Agence Régionale de Santé Île-de-France

Performance & Qualité

Pôle d'appui à la qualité et à la performance

Organisation des blocs opératoires

Bilan du dispositif d'accompagnement
« Coaching » auprès de 18 blocs opératoires

Mars 2011

18 blocs opératoires franciliens s'engagent pour optimiser leurs organisations

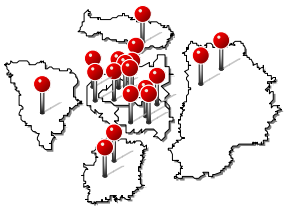
Le bloc opératoire est l'un des lieux les plus complexes de l'hôpital, où de multiples flux convergent et où de multiples catégories professionnelles doivent cohabiter de manière coordonnée.
Garantir une activité fluide et maitrisée au sein du bloc ne peut s'envisager sans une réflexion poussée sur son organisation.

Début 2010 a été menée par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) une démarche de benchmark des blocs opératoires franciliens (comparaison sur des indicateurs communs)

- 55 établissements franciliens participants, représentant un total de 80 blocs (445 salles de bloc) ;
- Une fiche synthétique individuelle adressée à chaque établissement participant, reprenant l'ensemble de ses indicateurs ;
- Une présentation des résultats non anonymisés en séance plénière.

Les résultats ont fait l'objet d'une restitution le 8 septembre 2010.
Parmi les grands indicateurs étudiés : les taux d'ouverture, les taux d'occupations, les temps de débordement, les démarrages tardifs et fins précoces, etc. ■

Devant ce constat, 18 établissements volontaires se sont engagés dans des actions de réorganisation



La clinique Alleray Labrouste
Le GH Saint-Louis (AP-HP)
Le GH Lariboisière (AP-HP)
L'hôpital Robert Debré (AP-HP)
La fondation Rothschild
Le CH de Lagny Marne la Vallée
Le CH de Meaux
Le CH de Rambouillet
Le CH Sud Essonne
Le CH d'Arpajon
Le CH de Courbevoie Neuilly
L'institut Curie – Hôpital Renée Huguenin
La clinique de l'Estrée
Le CHI de Villeneuve Saint Georges
L'hôpital Saint Camille
L'HP de Thiais
Le CHI de Créteil
Le CH d'Argenteuil

3 axes de travail ont été déterminés pour rythmer les travaux des établissements

- Clarifier le management : quelles instances de décision et quels indicateurs ;
- Affiner la planification : quel dimensionnement des vacations, quelles gestion des absences ;
- Optimiser les procédures de programmation : quels supports et quelle procédure de demande et de validation du programme opératoire.

Le présent document constitue le témoignage de ces travaux

Il s'articule autour de 4 points :

#1. Le principe

En Île-de-France, nous avons souhaité mettre en place un dispositif d'accompagnement innovant, aidant les professionnels de santé à se saisir de leurs propres problématiques d'organisation.

#2. Le soutien

Pour chaque axe d'amélioration, un soutien est apporté durant les points d'avancement mensuels sous la forme d'outils, d'ateliers de travail ou de retours d'expérience.

#3. Les résultats

Chaque équipe projet mène les actions de réorganisation au sein de sa propre structure, avec un accent prononcé sur la mesure des progrès accomplis et des résultats obtenus.

#4. L'évaluation

Ambitieuse, la présente démarche repose sur l'hypothèse que les professionnels hospitaliers sont parfaitement capables de prendre à bras le corps l'organisation de leur appareil de production, si tant est de s'inscrire dans une dynamique motivante et d'avoir quelques éléments de méthodologie.

Pour toute information :

- pierre-etienne.haas@ars.sante.fr ;
- 01 44 02 05 96.

En Île-de-France, nous avons souhaité mettre en place un dispositif d'accompagnement innovant, aidant les professionnels de santé à se saisir de leurs propres problématiques d'organisation

Le dispositif francilien se singularise de la manière suivante :

- Une démarche basée sur le volontariat des participants ;
- Un démarrage rapide après le benchmark et un calendrier de mise en œuvre resserré ;
- La volonté de s'appuyer sur des référents de proximité en Délégations territoriales (DT) pour porter la démarche au plus près du terrain.

Un principe d'autonomie des participants

- Des propositions d'actions de réorganisation précises, formalisées et documentées ;
- Un calendrier de travail sur 5 mois prévu à l'avance, commun pour l'ensemble des établissements;
- De fréquents points d'avancement en réunions plénières, avec l'ensemble des établissements, favorisant les échanges entre professionnels, et permettant à chacun de tirer profit des expériences des uns et des autres.

Des axes de travail identifiés à l'avance

 # Le management

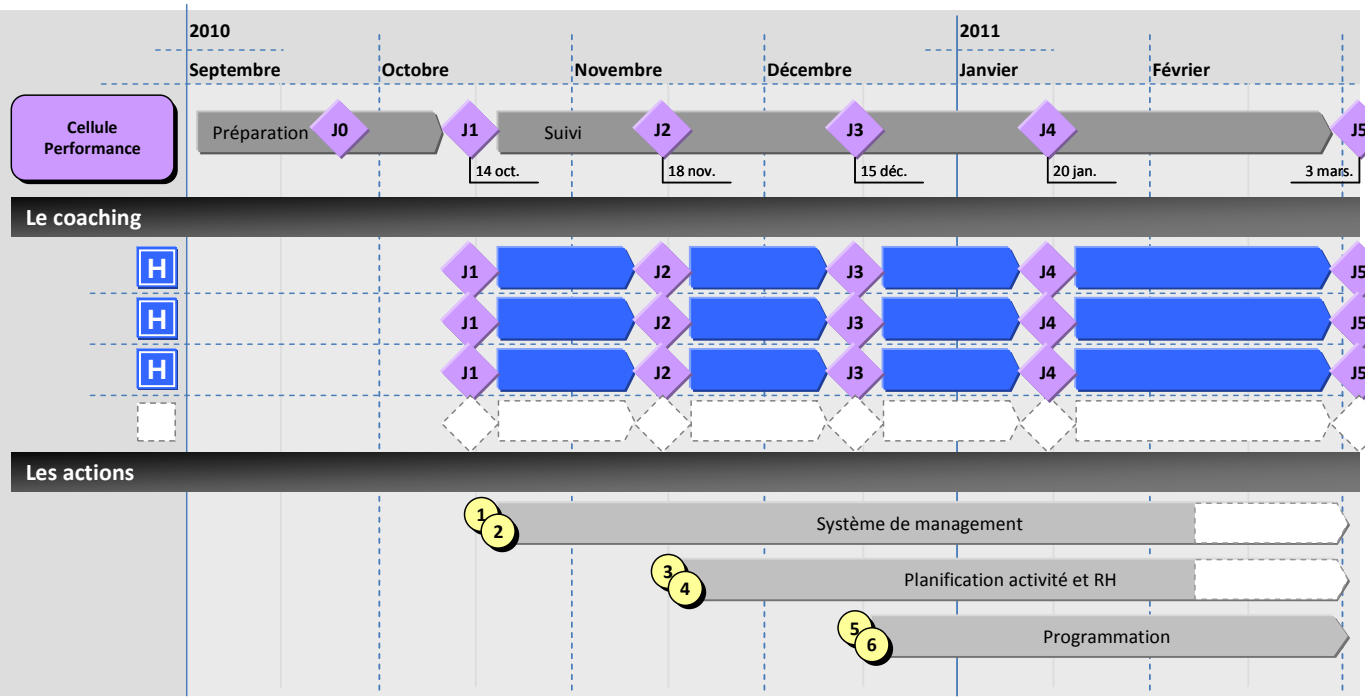
1. Formaliser les instances : afin de clarifier et d'expliciter la gouvernance du bloc opératoire ;
2. Mettre en œuvre un tableau de bord : afin d'évaluer la performance de l'organisation du bloc ainsi que l'impact des actions qui seront mises en place.

 # La planification

3. Dimensionner les vacations : afin d'aligner les allocations de disponibilités avec les prévisions d'activité ;
4. Anticiper les absences : afin de ne pas les subir.

 # La programmation

5. Améliorer la fiche de programmation : afin de disposer de l'ensemble des informations indispensables à une préparation dans les meilleurs conditions ;
6. Optimiser le circuit de demande : afin d'assurer un processus de demande/validation efficace et lisible.



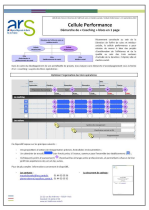
Pour chaque axe d'amélioration, un soutien est apporté durant les points d'avancement mensuels sous la forme d'outils, d'ateliers de travail ou de retours d'expérience

5 rendez-vous mensuels sont autant d'occasions d'aider les professionnels à mener à bien leurs propres actions :

- La diffusion d'outils clés en main, facilement adaptables aux problématiques et aux exigences locales, afin que chaque établissement ne perde pas de temps à recréer ce qui existe déjà ;
- L'organisation d'ateliers de travail en sous-groupes, pour mettre en commun les expériences et idées de tous sur des thèmes précis ;
- Les retours d'expérience par des témoignages de professionnels ayant d'ores et déjà mis en œuvre des actions, pour que les succès et échecs des uns puisse bénéficier aux autres.

La gestion de projet

 # Outil : la démarche en 1 page



Ce feuillet sur 1 page permet de présenter de manière très synthétique le principe de la démarche, ainsi que les principales dates de réunions et les contacts ARS pour de plus amples informations.

Il est le support idéal pour sensibiliser au projet des interlocuteurs qui n'ont pas à en connaître tous les détails mais qui doivent être informés du principe général et du calendrier. ■

 # Outil : le document de cadrage

Dans ce document sont détaillés tous les éléments de méthodologie du projet :

- La genèse et le principe ;
- Les rôles de chacune des parties prenantes ;
- Les axes de travail et grandes actions à mettre en œuvre ;
- Le calendrier prévisionnel, avec dates de réunions et feuilles de route d'une réunion à l'autre.

Remis à chaque établissement en amont du démarrage, ce document constitue le fil rouge du dispositif et offre à chaque participant une visibilité sur les travaux des mois à venir. ■

 # Outil : une convention ARS / établissement

La participation de l'établissement au dispositif est conditionnée par la signature d'une convention, formalisant les engagements réciproques de l'ARS (siège et référent DT), direction d'établissement et professionnels hospitaliers.

Sans valeur opposable, cette convention n'a pour principal but que de conforter l'engagement des équipes projets, et de s'assurer du soutien des directions dans les démarches à venir. ■

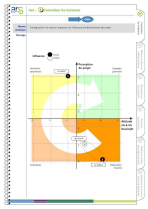
 # Outil : un support de cartographie des actions

Parmi les actions définies dans le projet, toutes ne sont pas forcément à mettre sur le même plan. En effet :

- Mener trop d'actions de front peut être contre-productif ;
- Les actions à « résultat rapide » sont à privilégier dans un 1er temps afin de créer la dynamique ;
- Une objectif trop ambitieux peut mettre les équipes en situation d'échec ;
- Une action trop lourde peut être scindée en plusieurs actions plus abordables ;
- Etc.

Ainsi, le présent outil propose aux équipes projets de leur faire évaluer l'efficacité et la faisabilité des actions à mener, ce afin de les hiérarchiser. ■

Outil : un support de cartographie des acteurs



Les acteurs impactés par le projet n'ont pas tous la même perception des travaux qui leurs sont proposés. Parmi le groupe ainsi constitué au sein d'un établissement, certains sont-ils engagés ? Hésitants ? Sceptiques ? Hostiles ?

Quelques enseignements à retenir :

- L'équilibre des réunions est important. En effet, trop d'opposition dans un groupe est contre-productif, mais a contrario uniquement de l'adhésion peut s'avérer préjudiciable en termes de remise en cause, de création de « chapelles », de manque de « challenge » des solutions retenues ;
- L'animation est toujours préférable à la confrontation : cela permet de préserver le chef de projet et d'avancer malgré un faible leadership.

Le présent outil propose ainsi aux chefs de projet d'évaluer la perception et l'implication des acteurs du projet, afin de mieux cerner la manière de les faire évoluer. ■

Outil : un support de plan de communication

De multiples instances et catégories professionnelles sont en général concernées par le projet. Le manque d'information transmis aux uns et aux autres peut parfois être préjudiciable, de surcroit autour d'un projet de transformation qui peut impacter des habitudes bien établies.

Pourquoi communiquer ? A qui communiquer ? Quand communiquer ? Etc. sont autant de questions qu'il convient de se poser en amont, pour ainsi bâtir un plan de communication pertinent et réfléchi qui assurera la lisibilité des informations relatives au projet et leur bonne diffusion. ■

Outil : une fiche action type

Donner à une action toutes les chances de succès ne peut s'envisager sans en avoir déterminé le ou les objectifs, et également planifié le déroulement étapes après étapes.

Comme aide aux équipes projet, nous proposons donc une fiche action « type » comme support de description des actions à mener. Cette fiche s'articule en 2 temps :

-

: l'organisation cible vers laquelle on souhaite tendre ;
-

: les étapes de la mise en œuvre, adossées à un calendrier.

Retour d'expérience : ANAP / Belles histoires de réorganisation de blocs

L'organisation des blocs opératoires est une thématique aujourd'hui très largement explorée par différents dispositifs. En 2010, l'ANAP a par exemple piloté un chantier regroupant près de 35 blocs opératoires.

Dans le cadre d'une intervention tant technique que méthodologique, Vivien Normand (ANAP) est revenu sur les plus beaux succès du dispositif afin que les équipes du groupe de travail puissent s'en inspirer. ■

Retour d'expérience : CHNO des 15/20 / Une réorganisation réussie

Parmi les établissements ayant bénéficié d'un dispositif d'accompagnement MeaH, le CHNO des 15/20 se caractérise tant par le succès des actions entreprises que par le caractère pérenne de la dynamique alors lancée en 2009.

Corinne Leroy, cadre du bloc opératoire, est revenue dans le cadre de son intervention sur les 5 actions majeures initiées au cours de la démarche :

- Revoir la planification ;
- Annualiser la planification ;
- Améliorer la gestion des absences des opérateurs ;
- Optimiser le processus de programmation ;
- Mettre en place un tableau de bord de suivi de l'activité.

 # Retour d'expérience : ARS / Mener un projet en milieu hospitalier

Gérer un projet de réorganisation est affaire de conviction et de tact : ne pas mettre maladroitement les équipes en situation d'échec, savoir décliner des objectifs d'efficience en objectifs concrets et palpables, responsabiliser et légitimer l'encadrement intermédiaire sur la juste utilisation des ressources et des moyens de production, tels sont les leviers incontournables d'actions de réorganisation réussies et aux impacts pérennes.

Un retour d'expérience est donc proposé aux établissements sous la forme d'un état des lieux des facteurs de succès et d'échecs rencontrés au cours de démarches similaires en milieu hospitalier. ■

1 Formaliser les instances

 # Outil : une feuille de description des membres des instances

En amont du lancement des travaux, il est essentiel de formaliser les instances de management du bloc ainsi que les ressources qui seront susceptibles d'être sollicitées ponctuellement dans le cadre du projet.

Il est donc demandé à chaque établissement de remplir une fiche détaillant les noms :

- Des managers référents : chef et cadre de bloc ;
- Du conseil de bloc ;
- De la commission des utilisateurs du bloc.

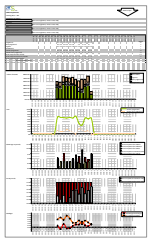
 # Outil : un support de présentation en CME

Un certain nombre d'actions de réorganisation impacte directement le fonctionnement d'autres services de l'hôpital : il convient donc de prévenir en amont l'ensemble de la communauté que des travaux sont engagés par le bloc opératoire, dont l'équipe projet sera susceptible de solliciter les uns ou les autres au cours des mois à venir.

Dans cette optique, la CME est un rendez-vous incontournable : un support « standard » de présentation de la démarche est donc mis à disposition des équipes projets, ces dernières étant naturellement libres de l'adapter aux problématiques locales ou aux messages particuliers qu'elles souhaiteraient faire passer. ■

2 Mettre en place un tableau de bord

 # Outil : la grille de recueil et de production d'indicateurs en routine



Afin d'évaluer en temps réel l'impact des actions qui sont mises en œuvre, il est nécessaire de mettre en place un recueil de données permettant de produire des indicateurs de performance.

Attention, il ne s'agit pas ici de reproduire le benchmark, opération très « chronophage », et qui visait l'exhaustivité et la parfaite représentativité sur un très grand nombre d'indicateurs. Il s'agit au contraire de produire de manière peu coûteuse pour les agents quelques indicateurs ciblés et pertinents, mais ayant l'avantage de pouvoir être suivi facilement en routine sur les 5 mois du coaching.

Une grille de recueil associé à un tableau de bord automatique est donc mis à disposition des équipes projets, permettant notamment de suivre les taux d'interventions programmées, démarrages tardifs et fin précoces. ■

 # Retour d'expérience : ARS / Se comparer, les outils du contrôle de gestion

Au-delà des démarches de benchmark, par définition ponctuelles, les établissements ont la possibilité de se comparer régulièrement les uns les autres grâce à des outils institutionnels, notamment le compte administratif retraité.

Dans son intervention, Gaëlle Quily (ARS – Cellule performance) a rappelé au groupe de travail les principes du contrôle de gestion, ainsi que les différentes sources d'information et bases de données disponibles à l'ensemble de la communauté hospitalière. ■

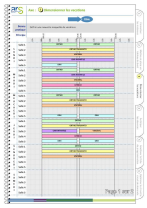
3 Dimensionner les vacations

Retour d'expérience : Adopale / Planification, clés de lecture et méthodologie

La planification a une importance primordiale sur le fonctionnement d'un bloc opératoire : elle est le socle offrant une visibilité à moyen / long terme à l'ensemble des acteurs sur la répartition et le dimensionnement des vacations. Une planification bâclée ou insuffisamment réfléchie sera source tant d'insatisfaction des opérateurs sur le potentiel d'interventions qui leur est offert que de disfonctionnements au quotidien.

Fort d'une expérience de plusieurs années sur la réorganisation des blocs opératoires, Jonathan Krief (consultant Adopale) est revenu au cours d'une intervention sur les points majeurs de vigilance inhérents à la formalisation d'une planification optimale. ■

Ateliers de travail : définir une nouvelle maquette de vacations



La planification du bloc opératoire se doit d'être lisible et accessible à tous. Pour ce faire, il est proposé à chaque établissement de formaliser sa maquette de vacations sur un support en 1 page : ce travail de formalisation doit être l'occasion de mettre à plat les besoins réels de l'établissement et des praticiens, pour éventuellement faire évoluer une organisation devenue obsolète. ■

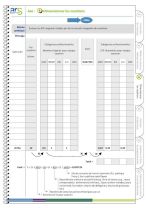
Ateliers de travail : faire valider la nouvelle maquette de vacations

Une nouvelle planification se traduit nécessairement par une reventilation des vacations et de leurs durées, et remet donc en question les habitudes de beaucoup d'acteurs au sein de l'établissement. Inévitablement, pour certains praticiens, cette évolution représentera un retour sur des dispositions qu'ils pouvaient considérer comme acquises.

Il convient donc d'adopter une démarche institutionnellement acceptable pour que la nouvelle mouture ne soit pas rejetée en bloc et mette les équipes en situation de blocage. Il est donc proposé en atelier de travail de formaliser le calendrier de validation d'une nouvelle maquette de vacations.

Notons qu'à dire d'expert, une telle démarche ne peut être envisagée - entre formalisation et mise en application - en moins de 4 mois. ■

Atelier de travail : les RH / quelle maquette d'organisation ?

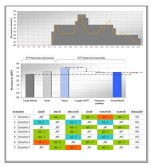


Des nouvelles dispositions en termes de vacations des praticiens découlent naturellement des besoins de présence de personnels. En effet, si pour chaque vacation ou spécialité on peut déterminer les effectifs nécessaires (combien d'IADE, combien d'IBODE, etc.), il est alors possible d'évaluer les impacts en termes d'ETP soignants.

Ainsi, à ce stade, toute nouvelle planification peut être sujette à une première validation, budgétaire : est-elle acceptable au regard des contraintes de la DRH ? Il est proposé aux établissements, à partir d'une grille préétablie, de réaliser cette évaluation.

Notons que cet atelier ne représente qu'une 1ère étape, grossière, et qu'une évaluation plus fine des impacts RH en cas de refonte massive de la maquette est vivement recommandée : c'est l'objet des outils décrits ci-après. ■

 # Outils : gestion du temps soignant



La planification a une importance primordiale sur le fonctionnement d'un bloc opératoire : elle est le socle offrant une visibilité à moyen / long terme à l'ensemble des acteurs sur la répartition et le dimensionnement des vacations. Une planification bâclée ou insuffisamment réfléchie sera source tant d'insatisfaction des opérateurs sur le potentiel d'interventions qui leur est offert que de disfonctionnements au quotidien.

Fort d'une expérience de plusieurs années sur la réorganisation des blocs opératoires, Jonathan Krief (consultant Adopale) est revenu au cours d'une intervention sur les points majeurs de vigilance inhérents à la formalisation d'une planification optimale. ■

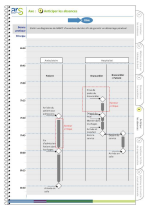
4 Anticiper les absences RH

 # Atelier de travail : appliquer une procédure / ensemble de règles de bonne conduite concernant les absences de praticiens et de soignants

Les absences d'opérateurs et d'anesthésistes non anticipées sont préjudiciables à tous points de vue : financier, organisation, management. L'objectif que peut donc s'assigner tout bloc opératoire est « 0 salle vide pour cause d'absence de praticien ».

Il s'est donc agit en atelier de travail d'établir des règles de déclaration des absences strictes qui pourraient constituer une charte de discipline des utilisateurs du bloc. ■

 # Atelier de travail : établir un diagramme de GANTT d'ouverture du bloc afin de garantir un démarrage ponctuel



Le démarrage d'une salle de bloc est une séquence au cours de laquelle tout retard sur une tâche critique a un impact sur l'horaire de 1ère induction et/ou 1ère incision.

Il est donc proposé aux équipes projet de mettre à plat sur un diagramme la séquence type de démarrage d'une salle, respectant objectif horaire de 1ère induction et/ou 1ère incision établi par la planification. ■

5 Améliorer la fiche de programmation

 # Retour d'expérience : ANAP / Programmation et supervision, clés de lecture

Le programme opératoire concerne l'ensemble des étapes et actions concourant à l'organisation et la prise en charge de l'activité opératoire, sur une échelle de temps d'une semaine.

Au cours d'un intervention, Dominique Talandier (ANAP) a rappelé au groupe de travail les principaux facteurs clés de succès du principe de programmation, à savoir :

- Des propositions d'interventions coordonnées sur un support standard unique ;
- Une consolidation dans le cadre d'un circuit de demande clair, fiable et organisé ;
- Un arbitrage par réunion de programmation et une validation par le chef de bloc.

 # Ateliers de travail : la fiche de programmation, quel modèle type ?

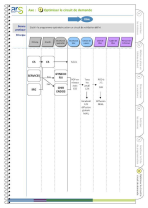
La fiche de programmation est le support-navette qui fait le lien entre les demandes des différents praticiens (chirurgiens, anesthésistes) et la cellule de supervision du bloc. Une fiche de programmation mal conçue ou mal renseignée entraine :

- Des allers-retours multiples entre blocs et services demandeurs ;
- Un retard sur la conception globale de la programmation de la semaine à venir ;
- Des difficultés souvent identifiées au denier moment avant l'intervention.

Il est donc essentiel d'établir un support standard unique, toutes spécialités confondues, reprenant l'ensemble des informations utiles (indispensables et/ou facultatives). En atelier de travail, les établissements sont invités à vérifier la présence d'un certain nombre d'item sur leur propre fiche de programmation, pour éventuellement y apporter des corrections si besoin est. ■

6 Optimiser le circuit de demande

 # Atelier de travail : la fiche de programmation, quel circuit type ?



La réalisation du programme opératoire pour la semaine à venir est réalisée par le chef de bloc et/ou la cellule de supervision qui :

- Réalise l'ordonnancement du programme (affectation des patients dans les salles et dans l'ordre, en tenant compte des différentes contraintes : sepsis, allergies, âge du patient, disponibilité du matériel, etc.) ;
- Ajuste les ressources à l'activité (effectifs, matériel consommable, etc.).

Les équipes projet sont alors invitées en atelier de travail à formaliser clairement sur un diagramme :

- Le circuit de transmission des différentes demandes au bloc opératoire ;
- Le circuit interne de décision et de validation du programme ;
- Le feed-back de confirmation aux services demandeurs.

#3. Les résultats

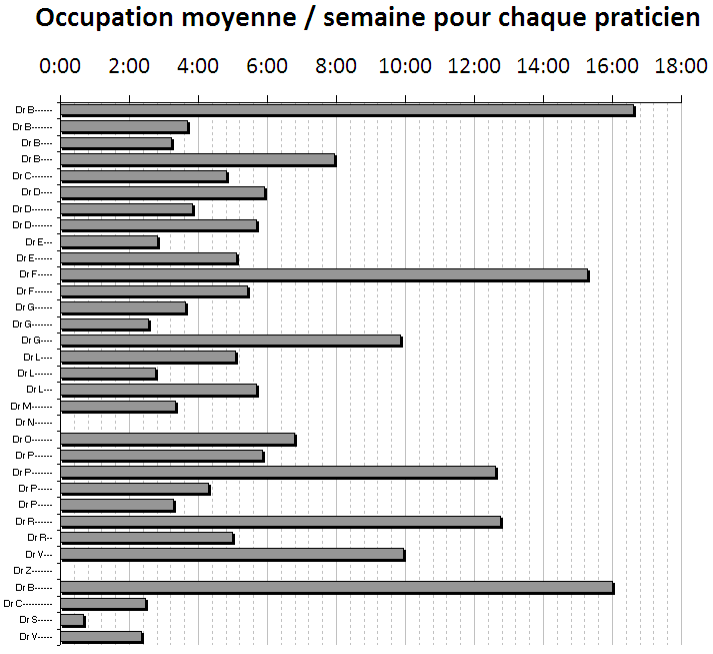
Chaque équipe projet mène les actions de réorganisation au sein de sa propre structure, avec un accent prononcé sur la mesure des progrès accomplis et des résultats obtenus

Les démarches entreprises au sein de chaque établissement ont, comme toute action de refonte des organisations, vocation a produire leurs effets dans la durée. Néanmoins, pour valoriser les résultats déjà obtenus et maintenir la dynamique du projet, il est essentiel de réaliser très régulièrement des évaluations qualitative et quantitative des actions menées.

Ainsi, à l'heure de la clôture de l'accompagnement ARS, chaque établissement est invité à réaliser le bilan de ses travaux des 5 derniers mois : ces bilans sont relatés ci-après.

La clinique Alleray Labrouste

La clinique Alleray Labrouste dispose de 8 salles accueillant principalement des activités de cardiologie, orthopédie, chirurgies vasculaire et viscérale. La non-anticipation des absences de chirurgiens, le non-respect des démarrages de vacations ainsi qu'une planification non-adaptée ont été les éléments déclenchant ayant motivé le directeur, la cadre de bloc ainsi que le préparateur en pharmacie pour participer au coaching.



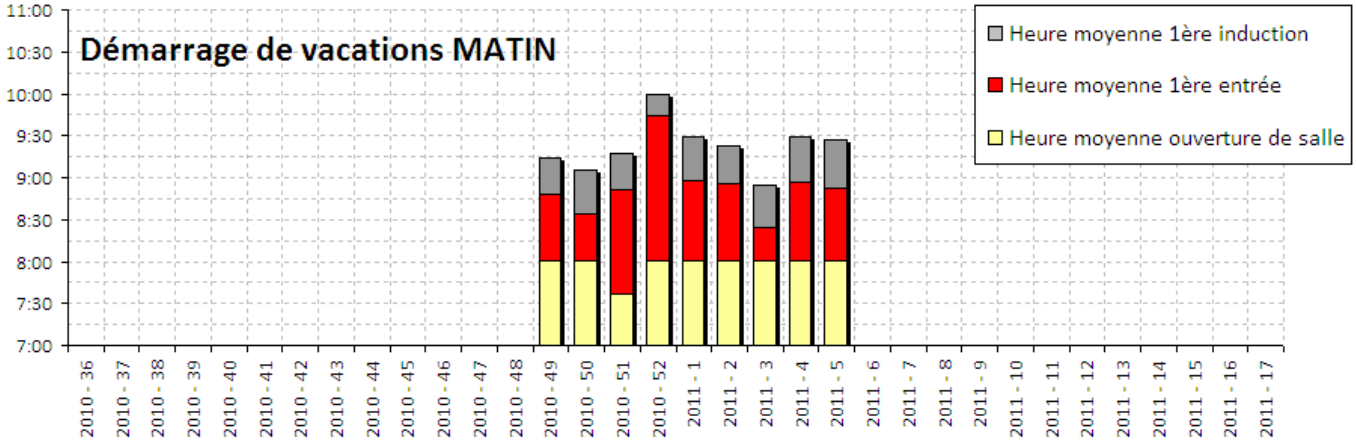
4 actions furent principalement menées :

 # La formalisation des instances : conseil de bloc et cellule de coordination sont aujourd'hui définis et entérinés par un règlement intérieur du bloc mis à jour.

 # Le dimensionnement des vacations : des indicateurs sont aujourd'hui suivis en routine et permettront au conseil de bloc de prendre des décisions éclairées concernant les durées optimales de vacations.

 # L'anticipation des absences : des e-mails à destination des chirurgiens ainsi que des appels systématiques à leurs secrétariats sont aujourd'hui mis en place pour leur rappeler leurs vacations à venir.

 # La lutte contre les démarrages tardifs : les indicateurs permettent dorénavant de connaître le déroulement minuté du démarrage des vacations, matin comme après-midi. Un échelonnement des débuts de programme ainsi que la redéfinition des horaires de chaque acteur du bloc (chirurgiens, anesthésistes, soignants) permettront à terme de diminuer les retards.



La prégnance du quotidien et le manque de temps à accorder au projet donnent aux équipes de la clinique un sentiment mitigé au regard des ambitions initiales. La grande résistance au changement des différents acteurs fut également vécue comme pénalisante. En perspective, un travail sur le réaménagement des plannings soignants, de façon à être en meilleure adéquation avec l'activité réelle des praticiens, est entamé. ■

Le GH Saint-Louis – Lariboisière – Fernand Widal (AP-HP)

Avec un taux d'occupation de 70% et un taux d'ouverture de 91%, l'hôpital Saint-Louis fait figure d'établissement performant à l'heure du démarrage du coaching. L'équipe projet est constituée de nombreux représentants du corps médical et des cadres soignants, avec un soutien affiché et avéré de la direction. Néanmoins, en dépit de ses bons indicateurs, certains dysfonctionnements persistent, tels que la gestion des absences ou encore les démarrages jugés trop tardifs. C'est dans le but de poursuivre une dynamique et d'optimiser de manière globale l'organisation de son bloc que cet établissement a rejoint le coaching.

3 actions majeures furent mises en œuvre :

La formalisation des instances : un nouveau conseil de bloc a été mis en place, dont le caractère désormais hebdomadaire assure une grande réactivité. Une cellule de supervision de « fin de bloc » a également été mise en place durant les dernières semaines du coaching.

La mise en œuvre d'un tableau de bord : 2 périodes distinctes de recueil ont pu faire valoir le maintien du problème de démarrage tardif.

La mise en place et l'animation de groupes de travail thématiques : afin de maintenir et alimenter la dynamique existant au sein de cet établissement, plusieurs groupes de travail se réunissent régulièrement. Ceux-ci portent sur les thèmes de la gestion des absences, des démarrages tardifs, ainsi que la programmation.

Les équipes projets sont satisfaites des travaux menés au cours de ces 5 mois. Disposant déjà de très bons indicateurs, c'était moins l'amélioration de la performance du bloc que la continuité des travaux déjà engagés qui était en jeu. Ainsi, le groupe va-t-il poursuivre ses travaux en continuant de suivre ses indicateurs en routine et notamment par la mise en application des conclusions à venir des groupes thématiques formés. ■

L'hôpital Robert Debré (AP-HP)

Cet établissement dispose de 8 salles (6 ouvertes au moment du coaching), pour une activité s'étant élevée à 5153 interventions au bloc en 2010. C'est un bloc commun polyvalent pédiatrique accueillant des activités d'orthopédie, de viscéral/urologie, d'ORL, de maxillo-facial, d'hématologie et ophtalmologie. Fonctionnant 24h/24, l'activité du bloc est composé de 23% d'urgences, pour des taux d'occupation et d'ouvertures respectivement de 77 et 55%.

Les démarrages tardifs, les reports et annulations (nombreuses dues à la particularité de la pédiatrie) ainsi que les absences médicales non-anticipées sont suffisamment fréquents pour être vécus comme perturbant par les équipes. La planification est également un sujet de préoccupation, certaines vacations sous-dimensionnées côtoyant des vacations sous-occupées.

Si l'équipe projet alors constituée est composée de multiples personnalités (médecins, cadres, directions), les actions au quotidien ont principalement reposé sur l'engagement des cadres de bloc. Parmi elles, notons :

La réactivation du conseil de bloc : ce dernier se réunit désormais mensuellement.

La gestion des absences des chirurgiens : les secrétaires sont désormais formées pour rentrer les congés de chaque praticien sur IPOP.

Le prise en charge des urgences : afin de désencombrer le bloc commun et libérer des lits d'hospitalisation, les petites urgences d'orthopédie (« doigt de porte ») sont maintenant reconvoquées le lendemain et opérées au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire. Par ailleurs, l'ouverture d'une 7ème salle pour les urgences est en discussion.

A l'heure du bilan de sa participation au coaching, la cadre de bloc concède que le quotidien, chargé, l'a souvent emporté sur la feuille de route de la démarche. Ainsi, si quelques résultats commencent à émerger (diminution ressentie des démarrages tardifs), de nombreuses actions lourdes restent à mener, notamment concernant la planification avec une éventuelle redistribution des vacations. Les 1ers résultats concernant les démarrages tardifs devront également être confirmés et pérennisés. ■

Le CH de Lagny Marne la Vallée

Le bloc opératoire est constitué de 7 salles dont 1 salle d'urgence, accueillant de la chirurgie polyvalente (viscéral, gynécologie, obstétrique, plastie, orthopédie, traumatologie, ORL, stomatologie, implantologie, ophtalmologie), des endoscopies (digestives et pulmonaires) ainsi que de la sismothérapie. La participation s'est faite notamment dans la perspective de l'ouverture d'un nouvel établissement au 2nd semestre 2012, opportunité de remettre à plat l'organisation : adéquation entre ressources et activités (notamment pour certaines spécialités) avec intégration de nouvelles activités, réduction des démarrages tardifs, formalisation des circuits d'information, mise en œuvre et suivi en routine d'indicateurs de performance.

Les 2 principales actions menées par l'équipe projet pluridisciplinaire (représentants des médecins et cadres, directeur délégué et directeur des soins) sont :

 # Le renforcement du management et la mesure d'indicateurs : un comité de pilotage « nouvelle organisation du bloc opératoire » se réunit désormais tous les 2 mois, un conseil de bloc nouvellement constitué tous les mois ainsi qu'une commission des utilisateurs du bloc 1 à 2 fois par an. Une nouvelle charte de bloc est en cours de rédaction et une liste d'indicateurs validés par le conseil de bloc, l'ensemble ayant été présenté en CME.

 # Le réaménagement de la planification : le redimensionnement des plages opératoires et la redéfinition du circuit d'information des absences médicales (règles d'annonce des absences prévisionnelles) sont en cours, et seront proposés au conseil de bloc à horizon mi-mars.

Les prochaines actions à mener auront trait au système d'information du bloc (réactualisation des données, thésaurus des actes opératoires, formation des opérateurs pour les annonces chirurgicales, etc.) ainsi qu'à la gestion des ressources humaines, avec une évaluation précise du niveau de ressource employé. En termes d'accompagnement sur le coaching, l'équipe émet un avis mitigé considérant qu'un accompagnement sur site aurait vraisemblablement permis d'avancer plus vite, reconnaissant que certaines étapes ont pu malgré tout être franchies. ■

Le CH de Meaux

Le centre hospitalier dispose de 10 salles, dont 6 ouvertes chaque jour, accueillant des activités de chirurgie digestive, urologie, gynécologie, vasculaire, ORL, ophtalmologie, stomatologie, orthopédie et traumatologie. Le benchmark de 2010 avait mis en lumière un taux d'occupation de 54%, d'ouverture de 77% pour un taux de débordement de 7%. Les retards au démarrage, principales causes des débordements et des annulations de fin de programme, ainsi que la planification avec la problématique de l'intégration des urgences étaient des difficultés identifiées.

Une équipe projet a ainsi été constituée, reposant sur l'engagement du chef de projet cadre de santé accompagné du chef médical de pôle ainsi que du cadre supérieur de pôle. Plusieurs actions ont été menées, notamment :

 # La nouvelle répartition des vacations par spécialité : ce travail long et délicat est encore en cours au moment de la publication de ce bilan.

 # L'amélioration du taux d'occupation des salles : initialement de 54%, celui-ci est désormais de 73,5%.

Parmi les actions engagées, certaines n'ont pas encore montré leurs effets et doivent être poursuivies : c'est notamment le cas du démarrage de journée, où 5 à 30 minutes de retard sont régulièrement constatées par rapport au programme prévisionnel. L'application de la charte de bloc, avec une meilleure discipline de l'ensemble des acteurs concernés, sera également un cheval de bataille des prochaines mois. ■

Le CH de Rambouillet

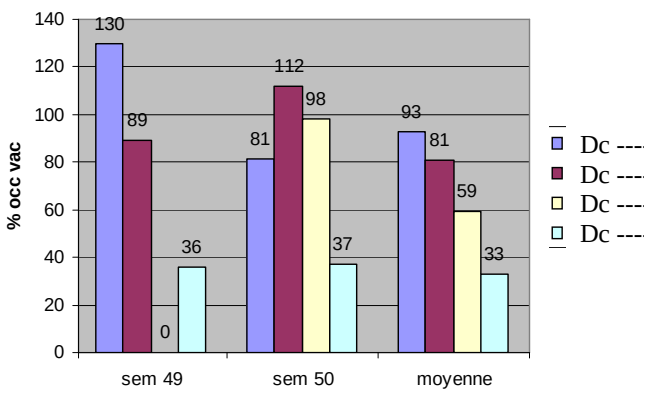
7 salles polyvalentes composent le bloc opératoires, accueillant de l'orthopédie, du viscéral, de l'ORL, de l'ophtalmologie, de la gynécologie, des endoscopies digestives et bronchiques, de l'urologie, de la stomatologie, de la cardiologie ainsi que des IVG. Le taux d'occupation mesuré en mars 2010 était de 72%, pour un taux d'ouverture de 56%. Principalement porté par les cadres du service, le projet avait pour objectifs de clarifier les différentes instances du bloc, réévaluer la bonne adéquation entre besoins et vacations offertes à chaque chirurgien, ainsi qu'une meilleure articulation du programme opératoire avec la prise en charge des urgences.

3 actions principales ont été menées :

 # La formalisation des instances de management du bloc : le conseil de bloc a été réinstallé, les utilisateurs du bloc et la personnel paramédical ont été informés, en revanche l'équipe projet n'a à ce jour pas eu accès à la CME.

 # La mise en place d'un recueil des taux d'occupations par chirurgien et spécialités : un recueil est dorénavant effectif et permet de chiffrer l'utilisation réelle que fait chaque opérateur de la vacation qui lui est offerte (ci-après un exemple de taux d'occupation de 4 chirurgiens orthopédistes sur 4 semaines)

Recueil des taux d'occupations par chirurgien



 # L'optimisation de la programmation : il s'est agit dans un 1er temps de réactualiser la cellule de programmation ainsi que la liste des acteurs devant y participer. La fiche de programmation a également été actualisée, la prochaine étape étant la démarche d'informatisation du bloc opératoire.

FICHE DE PROGRAMMATION
BLOC OPERATOIRE

IDENTITE :

Nom : Date de l'Intervention :
Prénom : Service d'Hospitalisation :
Date de naissance ou Age :
Sexe :

INTERVENTION	ANESTHESIE
CHIRURGIEN :	ANESTHESISTE :
Nombre d'Aide : Assistance Technique : Oui □ Non □	Transfusion : Oui □ Non □
INTITULE :	ALLERGIE : Diabète : Oui □ Non □ Autres :
COTE : INSTALLATION : DUREE :	ALR : Oui □ Non □ RACHI : Oui □ Non □ AG : Oui □ Non □
MATERIEL SPECIFIQUE :	RISQUE CREUTZFELD-JACOB Oui □ Non □ Cas Familiaux : Oui □ Non □ ATCD neuro-chirurgicaux : Oui □ Non □ Traitement à l'hormone de croissance : Oui □ Non □ Suspicion importante : Oui □ Non □
Anapath □ Extempo □ Ampli □ Risque Hémorragique □ Septique □	Signatures : Chirurgien : Anesthésiste :

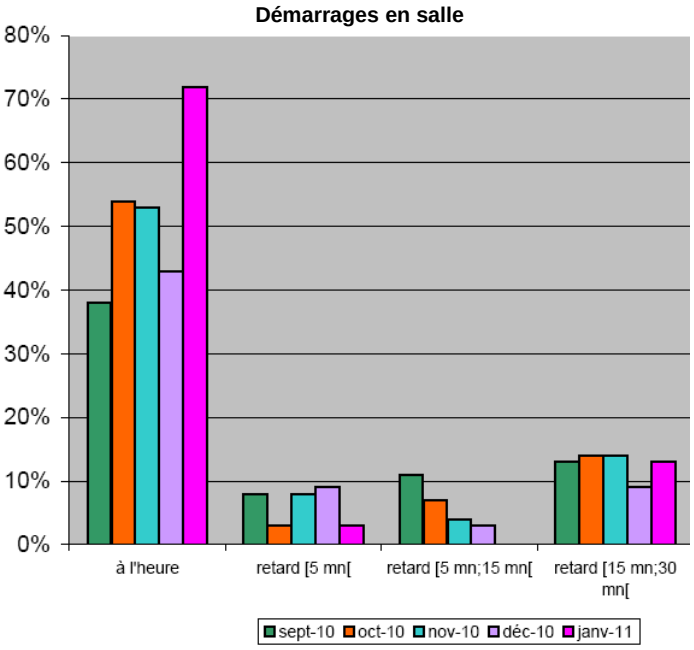
Au moment de la clôture du coaching, le ressenti des équipes est partagé : des résultats significatifs ont été obtenus, et le niveau d'information concernant l'activité du bloc est désormais élevé et permettrait de réaliser les ajustements qui s'imposent. Néanmoins, une implication variable des parties prenantes fait parfois ressentir aux cadres du bloc un certain isolement : un soutien institutionnel fort sera la meilleure garantie d'une poursuite de la dynamique et d'un maintien de la motivation de l'effectif encadrant du bloc. ■

Le CH d'Arpajon

Le bloc est composé de 4 salles, dont 1 d'urgence, pour des activités d'orthopédie, de viscéral, de gynécologie, d'ORL, de stomatologie et d'endoscopie. Si le taux d'ouverture initial est de 74%, l'occupation réelle du bloc mesurée au cours du benchmark est de 51%, constituant une préoccupation largement partagée. Des démarrages tardifs importants et un manque d'anticipation des absences des chirurgiens ont également motivé l'établissement à s'inscrire à la démarche de coaching.

Une équipe pluridisciplinaire a ainsi été constituée, dont la motivation et l'implication de chacun des membres a été particulièrement soulignée et appréciée. Cette équipe a articulé ses travaux autour des 3 axes suivants :

 # La réduction des démarrages tardifs : la mise en place et la diffusion des indicateurs sont désormais effectifs. Un diagramme de prise en charge du 1er patient de la journée a été entériné en conseil de bloc. De 38% initialement, c'est aujourd'hui 72% des entrées en salles qui sont à l'heure.



 # L'anticipation des absences : le principe « 1 mois à l'avance pour les absences courtes et 3 mois à l'avance pour les absences longues » a été entériné par le conseil de bloc. Le principe d'une « bourse à la vacation » au sein de la cellule hebdomadaire de programmation, pour combler les vacations inoccupées, est également en projet. A ce jour, l'occupation des plages s'en ressent : lissage des pics et creux d'activité, et attribution de plages supplémentaires sur demandes, faites maintenant régulièrement, en fonction des disponibilités.

 # L'amélioration des taux d'occupation des vacations : les taux réels d'occupation par spécialité, avec rétrospective complète de l'année 2010, ont été présentés en conseil de bloc. Des décisions de re-planification ont alors été prises, avec notamment une réattribution des plages non occupées pour les urgences par ordre d'arrivée (sauf urgences vitales). Les résultats sont au rendez-vous : changement des pratiques individuelles, meilleure intégration des urgences dans le planning opératoire, taux d'occupation en progression, 62% à la clôture du coaching contre 51% initialement.

Fortes de ces 1ers résultats, les équipes souhaitent poursuivre leurs travaux, toujours en maintenant un recueil et une diffusion large des indicateurs du bloc. Les grands chantiers des mois à venir seront la formalisation et l'intégration à la charte du bloc opératoire de la procédure d'anticipation des absences des chirurgiens, l'éventuel ajustement des plages opératoires en cas de nécessité (fonction des indicateurs produits), ainsi que l'informatisation de la gestion du bloc, avec présentation d'un logiciel aux membres du conseil de bloc à horizon mi-mars. ■

Le CH de Courbevoie Neuilly

Le centre hospitalier accueille des activités de chirurgie gynécologique, obstétricales et digestives, des endoscopies digestives et de la PMA au sein d'un bloc de 4 salles. En mars 2010, le benchmark met en lumière un taux d'ouverture de 74%, contre un taux d'occupation de 37%. L'absence d'indicateur et d'évaluation de l'activité fut une motivation pour la cadre, prenant alors ses fonctions, pour inscrire l'établissement à la démarche de coaching.

Accompagnée par une équipe projet constituée de représentants des chirurgiens, des anesthésistes et de la direction, la cadre de bloc a pris en main son service en menant principalement 4 actions :

 # L'implication de l'ensemble des acteurs au fonctionnement du bloc : après présentation des résultats du benchmark à la CME, une méthodologie de travail participative a été mise en place, impliquant l'ensemble du personnel du bloc, mais également les services économiques, la DRH, les services d'hospitalisation, les secrétariats, la pharmacie, etc. La responsabilisation de l'ensemble des intervenants est aujourd'hui acquise.

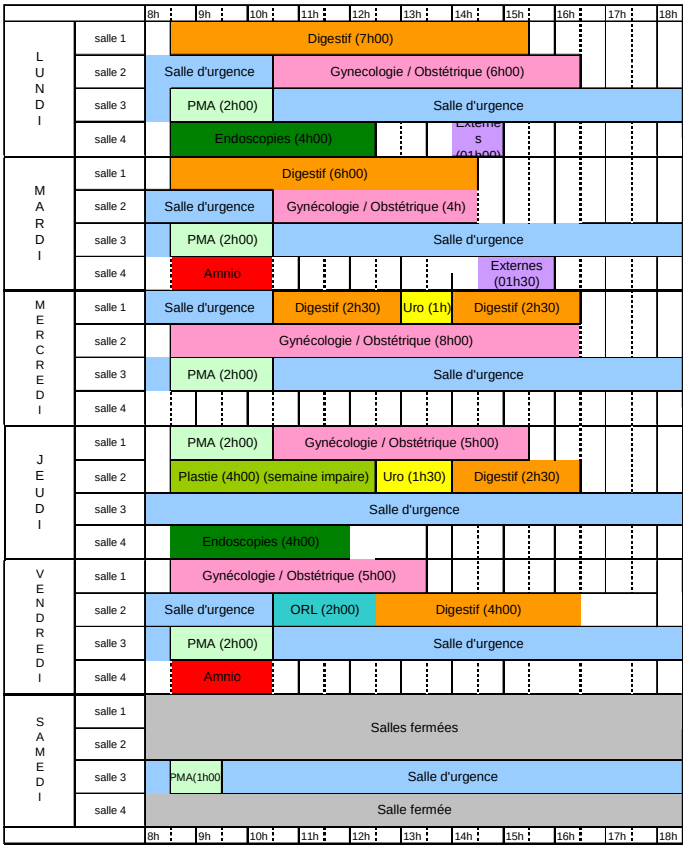
 # L'installation d'un outil informatique de mesure de l'activité opératoire : souhaitant disposer d'une grande visibilité sur l'activité au quotidien, de nombreux indicateurs ont été mis en places (7 relevés d'horaires / intervention, taux d'occupation dissocié selon urgences ou non, par salle, par activité, par spécialité, par opérateur, etc.). Le travail de saisie, certes fastidieux, permet aujourd'hui de disposer de statistiques exhaustives : il a par exemple permis d'identifier un taux d'occupation journée désormais de 67% (initialement à 37%, donnée benchmark 2010).

	JANVIER 2011
Temps moyen entre SSPI et entréeen salle	**29 minutes**
Intervalle (mn)	*Nombre d'interventions*	*Part*
0;10	54	22%
11;20	53	21%
21;30	56	22%
31;40	40	16%
41;50	18	7%
51;60	10	4%
+60mn	18	7%
Total intervention	249	100%

	JANVIER 2011
Temps moyen entre entrée en salle et incision	**15 minutes**
Intervalle (mn)	*bre d'intervent*	*Part*
0;5	107	38%
6;10	45	16%
11;15	34	12%
16;20	32	11%
21;30	41	15%
31;50	22	8%
Total interventions	281	100%

 # L'organisation de la programmation opératoire : la création d'une cellule de programmation hebdomadaire, de documents ad hoc pour les demandes de programmation à froid et en urgence, ainsi que la mise en réseau du programme opératoire avec précisés les items indispensables et disponibles, ont permis une meilleure anticipation des ressources humaines et matérielles à prévoir. Les absences de praticiens sont par exemple maintenant connues 2 mois à l'avance.

 # La mise en place de nouveaux temps de vacation offerts : une nouvelle maquette de vacation, plus en adéquation avec les besoins réels, a été proposée et validée par le conseil de bloc et la CME en fin d'année 2010.



Forte de ces résultats, l'équipe projet n'entend pas en rester là : les vacations offertes seront régulièrement revues (prochaine échéance juin 2011) afin de tenir compte de l'évolution des besoins, toujours en mouvement. Les supports facilitant l'organisation de la programmation continueront d'être déployés, ainsi que les tableaux de bords produits régulièrement. Enfin, une cellule de supervision de l'activité opératoire pluridisciplinaire (réunissant des opérateurs, mais pas uniquement) est en projet. ■

L'institut Curie – Hôpital Renée Huguenin

L'institut Curie – Hôpital Renée Huguenin abrite une activité de chirurgie oncologique, sénologique, viscérale, plastique et reconstructrice, ORL et Maxillo-faciale, endoscopie digestive et VVC au sein de 4 salles. Le benchmark de mars 2010 avait produit les indicateurs suivants : taux d'ouverture de 73%, taux d'occupation de 72 %, taux de débordement de 5% (notons qu'un benchmark interne FLNCC en juin 2010 avait produit des indicateurs sensiblement différents : taux d'ouverture de 62 % lié à la fermeture de vacation pour absence d'opérateurs non remplacés, pour un taux d'occupation 84%).

Une équipe projet très resserrée autour de la cadre du bloc avait alors identifié en mars un certain nombre de dysfonctionnements, un temps de vacation offert insuffisant compte tenu du taux d'interventions non programmées, ainsi qu'une organisation du programme opératoire en demi vacations ; puis en juin, la gestion non-anticipée des absences et congés des opérateurs, le surdimensionnement de plusieurs vacations avec un TROS insuffisant.

5 actions majeures ont été menées au cours des derniers mois :

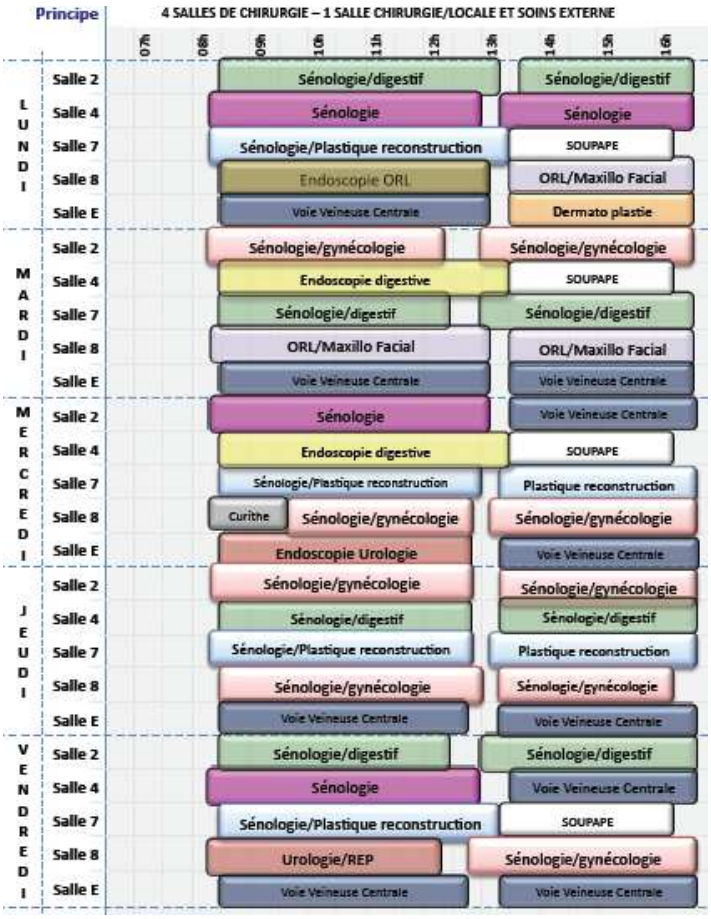
Le redimensionnement des vacations : une évaluation des taux d'occupation pour chaque spécialité a permis, dans le cadre d'une négociation, de proposer un nouveau planning cohérent et équilibré intégrant de plus un nouvel opérateur en chirurgie sénologique et gynécologique. Validé par le conseil de bloc, ce dernier devra être réévalué en juin 2011 au regard du TROS pour chaque spécialité.

La gestion des absences et des congés : un nouveau circuit de circulation de l'information a été « inventé », adossé à un outil « planning » global pour les équipes, présenté en conseil de bloc pour validation. Si l'adhésion de la direction et des services supports est totale, les acteurs du bloc restent partiellement à convaincre, ceux-ci faisant valoir le maintien d'une certaine « souplesse » de fonctionnement.

L'amélioration de la communication : l'ensemble des services supports et « clients » du bloc a été consulté, afin de recueillir les attentes et remarques de chacun. Les programmes opératoires, plannings des opérateurs et fermetures de salles en période de congés sont aujourd'hui largement diffusés, avec satisfaction des partenaires au sein de l'établissement.

La formalisation des instances : les missions de chaque instance sont en cours de redéfinition, avec rénovation de la charte du bloc. A l'heure de la clôture du coaching, l'échéancier est fixé.

L'optimisation de la programmation : le circuit de programmation a été formalisé, l'ensemble des acteurs responsabilisés, et l'activité contrôlée via des indicateurs qualité regroupés en un tableau de bord. Une diminution importante des déprogrammations du fait des opérateurs est aujourd'hui observée.



Si la réorganisation du bloc est largement entamée, la cadre/chef de projet insiste sur le caractère incompressible du temps de mise en œuvre des actions, de surcroît lorsqu'elles impactent le quotidien et les habitudes des acteurs : prendre en compte la culture de l'établissement dans la définition des priorités et du calendrier est un facteur essentiel de réussite, et guidera ses travaux pour les prochains mois. ■

La clinique de l'Estrée

Le bloc de la clinique de l'Estrée est composé de 10 salles : 3 salles en secteur septique, 5 salles en secteur aseptiques et 2 salles d'examens endoscopiques. L'organisation actuelle par secteur, le non respect des plages opératoires, le débordement constant, le retard tardif du démarrage du programme, l'augmentation constante de l'activité ont conduit la direction et la surveillante de bloc à participer au coaching du bloc opératoire.

Les actions menées furent les suivantes :

 # La formalisation des instances et la réactivation du conseil de bloc : un comité des utilisateurs du bloc et un conseil de bloc opératoire sont en place et validés par la CME. Le conseil de bloc se réunit tous les 2 mois et sa première mission a été de rédiger la nouvelle charte de bloc et de la faire appliquer.

 # Le dimensionnement des vacations : une étude réalisée sur 6 mois d'activité a permis de proposer une nouvelle cartographie avec un dimensionnement des plages opératoires en rapport avec leur activité. Elles sont en test jusqu'à la fin de l'année.

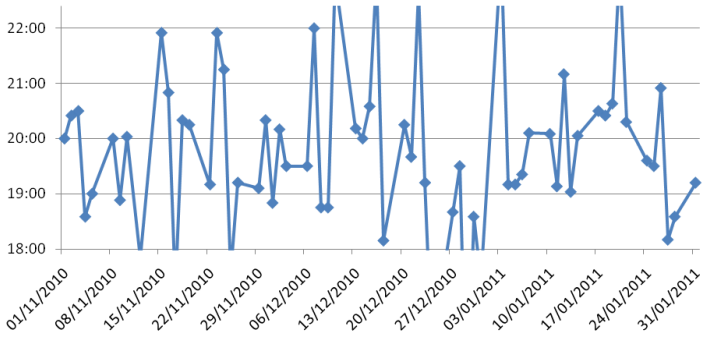
 # L'amélioration de la programmation : l'ensemble du circuit d'inscription a fait l'objet d'un audit et une nouvelle organisation est en place. Une cellule centralise l'ensemble des inscriptions et programmations au bloc opératoire avec une veille sur la validité des séjours. La fiche de « demande de programmation » est rendue obligatoire pour l'ensemble des praticiens, et la mise en place d'une gestion des lits a permis de faciliter l'ordonnancement des patients et de diminuer le temps de recherche de localisation des patients.

 # La mise en place d'indicateur de suivi. Sont retenus comme indicateurs :
(Par trimestre)
- Heure de sortie du dernier patient de salle d'intervention ;
- Heure de sortie du dernier patient par jour ;
- Nombre de patients présents en salle après 18h / après 20h ;
- Tableaux comparant l'heure
- programmée et l'heure réelle de
- l'intervention salle par salle ;
- Nombre de rajouts au programme.

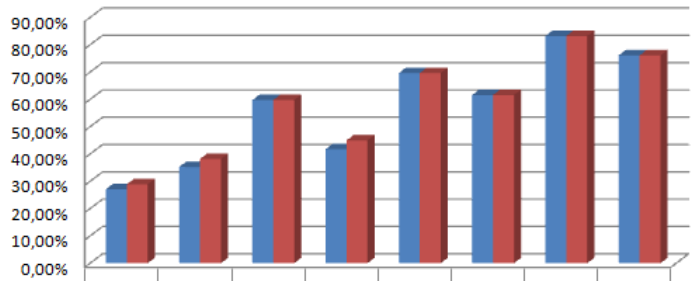
(Par semestre)
- Taux d'occupation des salles ;
- Démarrage du bloc opératoire.

L'équipe du bloc opératoire croit peu au changement et il est très difficile de faire de grandes avancées. Pendant la période d'accompagnement, la chef de bloc a donné sa démission et l'équipe a dû poursuivre ses actions sans véritable relais sur le terrain pour accompagner la démarche. Aujourd'hui, une nouvelle chefferie est en place et un plan d'actions pour l'année 2011 va pouvoir être défini sur cette nouvelle base. ■

Nombre de patients présents en salle après 18h / après 20h



Taux d'occupation par Salle 01/XX/2010 au 31/XX/2010



	ENDO1	ENDO2	SALLE1	SALLE4	SALLE5	SALLE6	SALLE7	SALLE8
Taux d'occupation global	27,09%	35,23%	59,75%	41,76%	69,65%	61,58%	83,20%	76,11%
Taux d'occupation/Vacation	28,90%	38,17%	59,75%	44,98%	69,65%	61,58%	83,20%	76,11%

Le CHI de Villeneuve Saint Georges

8 salles composent le bloc du CHI, avec comme activités principales l'orthopédie, le viscéral, l'urologie, la gynécologie, l'obstétrique, la chirurgie infantile, la stomatologie, l'ORL et l'ophtalmologie. Parmi les dysfonctionnements à l'origine de la participation de cet établissement au coaching, l'équipe projet avait identifié les débordements, démarrages tardifs, ainsi qu'un dimensionnement des vacations probablement à revoir.

Composée de 2 médecins, du cadre de bloc ainsi que du cadre supérieur en tant que représentant de la direction, l'équipe projet à mené au cours des 5 mois les actions suivantes :

 # Le redimensionnement des vacations : basée sur des statistiques antérieures sur 6 mois et en visant un taux d'occupation idéal de 80%, une nouvelle maquette de vacations, impactant les horaires des personnels paramédicaux, a été mise en place. Celle-ci s'est faite en 2 temps : élargissement des horaires d'ouverture dès janvier 2011, puis nouvelle répartition des vacations à compter de fin février 2011.

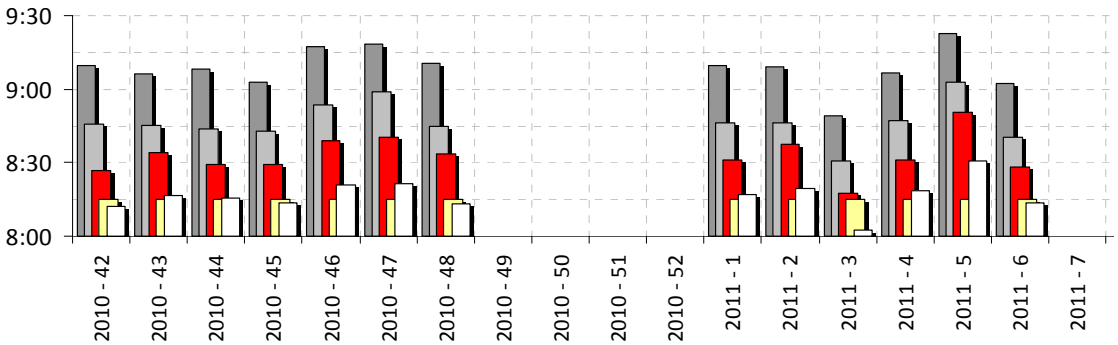
 # L'anticipation des absences : si les paramédicaux et anesthésistes sont déjà sensibilisés, un tableau partagé a été mis en place pour permettre aux chirurgiens de signaler à la communauté leurs vacances, congrès, etc. A ce jour, quasiment tous les chirurgiens ont donné des informations, qui restent néanmoins à compléter.

A l'heure de la clôture du coaching, la feuille de route de l'établissement demeure chargée : il s'agira de poursuivre le recueil d'indicateurs en routine, de revoir la planification des vacations tous les 6 mois pour prendre en compte des arrivées et départs des différents intervenants, ainsi que de nombreuses actions ayant trait à l'amélioration des conditions de prise en charge des patients de l'amont jusqu'à l'aval, et des conditions de travail des personnels médicaux comme paramédicaux. ■

Semaine **paire**

Salles		1	2	3	4	5	6	8	9	8ème	Effectifs MAR	IADE	IBODE
Lundi	Matin	Orthopédie	Urgences (Traumato)	Viscéral	Chirurgie Infantile>4 ANS	OPH /ALP	CMF	EU		Coloscopie			
	Après-midi	Orthopédie ⇨ 18h	Urgences (Traumato)	Viscéral ⇨ 18h	Urgences	OPH	CMF ⇨ 18h	EU		Coloscopie	7	9	9
Mardi	Matin	Orthopédie	Chirurgie Infantile	Viscéral	Gynécologie	OPH	Urgences	EU	ORL				
	Après-midi	Orthopédie ⇨ 18h	Chirurgie Infantile	Viscéral ⇨ 18h	Gynécologie	OPH	Urgences	EU	ORL		7	9	9
Mercredi	Matin	Orthopédie	Urgences (Traumato)	Viscéral	Urgences	OPH	CMF	EU		Coloscopie			
	Après-midi	Orthopédie⇨ 18h	Urgences (Traumato)	Viscéral ⇨ 18h	Urgences	OPH	CMF ⇨ 18h	EU		Coloscopie	7	9	9
Jeudi	Matin	Orthopédie	Chirurgie Infantile	Urgences	Gynécologie	OPH	CMF	EU	ORL				
	Après-midi	Orthopédie⇨ 18h	Chirurgie Infantile	Urgences	Gynécologie	OPH	CMF ⇨ 18h	EU	ORL		7	9	9
Vendredi	Matin	Orthopédie	Urgences (Traumato)	Viscéral			CMF	EU	ORL< 4 ans	Coloscopie			
	Après-midi	Orthopédie⇨ 18h	Urgences (Traumato)	Viscéral ⇨ 18h	Urgences		CMF ⇨ 18h	EU	ORL	Coloscopie	7	9	9

 # La maitrise des démarrages tardifs : un rappel à l'ensemble des acteurs du bloc ainsi qu'une modification de la charte de bloc ont été opérés. Les différents secrétariats et cadres des services de chirurgie ont également été sollicités pour limiter les retards liés à des problèmes en amont du bloc (admission non faites, accueil des patients le matin, etc.). Un suivi en routine permet d'évaluer et de cibler les causes de ces retards.

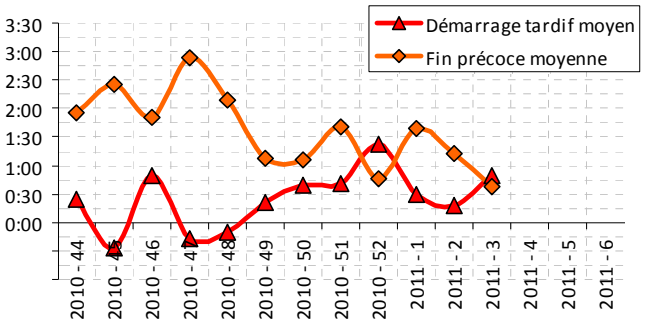


L'hôpital Saint Camille

L'hôpital Saint Camille dispose d'un bloc de 6 salles accueillant principalement de la chirurgie infantile, viscérale, urologique, orthopédique, des endoscopies, de l'ORL et de la rythmologie. Du benchmark de mars 2010 sont ressortis les indicateurs suivants : taux d'ouverture de 59%, taux d'occupation de 52 %, pour un taux de débordement de 4%. Les retards au démarrage du programme ainsi que le caractère non prévisible des vacances des chirurgiens étaient considérés comme pénalisant.

Un groupe projet resserré autour du directeur, du chef et du cadre de bloc a ainsi mené les actions suivantes :

La définition et le suivi d'indicateurs : un certain nombre de données simples (heure d'entrée en salle du premier malade, heure de sortie de salle du dernier malade, praticien concerné, etc.) est maintenant suivi en routine. Les indicateurs ainsi produits donnent dorénavant une visibilité sur les résultats obtenus, par exemple un taux d'occupation passé de 52% à 67%, et une évolution favorables des fins précoces :



L'informatisation du bloc : les équipes comptent beaucoup sur un projet d'informatisation, qui impactera grandement les procédures de planification et de programmation, et dont le cahier des charges est en cours d'écriture. Dans cette optique, la fiche de programmation doit également être revue.

Dans un futur proche, c'est essentiellement l'informatisation qui occupera principalement le groupe projet. Néanmoins, à cette occasion, une redéfinition des plages opératoires pour les programmés pourra être envisagée, ainsi qu'une augmentation des moyens attribués à la chirurgie urgente et semi-urgente. ■

L'HP de Thiais

Le bloc de l'hôpital privé de Thiais accueille dans ses 7 salles de multiples activités : orthopédie, ORL, ophtalmologie, viscéral, urologie, phlébologie, gynécologie, chirurgie dentaire, esthétique, gastro-entérologie. Les débordements et démarrages tardifs, dus majoritairement à des retards de praticiens et problèmes de brancardage, étaient des phénomènes récurrents.

Soutenue par la direction et le médecin président du conseil de bloc, la cadre du bloc nouvellement arrivée a mené les actions suivantes :

Le réaménagement de la planification et de la programmation : les horaires du bloc et des nouveaux créneaux opératoires ont été définis, et aujourd'hui respectés à 80%. Le programme opératoire est également arrêté à J-7. Un tableau d'information des praticiens est installé à côté de salle de repos, indiquant désormais les absences et congés des uns et des autres.

L'amélioration de la gestion RH : un planning du personnel équilibré, en adéquation avec les nouveaux créneaux opératoires, a été mis en place. Certains praticiens, régulièrement en retard, font également preuve dorénavant d'une plus grande ponctualité.

Le rapprochement du bloc avec les services « utilisateurs » : une collaboration avec le service ambulatoire a permis d'établir des créneaux horaires plus appropriés. Une procédure de communication des annulations et des urgences au chef de bloc a également été mise en place. La préparation des patients est anticipée pour assurer une présence au bloc selon les ordres de passage dans les horaires impartis.

La lutte contre les retards au programme : poursuivant l'objectif « chaque patient est à l'heure au bloc », des actions de sensibilisation ont été menées, avec pour conséquence la présence d'une équipe ponctuelle et complète dans la large majorité des cas. Quelques retards de praticiens sont encore à déplorer…

A l'heure de la clôture de la participation de cet établissement au coaching, des avancées significatives ont été obtenues et une dynamique positive est en place. ■

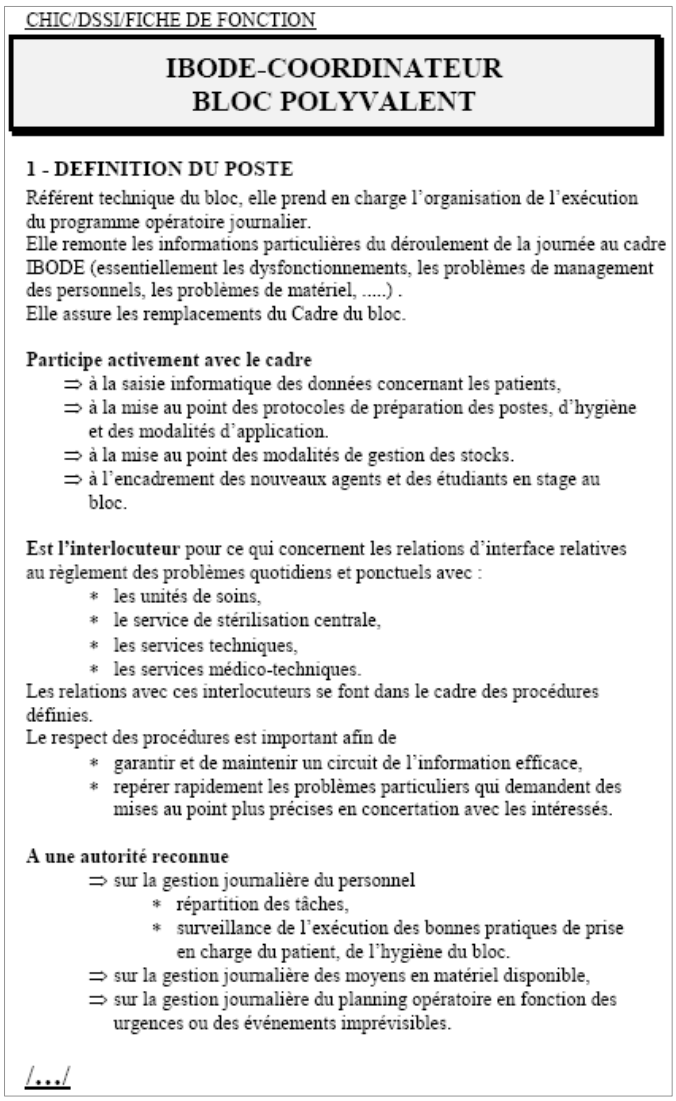
Le CHI de Créteil

Le CHI de Créteil réparti son activité opératoire sur 2 blocs pour un total 13 salles. L'un des blocs est polyvalent et accueille de la gynécologie, pédiatrie, stomatologie, urologie, plastie, digestif, pose de CIP, tandis que le 2nd bloc est dédié aux spécialités ORL et ophtalmologie. Avec un taux d'occupation de 91% et des taux de débordement respectivement de 15% pour le bloc polyvalent et 5% pour le bloc des spécialités, la performance de cet établissement est avérée.

Malgré tout, des améliorations peuvent être envisagées par les équipes, et notamment un meilleur respect des règles d'ordonnancement du programme (anesthésies locales, externes, ambulatoires tardifs), l'affinement du dimensionnement des vacations et la mise en place d'indicateurs en routine supplémentaires (taux de retard au démarrage et taux de débordement).

L'équipe projet, pilotée par un binôme chef de bloc / cadre de bloc motivé et dynamique, a souhaité placer sa participation au coaching sous le signe du partage d'information et d'expérience et de la poursuite d'une démarche d'ores-et-déjà engagée dans le cadre de la certification v2010 passée avec succès.

L'action principale a été la **mise en place d'une commission de validation des programmes opératoires** : celle-ci est désormais effective, le respect et la transparence des décisions étant aujourd'hui avérée à 100%.



CHIC/DSSI/FICHE DE FONCTION

IBODE-COORDINATEUR
BLOC POLYVALENT

1 - DEFINITION DU POSTE

Référent technique du bloc, elle prend en charge l'organisation de l'exécution du programme opératoire journalier.
Elle remonte les informations particulières du déroulement de la journée au cadre IBODE (essentiellement les dysfonctionnements, les problèmes de management des personnels, les problèmes de matériel, ...) .
Elle assure les remplacements du Cadre du bloc.

Participe activement avec le cadre

⇒ à la saisie informatique des données concernant les patients,
⇒ à la mise au point des protocoles de préparation des postes, d'hygiène et des modalités d'application.
⇒ à la mise au point des modalités de gestion des stocks.
⇒ à l'encadrement des nouveaux agents et des étudiants en stage au bloc.

Est l'interlocuteur pour ce qui concernent les relations d'interface relatives au règlement des problèmes quotidiens et ponctuels avec :

* les unités de soins,
* le service de stérilisation centrale,
* les services techniques,
* les services médico-techniques.

Les relations avec ces interlocuteurs se font dans le cadre des procédures définies.
Le respect des procédures est important afin de

* garantir et de maintenir un circuit de l'information efficace,
* repérer rapidement les problèmes particuliers qui demandent des mises au point plus précises en concertation avec les intéressés.

A une autorité reconnue

⇒ sur la gestion journalière du personnel
  * répartition des tâches,
  * surveillance de l'exécution des bonnes pratiques de prise en charge du patient, de l'hygiène du bloc.
⇒ sur la gestion journalière des moyens en matériel disponible,
⇒ sur la gestion journalière du planning opératoire en fonction des urgences ou des événements imprévisibles.

/.../

La feuille de route de cet établissement pour les mois à venir consistera à poursuivre une démarche vertueuse déjà en place : révision régulière de la charte des blocs opératoires, redimensionnement des vacations pour tenir compte des évolutions d'activité, amélioration de la communication interprofessionnelle. ■

Le CH d'Argenteuil

Le bloc opératoire du centre hospitalier dispose de 7 salles, dont en fait 5,4 sont réellement utilisées. Les activités abritées par le bloc sont la chirurgie digestive, urologique, vasculaire, thoracique, gynécologique, plastique et stomatologique. Avec un taux d'ouverture de 72% et un taux d'occupation de 81% en programmé, cet établissement dispose d'indicateurs favorables : néanmoins, quelques difficultés dans la prise en charge des urgences, la gestion du personnel, ou encore la discipline des médecins quant à la communication de leurs absences, ont incité une équipe pluridisciplinaire (anesthésiste présidente du conseil de bloc, ingénieur de bloc et direction des soins) a se porter candidat pour la démarche de coaching.

3 actions principales ont alors été menées :

Le redimensionnement de la grille des vacations : une étude de l'activité de 2010 (programmée et non programmée) a entrainé la création d'une nouvelle grille, disposant notamment d'une vacation d'urgence de 9 heures. Cette nouvelle grille a été acceptée en conseil de bloc et par la direction sous réserve d'un « recalibrage » des ressources humaines.

L'adaptation des plannings des personnels paramédicaux à l'activité : l'optimisation de l'utilisation des ressources doit permettre de limiter les heures supplémentaires et redéployer du temps-agents de manière pertinente. Ce travail est actuellement en cours de réalisation par l'ingénieur de bloc.

La réalisation d'un bilan mensuel par spécialité chirurgicale : adressé désormais aux chefs de pôle et chefs de service concernés, ces bilans mentionnent la facturation des heures de bloc attribuées (selon un tarif issu de la base d'Angers), la facturation des heures supplémentaires, plus un forfait « permanence des soins ». Cette démarche a été approuvé en conseil de bloc.

Une réflexion sur une coopération entre l'hôpital d'Eaubonne et celui d'Argenteuil pour une PDS alternée a également été entamée (plusieurs réunions de concertation ont eu lieu), action en cours qui devra être poursuivie dans les mois à venir. ■

A noter, les établissements suivants n'ont pas formalisé de bilan :

– GH Lariboisière : équipe projet non présente lors de la réunion de clôture ;
– Fondation Rothschild : non représentée lors de la réunion de clôture ;
– CH Sud Essonne : non représenté lors de la réunion de clôture ;
– HP Nord parisien : s'est désengagé très tôt du dispositif, préférant concentrer ses efforts sur la démarche de certification en cours.

Ambitieuse, la présente démarche repose sur l'hypothèse que les professionnels hospitaliers sont parfaitement capables de prendre à bras le corps l'organisation de leur appareil de production, si tant est de s'inscrire dans une dynamique motivante et d'avoir quelques éléments de méthodologie

Dans cet esprit, Le soutien de l'ARS ne se concrétise finalement que par :

- Un cadre de travail organisant une dynamique commune au sein de plusieurs établissements simultanément ;
- Les 5 rendez-vous mensuels ayant jalonné le dispositif, avec les éléments d'aide décrits dans l'onglet « actions de soutien » ;
- Le suivi assuré par des référents en délégations territoriales.

A l'heure de la clôture de ce coaching, un bilan « méthodologique » s'impose.

Des ajustements sont à prévoir

La démarche proposée aux établissements franciliens était ambitieuse, celle-ci consistant à accompagner le plus grand nombre avec un minimum de ressources. Le corolaire était donc de proposer un calendrier rigide, facilitant les points de rendez-vous entre établissements, et une trame d'actions établies à l'avance, et donc pas forcément adaptées aux problématiques locales de chacun.

Globalement, les équipes projets semblent satisfaites de leur participation, les réserves émises lors du bilan général pouvant être synthétisées comme suit :

- Le groupe, constitué initialement de 18 établissements, avec souvent plusieurs participants par établissement, était nombreux, peut-être trop. En effet, au-delà d'une taille critique, les tours de table et échanges peuvent parfois devenir pesant : avec du recul, il aurait peut-être été opportun de scinder le groupe (parfois 50 participants) en 2 sous-groupes, éventuellement en associant dans ces sous-groupes des établissements aux problématiques similaires ;

- La place laissée aux tours de table lors des réunions au siège ARS était, de part la taille du groupe, peut-être trop importante. En effet, s'il est intéressant pour tout un chacun de connaître les avancées et difficultés des autres, cela a pu se faire au détriment du temps accordé aux ateliers de travail, qui eux devaient faire l'objet de réelles productions individuelles ou de groupe ;

- Les ateliers de travail proposés ne faisait pas l'objet d'une animation. En effet, ne disposant pas de ressources pour animer chaque atelier de travail, les groupes étaient parfois laissés seuls avec consignes et documents supports, mais sans l'aide externe d'un animateur garant de la productivité de l'atelier ;

- Par ailleurs, les ateliers auraient pu être préparés plus en amont par les participants : par exemple en présentant les supports et principes d'une réunion sur l'autre, pour permettre à chacun de préparer des productions individuelles assurant une meilleure efficacité en groupe de travail ;

- Enfin, le manque d'appui sur le terrain a été mentionné. Malheureusement inenvisageable pour l'ensemble des établissements dans la configuration actuelle et compte tenu des ressources dont nous disposons, certains rappellent qu'une intervention externe « sur site » peut parfois être grandement utile aux équipes. ■

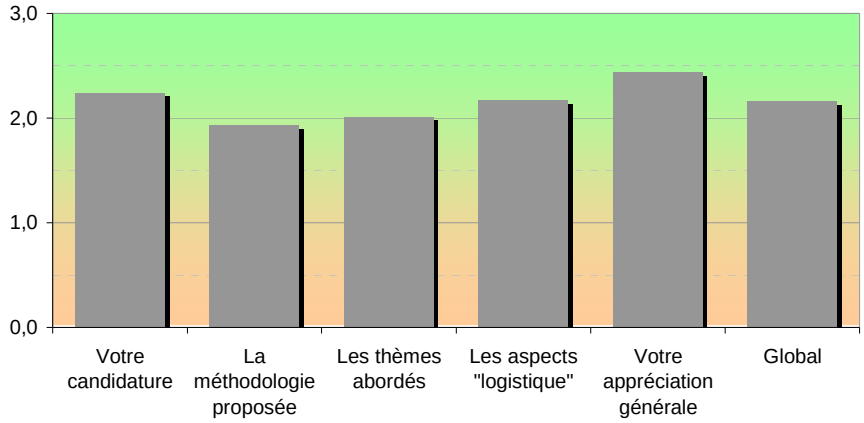
Les participants sont globalement satisfaits

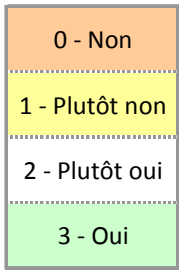
En guise de conclusion, la conception de tout dispositif se heurte toujours au dilemme suivant : un accompagnement fin et soutenu pour peu d'établissements, ou un accompagnement plus léger mais impactant un plus grand nombre d'établissements. Au regard des résultats exposés ci-avant, et compte-tenu des évaluations finales (page suivante), il nous semble que le format « coaching » tel que mis en œuvre entre octobre 2010 et mars 2011 est, hormis les réserves émises ci-avant, relativement pertinent : le meilleur soutien que l'on puisse offrir aux professionnels hospitaliers n'est pas de l'expertise supplémentaire, mais bel et bien une dynamique de changement, un cadre de travail et un espace d'échange inter-établissements.

Il va de soi que les prochains dispositifs qui pourront être déployés par la cellule performance tiendront naturellement compte des remarques formulées par le présent groupe, qui en un sens a « essuyé les plâtres »…

Ci-après la synthèse des réponses à un questionnaire d'évaluation anonyme rempli par les établissements partenaires (1 questionnaire par établissement). ■

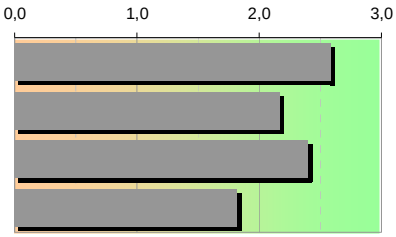
La synthèse





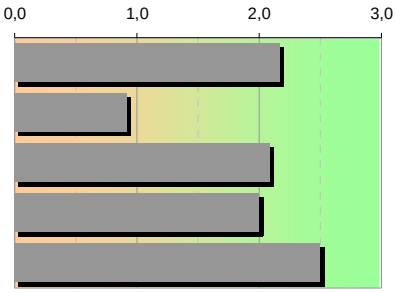
Votre candidature

1	Votre candidature à ce chantier a été motivée par votre participation au précédent benchmark ARSIF ?	
2	Votre candidature a été portée conjointement par la direction et les professionnels de santé ?	
3	Votre candidature a fait l'objet d'un large consensus auprès des personnes qui auraient à être impliquées dans le projet ?	
4	Votre candidature a fait l'objet d'une communication insitutionnelle en amont (CME, réunion de direction, réunion de pôle, etc.) ?	



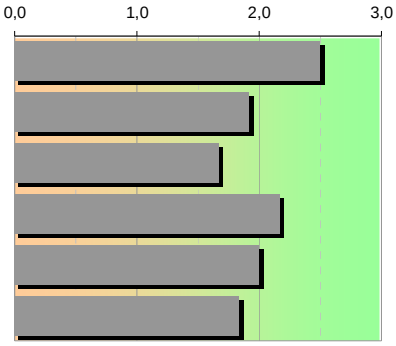
La méthodologie proposée

1	Le principe de "coaching" (réunions plénières + autonomie sur site) vous parrait-il pertinent ?	
2	Le nombre de partipants aux réunions plénières vous semble-t-il adéquat ?	
3	Les outils et suports délivrés vous semblent-ils une aide suffisante pour mener vos actions de manière autonome ?	
4	La durée du chantier (5 mois) vous semble-t-elle adaptée ?	
5	La fréquence des réunions plénières (1 / mois) vous semble-t-elle raisonnable ?	



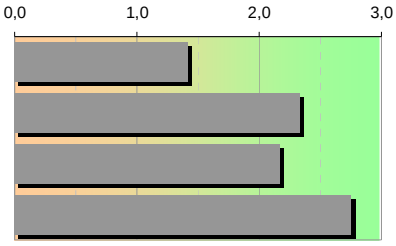
Les thèmes abordés

1	Les axes de travail proposés ont-ils été pertinents au regard de vos propres problématiques ?	
2	Les tours de table et points d'avancement de chaque participant vous ont-ils apporté une aide dans votre propre démarche ?	
3	Les ateliers de travail (productions en petits groupes) ont-ils traités de sujets importants pour vous ?	
4	Les témoignages d'intervenants vous ont-ils apportés des éléments vous ayant servi pour vos propres travaux ?	
5	Estimez-vous que les supports "métiers" (grilles de recueil d'indicateurs, diagrammes vierges, matrices avantage / inconvénients, etc.) vous ont été utiles ?	
6	Estimez-vous que les supports "gestion de projet" (feuille équipes, fiches action vierges, cartographies, etc.) vous ont été utiles ?	



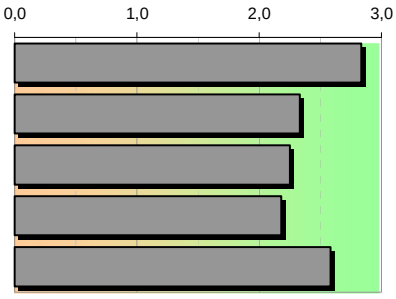
Les aspects "logistique"

1	Les réunions plénières vous ont-elles parues équilibrées entre témoignages et travaux de groupe ?	
2	Les réunions plénières étaient-elles selon vous assez rythmées ?	
3	Les horaires et lieux des réunions étaient-ils adaptés à vos propres contraintes ?	
4	Les supports (diaporamas, outils délivrés) vous ont-ils semblé être de qualité ?	



Votre appréciation générale

1	Etes-vous globalement satisfait de votre participation à ce dispositif ?	
2	Les journées étaient-elles globalement interessantes et équilibrées ?	
3	Le dispositif vous a-t-il permis de progresser et d'obtenir des avancées significatives dans vos organisations ?	
4	A l'heure de la clôture, le dispositif vous a-t-il permis d'obtenir des résultats tangibles et chiffrés ?	
5	Recommanderiez-vous à un confrère / collègue de participer à un tel dispositif ?	



la santé en Île-de-France

www.ars.iledefrance.sante.fr