésistes).

4.3.2 FACTEUR DE SUCCES

Une seule personne assure cette fonction. En cas d'absence de la personne, un adjoint est nommé pour la remplacer.

C'est l'acteur responsable des plannings de l'ensemble du personnel non médical.

Le chef de bloc reçoit suffisamment à l'avance les plannings de présence des opérateurs et des anesthésistes (Cf. § 5.2 Régulation des absences des opérateurs et § 5.3 Régulation des absences des médecins anesthésistes).

4.3.3 POINT DE VIGILANCE

La présence d'une double hiérarchie IBODE/IDE d'un côté et IADE de l'autre est un facteur pénalisant en termes de management (et d'efficacité). L'analyse des blocs observés montre qu'à un instant donné, un seul cadre doit être responsable de la coordination des personnels non médicaux.

4.4 CELLULE DE SUPERVISION DU BLOC

4.4.1 ROLE ET RESPONSABILITES

Sous la responsabilité du chef de bloc, elle a pour mission de rechercher en permanence l'optimisation de l'utilisation des moyens et de la mobilisation des ressources pour maximiser le nombre d'interventions réalisées en respectant les conditions de sécurité et de qualité fixées par la commission des utilisateurs du bloc et la CME, et les conditions de travail définies par la Direction Générale.

Cette mission se traduit par 6 fonctions majeures :

- 1) ordonnancer, les jours précédant le jour d'intervention, les programmes proposés par les praticiens pour permettre d'accepter un maximum d'interventions tout en veillant au respect des conditions de sécurité et de qualité, aux contraintes de présence des personnels et de disponibilité des matériels,
- 2) réguler au cours de la journée d'intervention le déroulement du programme pour faire face aux aléas (durée d'intervention supérieure à la durée prévisionnelle, prise en charge d'une intervention urgente, absence de personnel, absence de matériel...)
- 3) définir les plannings du personnel non médical,
- 4) fournir des indicateurs (taux de démarrage à l'heure, taux de débordement,...) au conseil de bloc pour lui permettre de veiller au respect des règles de la charte,
- 5) fournir des éléments quantitatifs sur l'activité (taux d'occupation des salles) à la commission des utilisateurs du bloc pour lui permettre d'adapter les périodes de mise à disposition par praticien ou par spécialité en fonction à la fois de l'activité mesurée et du projet médical,
- 6) participer à l'appréciation des personnels non médicaux et à l'évaluation des matériels.

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

4.4.2 COMPOSITION

En général, la supervision est assurée par une équipe composée de cadres et de secrétaires. Les secrétaires ont en particulier pour mission de compiler les propositions de programmes (en l'absence d'outil informatique).

Le nombre de membres dépend du niveau d'informatisation de l'établissement. Un établissement non équipé d'un véritable système d'information capable d'assurer les fonctions de planification, de programmation et d'enregistrement nécessite clairement plus de tâches administratives de compilation des données.

Les cadres ont pour missions principales :

- 1) de valider les propositions de programmes et de les ordonnancer pour tenir compte des contraintes de personnel, de matériel... (Cf. § 3.3 Programmation page36),
- 2) de définir les plannings des équipes non médicales,
- 3) de participer à l'évaluation de ces équipes.

4.5 COORDONNATEUR MEDICAL

4.5.1 ROLE ET RESPONSABILITES

Le « coordonnateur médical » a pour mission de traiter sur le champ les cas d'urgence et d'arbitrage d'ordre médical.

4.5.2 FACTEUR DE SUCCES

Il est nécessairement de formation médicale et en règle générale, il s'agit d'un anesthésiste.

Comme cet acteur doit être disponible 24h/24 et 365 jours/365, cet acteur n'est pas nommé : il s'agit de fait d'un acteur présent au sein du bloc et doté d'un téléphone dédié à cette fonction dont le numéro est connu de tous.

Il est requis par le chef de bloc ou son remplaçant.

Au moins une des personnes en charge de cette fonction participe au conseil de bloc.

4.5.3 POINTS DE VIGILANCE

Cet acteur ne doit être mobilisé que pour traiter les cas que le chef de bloc ou son remplaçant ne sont pas habilités à traiter : il s'agit de cas strictement médicaux comme la priorisation entre deux interventions urgentes, de la nécessité de déplacer ou déprogrammer une intervention pour la prise en charge d'une urgence vraie, ...

Le coordonnateur médical n'est pas le responsable hiérarchique du chef de bloc. Sa mission est complémentaire de celle du chef de bloc. Le coordonnateur médical ne traite que les décisions médicales qui sont attendues « sur le champ ».

5 Management

5.1 ANALYSE DES FLUX

La connaissance du flux de patients est essentielle pour maîtriser la gestion d'un bloc opératoire (Cf. le § 3.2.3.2.3 Prise en compte des capacités d'hébergement page 31 pour la corrélation entre l'activité du bloc et celle des unités de soins).

5.1.1 FLUX INTERNES AU BLOC

Dans ce chapitre, nous nous intéresserons en particulier aux flux internes du bloc. Les deux scénarios suivants montrent l'impact de la spécialité sur l'activité de la SSPI.

| scénario 1 | | | | scénario 2 | | | |
|------------|----------|----------|------|------------|---------|---------|------|
| | Salle 1 | Salle 2 | SSPI | | Salle 1 | Salle 2 | SSPI |
| | stomato1 | stomato2 | | | ortho1 | ortho2 | |
| 08:00 | 1 | 1 | | 08:00 | | | |
| 08:20 | 1 | 1 | 2 | 08:20 | | | |
| 08:40 | 1 | 1 | 4 | 08:40 | 1 | 1 | |
| 09:00 | 1 | 1 | 4 | 09:00 | | | |
| 09:20 | 1 | 1 | 4 | 09:20 | | | |
| 09:40 | 1 | 1 | 4 | 09:40 | | | 2 |
| 10:00 | 1 | 1 | 4 | 10:00 | | | 2 |
| 10:20 | 1 | 1 | 4 | 10:20 | 1 | 1 | 2 |
| 10:40 | 1 | 1 | 4 | 10:40 | | | 2 |
| 11:00 | 1 | 1 | 4 | 11:00 | | | 2 |
| 11:20 | 1 | 1 | 4 | 11:20 | | | 3 |
| 11:40 | 1 | 1 | 4 | 11:40 | | | 3 |
| 12:00 | 1 | 1 | 4 | 12:00 | 1 | 1 | 3 |
| 12:20 | | | 2 | 12:20 | | | 2 |
| 12:40 | | | | 12:40 | | | 2 |
| 13:00 | | | | 13:00 | | | 2 |
| 13:20 | | | | 13:20 | | | 2 |
| 13:40 | | | | 13:40 | | | 2 |
| 14:00 | | | | 14:00 | | | 1 |
| 14:20 | | | | 14:20 | | | 1 |
| 14:40 | | | | 14:40 | | | 1 |
| 15:00 | | | | 15:00 | | | 1 |
| 15:20 | | | | 15:20 | | | 1 |

Dans le scénario n°1, l'activité des deux salles de bloc impose la mise à disposition de 4 postes de SSPI sur la matinée (temps opératoire : 20mn et temps de réveil 40mn).

Dans le scénario n°2, la SSPI ne commence qu'en milieu de matinée avec le plus souvent 2 postes occupés (parfois 3). Cet exemple simple montre l'impact des spécialités sur le volume d'activité de la SSPI.

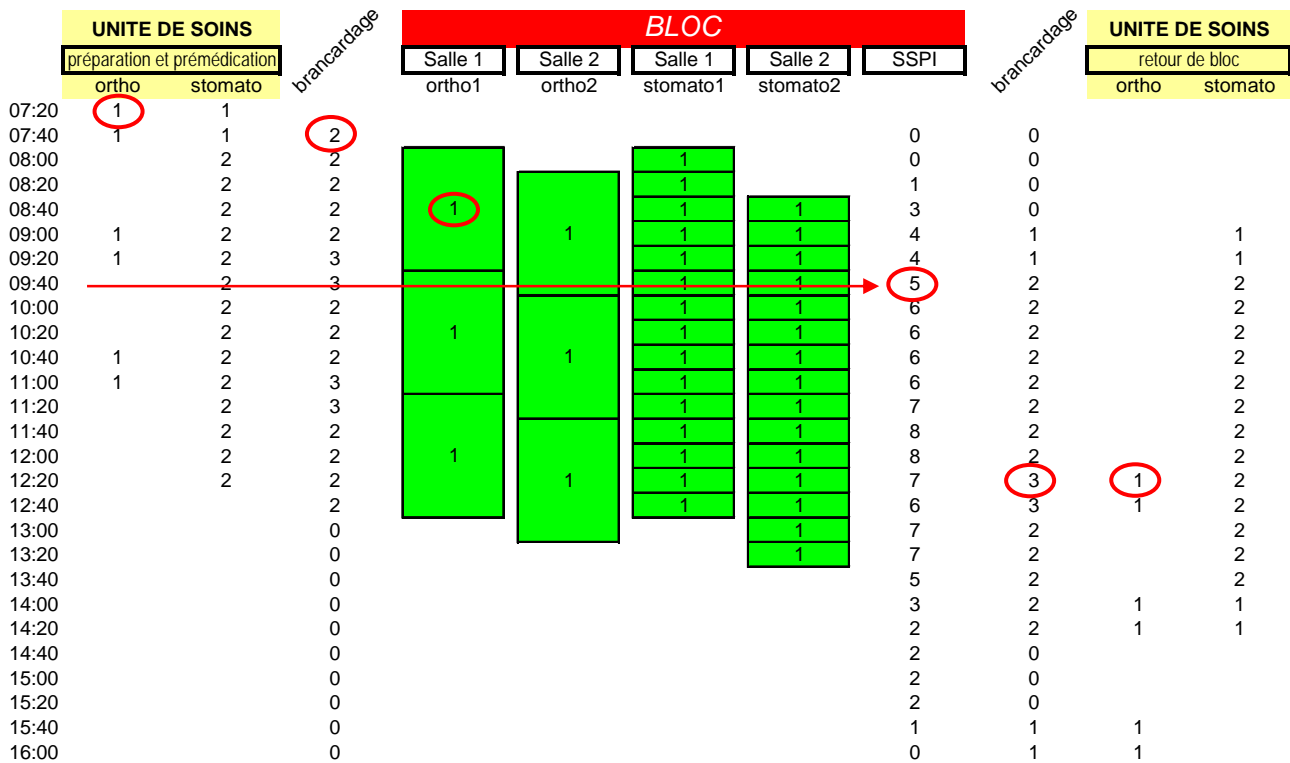
Le rôle de la cellule de supervision est d'optimiser l'occupation des salles du bloc en veillant à la capacité de prise en charge instantanée de la SSPI.

5.1.2 FLUX EXTERNES AU BLOC

Nous pourrions également observer l'activité en amont et en aval du bloc : les flux de patients sont constants d'un bout à l'autre du circuit : par conséquent, pour réguler l'activité des unités de soins, certains établissements ont cherché à concevoir des programmes opératoires qui concilient à la fois l'occupation des salles et une certaine régularité des activités en unités de soins au fil de la semaine et au cours de la journée.

Ce schéma, en suivant la trajectoire d'un patient et en indiquant dans quel groupe de patients il se trouve, montre les impacts d'un programme opératoire :

- ✦ la préparation et la prémédication en unité de soins (20mn dans l'exemple),
- ✦ le transfert des patients au bloc par les brancardiers,
- ✦ le trajet retour des patients effectué par les brancardiers,
- ✦ et pour la prise en charge des retours de bloc en unité de soins.



Cette technique d'évaluation permet de concevoir des vacations qui concilient à la fois l'optimisation de l'utilisation des blocs et de la SSPI, une certaine régularité de travail tout au long de la journée et de la semaine en unité de soins et pour le brancardage.

Les enchaînements sont calculés en fonction de la durée de chaque tâche (temps de préparation du patient en unité de soins, temps de transport vers le bloc, temps probable d'intervention, etc.).

5.2 REGULATION DES ABSENCES DES OPERATEURS

5.2.1 OBJECTIFS DE LA PRATIQUE

La régulation des absences consiste à mettre en place un mode de gestion des absences des praticiens opérateurs qui permet d'assurer l'optimisation de l'utilisation des ressources (salles et personnels).

Une absence inopinée d'un praticien opérateur a deux conséquences :

- 1) la salle affectée ce jour à sa vacation est libre : c'est une ressource dont l'amortissement n'est pas financé par la T2A ; de plus cette absence inopinée entraîne une perte de recettes (pas d'intervention).
- 2) le personnel (IBODE, IADE...) qui devait travailler au côté du praticien ce jour se retrouve sans activité. Bien évidemment, des tâches annexes peuvent être effectuées mais ce type de situation est propice à une sous productivité significative et ne donne pas satisfaction aux personnels qui, bien souvent, préfèrent une activité régulière et prévue. Par conséquent, le coût de ce personnel n'est pas pris en charge ce jour par une recette (T2A) alors qu'il aurait pu l'être judicieusement par une mise en position de congé. De surcroît, ce congé non pris par les personnels réduira ultérieurement le nombre d'agents pouvant intervenir au bloc et donc réduira le temps de vacation offert aux praticiens.

La gestion des absences des praticiens opérateurs doit atteindre 2 objectifs :

- 1) utiliser au maximum les salles d'opérations afin de faciliter le financement du renouvellement des équipements.
- 2) veiller à ce que les équipes planifiées en salle soient effectivement occupées en salle le temps prévu.

5.2.2 OPPORTUNITE

| | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------|-------------------|----------------|
| Difficulté relative de mise en œuvre | Faible | Moyenne | Forte | Très forte |
| | | | ☑ | |
| Intérêt | Fort | Moyen | Faible | Sans intérêt |
| | ☑ | | | |
| Délai de retour sur investissement | moins d'1 mois | 1 à 3 mois | 3 à 6 mois | plus de 6 mois |
| | | ☑ | | |
| Résultats attendus | <i>conditions d'exercice des praticiens</i> | | | |
| | <i>optimisation des ressources humaines</i> | | | |
| | <i>optimisation de l'utilisation des salles</i> | | | |
| | <i>réduction des sources de conflit</i> | | | |

5.2.3 DESCRIPTION DE LA PRATIQUE

5.2.3.1 Mutualisation de l'utilisation des salles

L'anticipation des absences doit permettre de proposer la salle d'opération libérée à un autre praticien. Comme indiqué dans le paragraphe relatif à la planification, il est préférable que la spécialité s'engage à assurer une occupation de ses vacances. En cas d'absence d'un praticien, la spécialité s'organise pour mettre en place des modalités de gestion des remplacements.

Cette optimisation consiste à veiller à ce que les salles soient utilisées conformément à la planification (Cf. § 3.2 page 28). **L'anticipation des périodes d'absence et la régulation de ces absences dans le respect d'une activité conforme à la planification arrêtée sont des facteurs essentiels à l'équilibre budgétaire du bloc.**

5.2.3.2 Optimisation des plannings du personnel

L'anticipation des absences doit permettre d'adapter le planning du personnel aux plannings des opérateurs. **L'anticipation des périodes de congé est un des facteurs essentiels aux bonnes conditions de travail du personnel.**

5.2.3.3 Modalités de gestion des absences des opérateurs

Extrait d'une charte de bloc :

« Il est convenu que chaque utilisateur du plateau technique est tenu à un devoir d'information. C'est la cellule de supervision du bloc¹⁷ qui est le seul dépositaire de toutes les demandes de modification de planning et de programme.

Ainsi, les praticiens intervenant au bloc opératoire sont tenus de prévenir 1 mois à l'avance la cellule de supervision du bloc de leurs projets d'absences courtes (congrès, formations,...) et 4 mois à l'avance pour les congés d'été afin qu'elle puisse en tenir compte dans l'élaboration des programmes opératoires à venir et organiser parallèlement les congés du personnel.

En pratique, les délais de prévenance arrêtés par le conseil de bloc pour informer la cellule de supervision des prévisions de congés respectent les règles suivantes :

| | |
|------------------------------|--|
| <i>avant le 15 Février</i> | <i>pour les congés d'été</i> |
| <i>avant le 10 Septembre</i> | <i>pour les congés de Toussaint et Noël</i> |
| <i>avant le 31 Octobre</i> | <i>pour les congés d'hiver et de printemps</i> |

De son côté la cellule de supervision du bloc se charge de transmettre ces absences aux différents acteurs concernés, notamment aux responsables des services, aux ARE... »

5.2.3.4 Acteur en charge de la gestion des absences

L'acteur qui doit centraliser la totalité des absences est l'acteur chargé de la supervision du bloc opératoire : c'est la cellule de supervision.

¹⁷ La « cellule de supervision du bloc » est un acteur essentiel du bloc opératoire dont le rôle est défini au § 4.4. Si l'établissement est organisé avec une cellule d'ordonnancement dont le rôle est l'optimisation simultanée de l'occupation des lits, du parcours du patient et des blocs, les demandes de congés devront être transmises à cet acteur qui répercute ensuite cette information sur les différentes unités et plateaux techniques (dont le bloc).

5.2.4 FACTEURS DE SUCCES

- ✦ Explications de l'intérêt partagé de cette « régulation » des absences : les praticiens doivent intégrer qu'il ne s'agit pas d'une surveillance critique de leurs absences mais simplement d'un outil essentiel pour :
 - Permettre le financement du renouvellement de leurs équipements,
 - Permettre le financement du personnel et donc assurer progressivement l'élargissement des vacations qui leur sont offertes, et donc l'augmentation de l'activité : c'est un cercle vertueux simple, bien compris en général, : « l'activité finance les moyens nécessaires à l'augmentation d'activité »,
 - Garantir de bonnes conditions de travail à l'ensemble du personnel,
 - Rendre solidaire l'équipe « praticien opérateur » et médecin anesthésiste car l'activité des uns dépend de la présence des autres et inversement.
- ✦ Acteur responsable de la centralisation des informations d'absences (la *cellule de supervision du bloc*).
- ✦ Acteur responsable de l'application des règles définies : en général, le *conseil de bloc*.
- ✦ Formalisation détaillée des règles dans la charte de bloc.
- ✦ Existence d'une gestion différenciée pour les praticiens opérateurs ou spécialités qui « jouent le jeu ». Deux pratiques efficaces ont été observées :
 - Pratique n°1 : en cas de première absence sans délai de prévenance, l'absence est signalée au conseil du bloc. A la seconde absence non anticipée, un établissement a décidé de réduire les vacations de la spécialité en cause.
 - Pratique n°2 : si une spécialité respecte les règles d'anticipation des absences, une « prime », sous la forme de vacations supplémentaires, lui est offerte.
- ✦ La gestion la plus efficace est obtenue lorsque chaque spécialité s'engage sur un contrat avec le bloc qui précise :
 - Le volume d'heures de bloc nécessaire par période de l'année,
 - Les modalités de gestion des remplacements et des congés,
 - Les modalités de gestion des gardes.

5.2.5 POINT DE VIGILANCE

Compte tenu de l'extrême importance de cette régulation dans l'optimisation des moyens et des ressources, le conseil de bloc devra être « intraitable » dans l'application des règles définies.

5.3 REGULATION DES ABSENCES DES MEDECINS ANESTHESISTES

5.3.1 OBJECTIFS DE LA PRATIQUE

Les médecins anesthésistes représentent une ressource critique dans l'organisation d'un bloc opératoire. La régulation de leur présence est un paramètre essentiel à l'efficacité du bloc.

Cette pratique consiste à veiller à ce que la présence des ARE soit compatible avec l'activité définie dans la planification validée.

5.3.2 OPPORTUNITE

| | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Difficulté relative de mise en œuvre | Faible | Moyenne | Forte | Très forte |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Intérêt | Fort | Moyen | Faible | Sans intérêt |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Délai de retour sur investissement | moins d'1 mois | 1 à 3 mois | 3 à 6 mois | plus de 6 mois |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Résultats attendus | <i>conditions d'exercice des praticiens</i> | | | |
| | <i>qualité et sécurité de prise en charge</i> | | | |
| | <i>optimisation des ressources humaines</i> | | | |
| | <i>optimisation de l'utilisation des salles</i> | | | |
| | <i>réduction des sources de conflit</i> | | | |

5.3.3 DESCRIPTION DE LA PRATIQUE

La planification définit les *temps de vacation offerts* aux praticiens (TVO) par période de l'année (Cf. § 3.2 page 28). Dans le cadre de la planification annuelle, l'effectif de l'équipe des ARE est pris en compte pour chaque période de l'année.

Tout au long de l'année, l'effectif des ARE doit permettre de réaliser l'activité prévue dans le cadre de la planification arrêtée : par conséquent, l'équipe d'ARE doit s'organiser pour assurer une présence conforme à la planification.

Exemple :

| Période | Nombre de salles ouvertes | Nombre d'ARE présents |
|---|---------------------------|-----------------------|
| Période normale | 20 | 10 |
| Vacances de Noël | 12 | 6 |
| Vacances de Toussaint, Hiver, Printemps | 16 | 8 |
| Vacances d'été | 12 | 6 |

5.3.4 FACTEURS DE SUCCES

- ✦ Cette pratique suppose une cohésion de l'équipe d'ARE. Cette pratique est un aspect crucial de l'efficacité du bloc : le conseil de bloc devra veiller prioritairement à sa mise en œuvre.
- ✦ Les congés des ARE doivent être gérés en interne par une organisation ad hoc de la spécialité.

5.3.5 POINT DE VIGILANCE

Compte tenu de l'extrême importance de cette régulation dans l'optimisation des moyens et des ressources, le conseil de bloc devra être « intransigeant » dans l'application des règles définies.

5.4 REGULATION DE LA PRESENCE DU PERSONNEL

5.4.1 OBJECTIFS DE LA PRATIQUE

Cette pratique vise à définir les modalités de présence du personnel non médical afin de garantir une activité conforme à la planification arrêtée.

5.4.2 OPPORTUNITE

| | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Difficulté relative de mise en œuvre | Faible | Moyenne | Forte | Très forte |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Intérêt | Fort | Moyen | Faible | Sans intérêt |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Délai de retour sur investissement | moins d'1 mois | 1 à 3 mois | 3 à 6 mois | plus de 6 mois |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Résultats attendus | <i>optimisation des ressources humaines</i> | | | |
| | <i>conditions de travail des personnels</i> | | | |
| | <i>optimisation de l'utilisation des salles</i> | | | |
| | | | | |

5.4.3 DESCRIPTION DE LA PRATIQUE

La planification¹⁸ définit le besoin en personnel en fonction des différentes périodes de l'année. Les congés du personnel doivent être pris de manière à respecter la planification de l'activité.

Les congés et les RTT (le cas échéant) doivent être pris dans les périodes définies par la *cellule de supervision du bloc*, qui prend soin de calculer l'effectif nécessaire par périodes de l'année.

¹⁸ On prendra en compte, avant l'élaboration de la planification, l'effectif total dont dispose l'établissement.

Exemple :

| Période | Nombre de salles ouvertes | Ouverture des salles | IBODE / IDE | | |
|---|---------------------------|----------------------|----------------|--------|-------|
| | | | effectif/salle | nombre | Total |
| Période normale | 20 | 8:00 à 13:00 | 2 | 40 | 80 |
| | | 13:30 à 18:30 | 2 | 40 | |
| Vacances de Noël | 18 | 8:00 à 13:00 | 2 | 36 | 36 |
| Vacances de Toussaint, Hiver, Printemps | 16 | 8:00 à 13:00 | 2 | 32 | 64 |
| | | 13:30 à 18:30 | 2 | 32 | |
| Vacances d'été | 20 | 8:00 à 13:00 | 2 | 40 | 40 |

5.4.4 FACTEURS DE SUCCES

- ✦ Les praticiens opérateurs doivent absolument d'une part respecter la planification et d'autre part les règles de prévenance pour leurs absences.
- ✦ Les médecins anesthésistes doivent également respecter la planification et les règles de prévenance pour leurs absences.
- ✦ Le planning de présence des IBODE/IDE et des IADE doit être UNIQUE et géré par un seul acteur (en général, la *cellule de supervision du bloc*).
- ✦ Un calendrier est mis en place pour TOUS les acteurs (personnels médical et non médical). Il définit des périodes de congés :
 - Définition des règles de gestion relatives à la prise des congés

Exemple :

| Période | Couleur | Congés, RTT, Récupération |
|---|---------|--|
| Période normale | | aucun congé sauf événement familial RTT ou récupération : 1 par quinzaine maximum |
| Vacances de Noël | | 1 semaine obligatoire au minimum |
| Vacances de Toussaint, Hiver, Printemps | | 2 à 5 jours conseillés |
| Vacances d'été | | 3 semaines obligatoires |

- Planning annuel

Exemple :

| Janvier | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Février | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Mars | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

5.5 CHARTE DE FONCTIONNEMENT DU BLOC OPERATOIRE

5.5.1 OBJECTIFS DE LA PRATIQUE

La « charte de fonctionnement du bloc opératoire » est avant tout **un outil de management**.

La charte de fonctionnement du bloc opératoire est un document validé par la « commission des utilisateurs du bloc » (généralement sur propositions du conseil de bloc) qui définit au moins les aspects suivants :

- 1) les modalités pratiques de fonctionnement du bloc opératoire (la planification, la programmation, la régulation),
- 2) les règles de management (le rôle des instances et des acteurs),
- 3) les règles d'hygiène et de prévention des infections nosocomiales,
- 4) les règles de sécurité de la prise en charge des patients,
- 5) les règles de sécurité des personnels.

Remarque : dans ce recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées dans les blocs opératoires, seuls les éléments de la charte relatifs à l'organisation sont décrits.

5.5.2 DESCRIPTION DE LA PRATIQUE

La charte est le produit fini d'un processus d'organisation du bloc. Les établissements qui ont participé à l'étude de la MeaH ont généralement remis à jour leur charte de fonctionnement pour y intégrer les nouveaux processus organisationnels expérimentés et validés.

Pratiquement, la charte de fonctionnement doit évoluer du « recueil de vœux pieux » vers un document destiné à faciliter à la fois l'organisation du bloc, à déterminer les règles de sécurité de prise en charge des patients et à rappeler les règles de sécurité relatives aux personnels.

La charte de fonctionnement est élaborée par les membres du conseil de bloc et doit être soumise pour approbation à la « commission des utilisateurs du bloc » (Cf. chapitre 4.1.1).

Une fois par an, la charte de fonctionnement est révisée par le conseil de bloc et la nouvelle version est validée de la même manière.

Conclusion

Comme tous les éléments du plateau technique, le bloc opératoire constitue un terrain propice aux actions d'amélioration, car sa logique de production et le coût croissant des ressources mobilisées (personnels, salles, matériels de plus en plus sophistiqués, consommables avec notamment le développement de l'usage unique) incitent ses responsables à réfléchir régulièrement sur la meilleure utilisation possible des ressources matérielles et humaines à leur disposition ; ceci est favorisé par le recours plus facile que dans des unités de soins à une mesure de la production, ici des interventions, des temps opératoires, des ICR et par une protocolisation poussée des modes opératoires.

Au bloc, un élément supplémentaire intervient par rapport à d'autres composantes du plateau technique : la nécessité de traçabilité de tous les actes effectués, avec la tenue de feuilles d'écologie, qui enregistrent en temps réel les jalons opératoires, et permettent ensuite de retracer toute intervention. Les praticiens disposent ainsi d'une base de données complète pour analyser leur activité et déterminer, en particulier, les besoins en ressources.

Ils ont par ailleurs grand intérêt à le faire maintenant, puisque le financement des établissements à l'activité fait du bloc opératoire un facteur de recettes, qu'il s'agisse des hôpitaux publics, ou des cliniques privées où les honoraires des chirurgiens sont directement fonction de leur activité. D'une certaine façon, on peut dire que, à l'inverse du reste du plateau technique, le bloc opératoire ne constitue pas un support technique venant en aide aux unités d'hospitalisation, mais au contraire le motif principal de l'hospitalisation, l'unité d'hébergement devenant elle un « adjuvant » au bloc. Le fonctionnement du bloc est donc un élément essentiel de recettes et de coûts, à optimiser dans le cadre d'un financement à l'activité, et les praticiens en prennent conscience.

Le bloc est, par nature, un des centres de coût les importants de l'hôpital. Il est également affecté par de multiples contraintes dans la mesure où y exerce l'ensemble des spécialités chirurgicales. Il est de plus situé à l'interface de nombreuses activités de l'institution (brancardage, prise en charge en unité de soins, en REA, ...). Il ne peut donc atteindre seul l'objectif d'augmentation d'activité. L'ensemble des services impliqués dans la prise en charge est concerné. Il est essentiel que ces activités ainsi que les consultations des praticiens soient organisées de telle manière à faciliter l'optimisation du bloc.

L'engagement de la direction d'établissement en tant que vecteur du décloisonnement des organisations et porteur de cet objectif à l'échelle de l'établissement est donc fondamental.

* * * * *

6 ANNEXES

6.1 CIRCULAIRE N° DH/FH/2000/264 DU 19 MAI 2000

Circulaire relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé

Circulaire n° DH/FH/2000/264 du 19 mai 2000
relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé
(Texte non paru au Journal Officiel).

Résumé : Mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements de santé

Mots-clés : Conseil de bloc opératoire

Textes de référence :

- Décret n° 92-272 du 26 mars 1992
- Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994
- Circulaire DGS-SPI-SQ/DH-EC-AF/n° 98-647 du 17 novembre 1998
- Circulaire DGS-SPI-SQ/DH-EC-AF2/n° 99-627 du 16 novembre 1999

La conférence nationale de santé a identifié en 1996 dix priorités qui ont été adoptées par le parlement à l'occasion du vote de la loi de financement de la sécurité sociale. En 1997 et 1998, plusieurs d'entre elles ont été étudiées dont certaines concernent directement l'hôpital.

La circulaire du 17 novembre 1998 fixant les priorités en matière de santé publique et d'organisation des soins à prendre en compte dans le cadre de la préparation budgétaire pour 1999 des établissements de santé financés par dotation globale a inscrit notamment, la sécurité anesthésique. Elle demande en particulier aux établissements de bien vouloir s'assurer que la planification du tableau opératoire prévu par l'article D-712-42 du décret sus-cité soit effectuée dans chaque établissement et qu'à cette fin, « sous l'égide de la CME, un conseil de bloc opératoire dont le rôle est de faciliter l'organisation harmonieuse du bloc opératoire et qui comprendra au minimum un chirurgien, un anesthésiste, un cadre infirmier et un cadre infirmier anesthésiste, s'il existe » soit constitué. De même, la circulaire du 16 novembre 1999 fixe notamment, dans le cadre de la préparation budgétaire pour 2000, comme priorité de la politique d'organisation des soins hospitaliers, la mise en place des conseils de bloc opératoire.

Le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 - article D. 712-42 demande « que le tableau fixant le programme opératoire soit établi par les médecins réalisant les interventions, les médecins anesthésistes réanimateurs concernés et le responsable de l'organisation du secteur opératoire ». Cette mesure me semblant inégalement appliquée, la présente circulaire a pour objet d'en rappeler le caractère essentiel pour le bon fonctionnement des blocs opératoires et d'en préciser les modalités de mise en place.

Chaque établissement public de santé doit posséder en son sein au moins un conseil de bloc opératoire (un par bloc existant ou par service ou département si les blocs sont constitués en service ou département). Cette disposition ne s'entend toutefois que comme une étape destinée à favoriser un regroupement des sites opératoires.

Le directeur arrête la composition nominative du conseil de bloc opératoire. Celui-ci doit comprendre au minimum :

- 1 chirurgien intervenant au niveau du bloc opératoire,
 - 1 médecin anesthésiste réanimateur,
- désignés sur proposition de la CME ;
- le responsable de l'organisation du secteur opératoire ; ce responsable pouvant être le cadre de santé infirmier, surveillant chef s'il existe ou un cadre de santé infirmier surveillant ;
 - le cadre de santé infirmier anesthésiste diplômé d'État, s'il existe, ou un cadre de santé infirmier de bloc opératoire désigné sur proposition de l'infirmier général, directeur du service de soins infirmiers ou sur proposition de la sage-femme coordinatrice pour les personnels de blocs obstétricaux ;
 - le responsable du CLIN ou son représentant y participe en tant que de besoin.
- Les membres sont désignés pour une durée de trois ans renouvelable.

Le Président du conseil de bloc opératoire est le responsable de l'organisation du secteur opératoire. Cette instance doit se réunir au moins une fois par mois sur convocation de son président et établir par période hebdomadaire le planning d'occupation des salles d'opérations. D'autres membres peuvent être invités à titre consultatif en leur qualité d'experts selon l'ordre du jour. Les missions du conseil de bloc opératoire

doivent permettre la mise en place d'une organisation rationnelle du travail en tenant compte des moyens humains et matériels, de la réglementation relative au temps de travail, à l'exercice professionnel et, aux règles de sécurité sanitaire et anesthésique. Le bilan des actions entreprises entre décembre 1994 et décembre 1997 a montré que des efforts importants restent à accomplir tant en termes de regroupement de sites opératoires que d'organisation et de gestion des blocs opératoires.

Cette mesure devrait permettre d'accélérer et de rationaliser les actions à mener dans ces domaines. Les missions du conseil de bloc opératoire portent notamment sur :

- a) la programmation du tableau opératoire en tenant compte :
 - des moyens en personnels
 - des règles de sécurité anesthésique
 - du type d'intervention (risque septique, âge des patients) et des caractéristiques des patients ;en liaison, notamment, avec les services de consultations, le service de chirurgie ambulatoire, les services de réanimation, les secteurs d'hospitalisation.
- b) la résolution des dysfonctionnements dans les établissements publics de santé ;
- c) la mise en place des protocoles d'hygiène et la validation des protocoles thérapeutiques spécifiques au bloc opératoire ;
- d) la rédaction d'une charte de fonctionnement et d'organisation interne du bloc opératoire ;
- e) la proposition d'actions de formation continue médicale et paramédicale en lien avec l'évolution des techniques, l'adaptation des compétences, et des objectifs de développement de l'établissement. Chaque année, le conseil de bloc opératoire établit un rapport d'activité du bloc opératoire et le transmet à la CME. Vous voudrez bien me rendre compte sous le présent timbre des difficultés que vous pourrez rencontrer pour l'application de la présente circulaire.

Pour la ministre et le secrétaire d'État et par délégation :
Le directeur des hôpitaux,
EdouardCouty

6.2 PRESENTATION DE L'OUTIL EVALVAC

Cet outil a été conçu par :



6.2.1 OBJECTIFS DE L'OUTIL

- Evaluer la capacité du bloc opératoire à « absorber » le flux de patients qui lui est adressé en analysant la capacité de la structure (nombre de salles, temps de mise à disposition),
- Objectiver l'attribution des plages opératoires (vacations) par spécialité en évaluant les besoins en vacations par spécialité en prenant en compte le nombre de lits, de places, le taux d'occupation, la durée moyenne de séjour, la durée moyenne d'intervention,...
- Calculer les écarts entre la ressource structure bloc et le besoin en vacations.

Remarques :

- 1) La feuille de calcul EVALVAC.XLS (Microsoft Excel©) est téléchargeable sur le site Internet de la MeaH (<http://www.meah.org/index.aspx>).

6.2.2 MODE D'EMPLOI

6.2.2.1 Saisir les caractéristiques du bloc (onglet « Caract. bloc »)

1) identifier l'établissement, le bloc concerné et sa capacité en salles¹⁹

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| Identification établissement : | CHU xxx |
| Identification du bloc : | Bloc central |
| Nombre total de salles : | 20 salles |

⇒ Pour calcul convention MeaH

2) indiquer les horaires des vacations

| | 1. Définition temps vacations offertes [TVO] (en h) | | | | | |
|-------------------------------------|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| | L | M | M | J | V | S |
| Temps vacation offerte MATIN : | 4,0 h | 4,0 h | 4,0 h | 4,0 h | 4,0 h | 3,0 h |
| Temps vacation offerte APRES-MIDI : | 4,0 h | 4,0 h | 2,0 h | 4,0 h | 2,0 h | |

3) indiquer le nombre de salles ouvertes

¹⁹ Toutes les données utilisées dans ce mode d'emploi sont totalement fictives.

| 2. Nombre total de salles ouvertes par demi-journée | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| | L | M | M | J | V | S |
| MATIN | 20 salle(s) | 20 salle(s) | 20 salle(s) | 20 salle(s) | 16 salle(s) | 5 salle(s) |
| APRES-MIDI | 15 salle(s) | 15 salle(s) | 12 salle(s) | 15 salle(s) | 10 salle(s) | 0 salle(s) |

4) indiquer les temps d'ouverture et de fermeture

| 3. Evaluation durée préparation matin / fermeture soir | |
|---|-----------------|
| Durée préparation d'1 salle le matin (en mn) : | 30 mn |
| Durée totale ouverture hebdomadaire : | 51,50 h |
| Durée de fermeture d'une salle (en mn) : | 45 mn |
| Durée de fermeture hebdomadaire : | 77,25 h |
| Total 2 (matin + soir) hebdomadaire : | 128,75 h |

5) indiquer le nombre de salles ouvertes AU TOTAL

En effet, 3 salles peuvent être ouvertes le matin et 2 salles l'après-midi, mais ces 2 salles ne sont pas nécessairement choisies par les 3 ouvertes le matin.

| 4. Nombre total de salles différentes ouvertes par jour | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| L | M | M | J | V | S |
| 20 salle(s) | 20 salle(s) | 20 salle(s) | 20 salle(s) | 18 salle(s) | 5 salle(s) |

6) indiquer le taux de performance visé

Le système affiche une synthèse de l'utilisation du bloc et demande le taux de performance visé par le management du bloc.

Rappel : Taux de performance = $\frac{\text{somme(TROV)}}{\text{somme(TVO)}}$

| Synthèse d'utilisation hebdomadaire du bloc | |
|--|--------------|
| Potentiel salles (convention MeaH "jour") : | 1 080,00 h |
| Temps de mise à disposition [TMD] : | 751,75 h |
| TMD / potentiel (en %) : | 69,6% |
| Temps vacations offertes [TVO] : | 623,00 h |
| Taux de performance visé (en %) : | 85,0% |

6.2.2.2 Analyse des besoins par spécialité (onglet « spécialité N »)

Cette analyse est à réaliser pour chaque spécialité ou sous-spécialité ou ensemble de spécialités dont les caractéristiques générales (taux d'occupation, DMS, TROS moyen, durée standardisée de remise en l'état des salles)

6.2.2.2.1 En hospitalisation complète

1) Fournir les caractéristiques des unités de soins en hospitalisation complète

Identification de la spécialité : ortho-traumatolo

| Caractéristiques spécialité en hospitalisation complète | |
|---|-----------|
| Nombre de lits : | 64 lits |
| Taux d'occupation : | 92,0% |
| Durée moyenne de séjour : | 10,00 j |
| Nombre de lits corrigé par TO : | 59 lits |
| Flux journalier spécialité sur 7j : | 5,89 pat. |
| Flux journalier hospitalisation complète sur 5j : 9 pat. | |

- ⇒ Nombre de lits dédiés à la spécialité observée
- ⇒ Taux constaté le + élevé sur année ou visé ("urgences" comprises)
- ⇒ Durée moyenne de séjour constatée ou visée
- ⇒ Nombre de lits x taux d'occupation
- ⇒ Nombre de lits corrigé / durée moyenne de séjour

2) Fournir les caractéristiques des interventions de cette spécialité en hospitalisation complète

| TROS moyen de la spécialité en hospitalisation complète | |
|---|-------|
| Durée moyenne [T1 à T4 du TROS] (en mn) : | 90 mn |
| Durée standard de la remise en état : | 15 mn |

- ⇒ Entrée du patient en salle à sortie du patient (remise en état non comprise)
- ⇒ Remise en état de la salle entre 2 interventions

(T1=entrée en salle d'opération, T4= sortie du patient de la salle d'opération)

3) Fournir le volume des interventions réalisées en urgence (non programmées)

| Estimation du volume des "urgences" hebdomadaire DE JOUR | |
|--|---------------|
| Nombre annuel d'interventions : | 400 |
| Nb jours d'ouverture bloc /spécialité : | 250 |
| Besoin en temps vacations pour les urgences de la spécialité : | 14,0 h |
| Besoin corrigé vacations pour les urgences de la spécialité : | 16,5 h |

4) Calcul des besoins

Le système affiche le besoin en salles, compte tenu de la capacité d'hébergement, des caractéristiques moyennes des interventions et du volume moyen d'urgences :

| Besoin hebdomadaire vacations spécialité ("urgences" comprises) | |
|---|---------------|
| Besoin en temps vacations pour la spécialité : | 78,8 h |
| Besoin corrigé en temps vacations pour la spécialité : | 92,7 h |

- ⇒ [(TROS moyen + durée standard) / 60mn] x [(flux journalier sur 5j) x 5j]
- ⇒ Besoins en temps vacations x taux de performance visé

Le besoin corrigé intègre le taux de performance visé.

Le système peut également isoler les urgences pour permettre de les regrouper dans une ou plusieurs salles dédiées :

Besoin corrigé vacations pour les urgences de la spécialité : 16,5 h

6.2.2.2.2 En ambulatoire

1) Fournir les caractéristiques de l'ambulatoire

| Caractéristiques spécialité en ambulatoire | |
|--|-----------------|
| Nombre de places : | 40 places |
| Taux de rotation : | 1,5 |
| Nombre de jours activité ambulatoire par semaine : | 5,0 j |
| Flux ambulatoire hebdomadaire : | 300 pat. |

- ⇒ Nombre de places dédiées à la spécialité observée
- ⇒ Taux constaté ou visé
- ⇒ Nombre de jours constaté ou visé
- ⇒ Nbre de places x taux de rotation x nbre de jours activité par semaine

2) Fournir les caractéristiques des interventions de cette spécialité en ambulatoire

| TROS moyen de la spécialité en ambulatoire | |
|--|-------|
| TROS moyen [T1 à T4] (en mn) : | 30 mn |
| Durée standard de la remise en état : | 5 mn |

- ⇒ Entrée du patient en salle à sortie du patient (remise en état non comprise)
- ⇒ Remise en état de la salle entre 2 interventions

3. Calcul des besoins

| Besoin hebdomadaire vacations spécialité en ambulatoire | |
|---|----------------|
| Besoin en temps vacations pour la spécialité : | 175,0 h |
| Besoin corrigé en temps vacations pour la spécialité : | 205,9 h |

6.2.2.3 Synthèse de la planification des vacances

Le système propose en synthèse 2 scénarios de répartition des vacances :

- aucune salle n'est dédiée en particulier aux urgences,
- une ou plusieurs salles sont dédiées aux urgences.

Le système exprime ses résultats en heures et en équivalent salles ouvertes par jour.

6.2.2.3.1 Scénario 1 : aucune salle n'est dédiée en particulier aux urgences

| Spécialité | Besoin hebdo vacances exprimé en heures | | | Besoin exprimé en nb de salles par jour | | | |
|-------------------------------|---|----------------|--|---|---------------------|---------------------|----------------------|
| | Hosp. complète | Ambulatoire | | Total | Hosp. complète | Ambulatoire | Total |
| ortho-traumato | 92,7 h | 205,9 h | | 298,6 h | 2,5 salle(s) | 5,6 salle(s) | 8,1 salle(s) |
| cardiologie interventionnelle | 52,6 h | 0,0 h | | 52,6 h | 1,4 salle(s) | 0,0 salle(s) | 1,4 salle(s) |
| chir. Digestive | 147,6 h | 0,0 h | | 147,6 h | 4,0 salle(s) | 0,0 salle(s) | 4,0 salle(s) |
| | 0,0 h | 0,0 h | | 0,0 h | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) |
| | 0,0 h | 0,0 h | | 0,0 h | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) |
| | 0,0 h | 0,0 h | | 0,0 h | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) |
| | 0,0 h | 0,0 h | | 0,0 h | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) |
| | 0,0 h | 0,0 h | | 0,0 h | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) |
| Total besoin | 292,9 h | 205,9 h | | 498,8 h | 8,0 salle(s) | 5,6 salle(s) | 13,6 salle(s) |

Ce scénario montre qu'il faudrait mettre en place :

- Pour l'ortho-traumatologie : 3 salles le matin et 2 salles l'après-midi pour les patients hospitalisés en conventionnel et 6 salles pour l'ambulatoire,
- Pour la cardiologie interventionnelle : 2 salles le matin et 1 salle l'après-midi
- Pour la chirurgie digestive : 4 salles toute la journée

Les urgences seront prises dans ces salles.

6.2.2.3.2 Scénario 2 : des salles sont dédiées en particulier aux urgences

| Spécialité | Besoin hebdo vacances exprimé en heures | | | | Besoin exprimé en nb de salles par jour | | | |
|-------------------------------|---|----------------|---------------|----------------|---|---------------------|---------------------|----------------------|
| | Hosp. complète | Ambulatoire | Urgences | Total | Hosp. complète | Ambulatoire | Urgences | Total |
| ortho-traumato | 76,2 h | 205,9 h | 16,5 h | 298,6 h | 2,1 salle(s) | 5,6 salle(s) | 0,4 salle(s) | 8,1 salle(s) |
| cardiologie interventionnelle | 35,0 h | 0,0 h | 17,6 h | 52,6 h | 1,0 salle(s) | 0,0 salle(s) | 0,5 salle(s) | 1,4 salle(s) |
| chir. Digestive | 106,3 h | 0,0 h | 41,3 h | 147,6 h | 2,9 salle(s) | 0,0 salle(s) | 1,1 salle(s) | 4,0 salle(s) |
| | 0,0 h | 0,0 h | 0,0 h | 0,0 h | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) |
| | 0,0 h | 0,0 h | 0,0 h | 0,0 h | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) |
| | 0,0 h | 0,0 h | 0,0 h | 0,0 h | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) |
| | 0,0 h | 0,0 h | 0,0 h | 0,0 h | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) |
| | 0,0 h | 0,0 h | 0,0 h | 0,0 h | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) | 0,0 salle(s) |
| Total besoin | 217,6 h | 205,9 h | 75,4 h | 498,8 h | 5,9 salle(s) | 5,6 salle(s) | 2,1 salle(s) | 13,6 salle(s) |

Ce scénario montre qu'il faudrait mettre en place :

- Pour l'ortho-traumatologie : 2 salles toute la journée pour les patients hospitalisés en conventionnel et 6 salles pour l'ambulatoire,
- Pour la cardiologie interventionnelle : 1 salle toute la journée
- Pour la chirurgie digestive : 3 salles toute la journée
- Et 2 salles pour les urgences.

6.2.2.4 Synthèse relative à la couverture des besoins

| Synthèse des hypothèses de travail | | | |
|--|-----------------|--------------|-------|
| A. Potentiel salles (convention MeaH "jour") : | 1080,0 h | | |
| B. Temps de mise à disposition des salles [TMD] | 751,8 h | 69,6% | (B/A) |
| C. Temps de préparation / fermeture salle : | 128,8 h | 17,1% | (C/B) |
| D. Temps bloc offert aux praticiens [TVO] : | 623,0 h | 82,9% | (D/B) |
| E. Total besoin en vacances : | 498,8 h | 80,1% | (E/D) |
| F. Ecart TVO - besoins : | 124,2 h | 19,9% | (F/D) |

Le « potentiel salles » est la convention de la MeaH pour comparer les différents établissements.

Le bloc de cet exemple consacre 17,1% de son temps à préparer et à fermer ses salles.

Il offre 82,9% de son temps aux praticiens pour réaliser des interventions.

Il permet de couvrir 80,1% des besoins en vacances. Par conséquent, ce bloc peut accueillir d'autres activités (124,2 heures / salle disponible).

Plan détaillé du recueil

| | |
|---|-----------|
| Préface de Monsieur Jean CASTEX | 2 |
| Préface de Monsieur Didier SERGENT..... | 3 |
| Introduction | 4 |
| 1 Propos préliminaires..... | 7 |
| 1.1 Définition des « bonnes pratiques organisationnelles observées »..... | 7 |
| 1.2 Limites..... | 7 |
| 1.3 Objet de ce document..... | 8 |
| 1.4 Problématique d'un bloc opératoire | 9 |
| 1.4.1 Un impératif : une organisation souple et rigoureuse..... | 9 |
| 1.4.2 Le bloc : au centre de l'établissement | 9 |
| 1.4.3 La collaboration interprofessionnelle au bloc : une nécessité | 9 |
| 1.4.4 Le bloc : un lieu de brassage de logiques et d'organisations différentes..... | 9 |
| 1.5 Modèle d'optimisation des blocs opératoires..... | 10 |
| 1.5.1 Définition de la notion d'optimisation d'un bloc opératoire | 10 |
| 1.6 Différents modèles de fonctionnement de bloc opératoire | 10 |
| 1.6.1 Modèle « historique » : superposition d'agendas d'opérateur..... | 10 |
| 1.6.2 Modèle « régulé » par des processus de gestion internes au bloc | 11 |
| 1.6.3 Modèle « ordonnancé » pour optimiser le flux des patients..... | 11 |
| 1.6.3.1 Définitions préalables..... | 11 |
| 1.6.3.2 Description d'un « bloc ordonnancé »..... | 12 |
| 1.6.4 Comparaison des 3 modes de bloc | 13 |
| 1.6.5 Démarche d'optimisation | 14 |
| 2 Définition des indicateurs et ratios utilisés | 15 |
| 2.1 L'utilité des indicateurs quantifiés | 15 |
| 2.2 Indicateurs..... | 16 |
| 2.2.1 Temps de Mise à Disposition (<i>TMD</i>)..... | 16 |
| 2.2.2 Temps de vacation Offert au praticien (<i>TVO</i>)..... | 16 |
| 2.2.3 Temps Réel d'Occupation des Salles (<i>TROS</i>)..... | 17 |
| 2.2.3.1 TROSIintervention | 17 |
| 2.2.3.2 TROSjour | 18 |
| 2.2.4 Temps Réel d'Occupation des Vacances (<i>TROV</i>) | 19 |
| 2.3 Ratios de performance..... | 20 |
| 2.3.1 Evaluation du temps de mise a disposition au regard du potentiel des salles..... | 20 |
| 2.3.2 Evaluation du temps de vacation..... | 20 |
| 2.3.3 Analyse de l'occupation des salles au regard du temps de mise à disposition | 22 |
| 2.3.4 Analyse de l'occupation d'une vacation par un praticien ou une spécialité | 23 |
| 2.3.5 Analyse de l'efficacité de l'organisation de la remise en l'état..... | 23 |
| 2.3.6 Analyse de l'occupation globale du bloc | 23 |
| 2.3.7 Analyse des débordements..... | 24 |
| 3 Organisation du travail | 26 |
| 3.1 Processus indispensables à la régulation du bloc..... | 26 |
| 3.1.1 Définition de la notion de « processus » | 26 |
| 3.1.2 Les cinq processus de gestion d'un bloc opératoire | 27 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 3.2 | Planification | 28 |
| 3.2.1 | Objectifs de la pratique | 28 |
| 3.2.2 | Opportunité | 28 |
| 3.2.3 | Description de la pratique | 29 |
| 3.2.3.1 | Types de planification | 29 |
| 3.2.3.2 | Méthode de calcul du volume des vacances | 30 |
| 3.2.3.3 | Prise en compte de la saisonnalité | 32 |
| 3.2.4 | Facteurs de succès | 32 |
| 3.2.5 | Points de vigilance | 33 |
| 3.2.6 | Documents | 35 |
| 3.3 | Programmation | 36 |
| 3.3.1 | Objectifs de la pratique | 36 |
| 3.3.2 | Opportunité | 36 |
| 3.3.3 | Description de la pratique | 36 |
| 3.3.3.1 | Proposition d'intervention | 37 |
| 3.3.3.2 | Consultation d'anesthésie préopératoire | 38 |
| 3.3.3.3 | Validation du programme | 39 |
| 3.3.3.4 | Ordonnancement du programme | 39 |
| 3.3.3.5 | Intérêt de l'anticipation de la programmation | 40 |
| 3.3.3.6 | Remarques importantes | 41 |
| 3.3.4 | Facteurs de succès | 41 |
| 3.3.5 | Points de vigilance | 41 |
| 3.4 | Supervision | 42 |
| 3.4.1 | Objectifs de la pratique | 42 |
| 3.4.2 | Opportunité | 42 |
| 3.4.3 | Description de la pratique | 42 |
| 3.4.3.1 | Gestion des modifications de programme | 42 |
| 3.4.3.2 | Organisation de « l'allocation des ressources » | 43 |
| 3.4.3.3 | Régulation du déroulement du programme opératoire | 43 |
| 3.4.4 | Facteurs de succès | 44 |
| 3.4.5 | Points de vigilance | 44 |
| 3.5 | Enregistrement | 45 |
| 3.5.1 | Objectifs de la pratique | 45 |
| 3.5.2 | Opportunité | 45 |
| 3.5.3 | Description de la pratique | 45 |
| 3.5.3.1 | Principes et modalités | 45 |
| 3.5.3.2 | Liste des informations à relever à l'arrivée du patient | 46 |
| 3.5.3.3 | Liste des informations à relever en salle d'opération (et d'induction le cas échéant) | 46 |
| 3.5.3.4 | Liste des informations à relever en SSPI | 46 |
| 3.5.4 | Facteurs de succès | 47 |
| 3.5.5 | Point de vigilance | 47 |
| 3.6 | Boucle de rétroaction | 48 |
| 3.6.1 | Objectifs de la pratique | 48 |
| 3.6.2 | Opportunité | 48 |
| 3.6.3 | Description de la pratique | 48 |
| 3.6.4 | Facteurs de succès | 48 |
| 3.6.5 | Point de vigilance | 48 |
| 3.7 | Définition des horaires de travail | 49 |
| 3.7.1 | Objectifs de la pratique | 49 |
| 3.7.2 | Opportunité | 49 |
| 3.7.3 | Description de la pratique | 50 |
| 3.7.3.1 | Principe général de l'enchaînement des tâches à l'ouverture des salles | 50 |
| 3.7.3.2 | Démarrage non simultané des salles | 51 |
| 3.7.3.3 | Planning de remise en l'état des salles | 51 |
| 3.7.3.4 | Nécessité d'explicitier dans la charte la définition des horaires des vacances | 52 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3.8 | Organisation du brancardage | 53 |
| 3.8.1 | Objectifs de la pratique | 53 |
| 3.8.2 | Opportunité | 53 |
| 3.8.3 | Description de la pratique | 53 |
| 3.8.3.1 | Démarrage du programme | 53 |
| 3.8.3.2 | Déroulement de la journée opératoire..... | 53 |
| 3.8.4 | Facteurs de succès | 54 |
| 3.9 | Organisation de la stérilisation..... | 55 |
| 3.9.1 | Objectifs de la pratique | 55 |
| 3.9.2 | Opportunité | 55 |
| 3.9.3 | Description de la pratique | 55 |
| 3.9.3.1 | Stérilisation assurée par les personnels IBODE et IDE du bloc | 55 |
| 3.9.3.2 | Stérilisation centralisée..... | 56 |
| 3.9.4 | Facteurs de succès | 56 |
| 4 | Structures de coordination..... | 57 |
| 4.1 | Commission des utilisateurs du bloc | 58 |
| 4.1.1 | Rôle et responsabilités..... | 58 |
| 4.1.2 | Composition | 58 |
| 4.1.3 | Facteurs de succès | 58 |
| 4.2 | Conseil de bloc..... | 59 |
| 4.2.1 | Rôle et responsabilités..... | 59 |
| 4.2.2 | Composition | 59 |
| 4.2.3 | Facteurs de succès | 59 |
| 4.3 | Chef de bloc..... | 60 |
| 4.3.1 | Rôle et responsabilités..... | 60 |
| 4.3.2 | Facteur de succès..... | 60 |
| 4.3.3 | Point de vigilance..... | 60 |
| 4.4 | Cellule de supervision du bloc | 61 |
| 4.4.1 | Rôle et responsabilités..... | 61 |
| 4.4.2 | Composition | 61 |
| 4.5 | Coordonnateur médical..... | 62 |
| 4.5.1 | Rôle et responsabilités..... | 62 |
| 4.5.2 | Facteur de succès..... | 62 |
| 4.5.3 | Points de vigilance | 62 |
| 5 | Management | 63 |
| 5.1 | Analyse des flux | 63 |
| 5.1.1 | Flux internes au bloc | 63 |
| 5.1.2 | Flux externes au bloc | 64 |
| 5.2 | Régulation des absences des opérateurs | 65 |
| 5.2.1 | Objectifs de la pratique | 65 |
| 5.2.2 | Opportunité | 65 |
| 5.2.3 | Description de la pratique | 66 |
| 5.2.3.1 | Mutualisation de l'utilisation des salles..... | 66 |
| 5.2.3.2 | Optimisation des plannings du personnel..... | 66 |
| 5.2.3.3 | Modalités de gestion des absences des opérateurs..... | 66 |
| 5.2.3.4 | Acteur en charge de la gestion des absences | 66 |
| 5.2.4 | Facteurs de succès | 67 |
| 5.2.5 | Point de vigilance..... | 67 |
| 5.3 | Régulation des absences des médecins anesthésistes | 68 |
| 5.3.1 | Objectifs de la pratique | 68 |
| 5.3.2 | Opportunité | 68 |
| 5.3.3 | Description de la pratique | 68 |
| 5.3.4 | Facteurs de succès..... | 69 |
| 5.3.5 | Point de vigilance..... | 69 |

| | |
|--|----|
| 5.4 Régulation de la présence du personnel | 70 |
| 5.4.1 Objectifs de la pratique | 70 |
| 5.4.2 Opportunité | 70 |
| 5.4.3 Description de la pratique | 70 |
| 5.4.4 Facteurs de succès | 71 |
| 5.5 Charte de fonctionnement du bloc opératoire..... | 73 |
| 5.5.1 Objectifs de la pratique | 73 |
| 5.5.2 Description de la pratique | 73 |

Conclusion.....74

6 ANNEXES.....75

| | |
|---|----|
| 6.1 Circulaire n° DH/FH/2000/264 du 19 mai 2000 | 75 |
| 6.2 Présentation de l'outil EVALVAC | 77 |
| 6.2.1 Objectifs de l'outil..... | 77 |
| 6.2.2 Mode d'emploi..... | 77 |
| 6.2.2.1 Saisir les caractéristiques du bloc (onglet « Caract. bloc ») | 77 |
| 6.2.2.2 Analyse des besoins par spécialité (onglet « spécialité N ») | 78 |
| 6.2.2.3 Synthèse de la planification des vacations..... | 80 |
| 6.2.2.4 Synthèse relative à la couverture des besoins..... | 81 |

* * * * *