

## Coaching Blocs

« Optimiser l'organisation des blocs opératoires :  
Manager, planifier, programmer »

**Le dispositif v1.2**

Mise à jour : 6 janvier 2011

Rédacteurs :

- Pierre-Etienne Haas, 01 44 02 05 96, [pierre-etienne.haas@ars.sante.fr](mailto:pierre-etienne.haas@ars.sante.fr)

Modifications :

- Par rapport à la version 1.0 : numéros de téléphone / dates des jalons 4 et 5
- Par rapport à la version 1.1 : schéma d'organisation du bloc / ordres du jour des jalons 0 à 5 / partie indicateurs

**Plan :**

<b>1. Avant-propos .....</b>	<b>4</b>
<b>a. Le benchmark : prologue à l'action .....</b>	<b>4</b>
a.1. La démarche	4
a.2. L'Île-de-France	5
<b>b. La concrétisation du soutien de l'ARS Île-de-France : le coaching.....</b>	<b>7</b>
b.1. L'orientation	7
b.2. L'expertise	7
b.3. Le principe du coaching	7
b.4. Le dispositif en quelques lignes	8
<b>c. Le réseau de partenaires.....</b>	<b>9</b>
c.1.  La Cellule Performance	9
c.2.  Les référents DT	9
c.3.  Les établissements participants	10
<b>2. Le contenu des travaux.....</b>	<b>11</b>
<b>a. Le management.....</b>	<b>13</b>
a.1.  Formaliser les instances	13
a.2.  Mettre en place un tableau de bord	14
<b>b. La planification .....</b>	<b>19</b>
b.1.  Dimensionner les vacations	19
b.2.  Anticiper les absences RH	22
<b>c. La programmation.....</b>	<b>23</b>
c.1.  Améliorer la fiche de programmation	23
c.2.  Optimiser le circuit de demande	25

<b>3. L'ordonnancement des travaux, jalon par jalon .....</b>	<b>27</b>
<b>a.</b>  <b>Le calendrier .....</b>	<b>27</b>
<b>b.  <b>Jalon 0 : la préparation / référents DT .....</b></b>	<b>28</b>
b.1. Quand-Où-Qui-Quoi ?	28
b.2. L'ordre du jour de la réunion	28
<b>c.  <b>Jalon 1 : le lancement / établissements .....</b></b>	<b>29</b>
c.1. Quand-Où-Qui-Quoi ?	29
c.2. L'ordre du jour de la réunion	29
<b>d.   <b>Travaux du jalon 1 au jalon 2 : la feuille de route.....</b></b>	<b>30</b>
d.1. L'objectif	30
d.2. La check-list	30
d.3. Les réunions internes	30
<b>e.  <b>Jalon 2 : point d'étape .....</b></b>	<b>32</b>
e.1. Quand-Où-Qui-Quoi ?	32
e.2. L'ordre du jour de la réunion	32
<b>f.   <b>Travaux du jalon 2 au jalon 3 : la feuille de route.....</b></b>	<b>33</b>
f.1. L'objectif	33
f.2. La check-list	33
<b>g.  <b>Jalon 3 : point d'étape .....</b></b>	<b>34</b>
g.1. Quand-Où-Qui-Quoi ?	34
g.2. L'ordre du jour de la réunion	34
<b>h.   <b>Travaux du jalon 3 au jalon 4 : la feuille de route.....</b></b>	<b>35</b>
h.1. L'objectif	35
h.2. La check-list	35
<b>i.  <b>Jalon 4 : point d'étape .....</b></b>	<b>36</b>
i.1. Quand-Où-Qui-Quoi ?	36
i.2. L'ordre du jour de la réunion	36
<b>j.   <b>Travaux du jalon 4 au jalon 5 : la feuille de route.....</b></b>	<b>37</b>
j.1. L'objectif	37
j.2. La check-list	37
<b>k.  <b>Jalon 5 : clôture et bilan.....</b></b>	<b>38</b>
k.1. Quand-Où-Qui-Quoi ?	38
k.2. L'ordre du jour de la réunion	38

## 1. Avant-propos

---

### *a. Le benchmark : prologue à l'action*

---

#### a.1. La démarche

Début 2010 a été mené par l'ARH une démarche régionale de benchmark des blocs opératoires, sur la base du volontariat. Les grands indicateurs sur lesquels les établissements ont été comparés sont :

- Le taux d'ouverture (en %),
- Le taux d'occupation (en %),
- Le temps de débordement (en heure),
- Les distributions de démarrages tardifs et de fins précoces,
- Le volume d'ICR par heure,
- Etc.

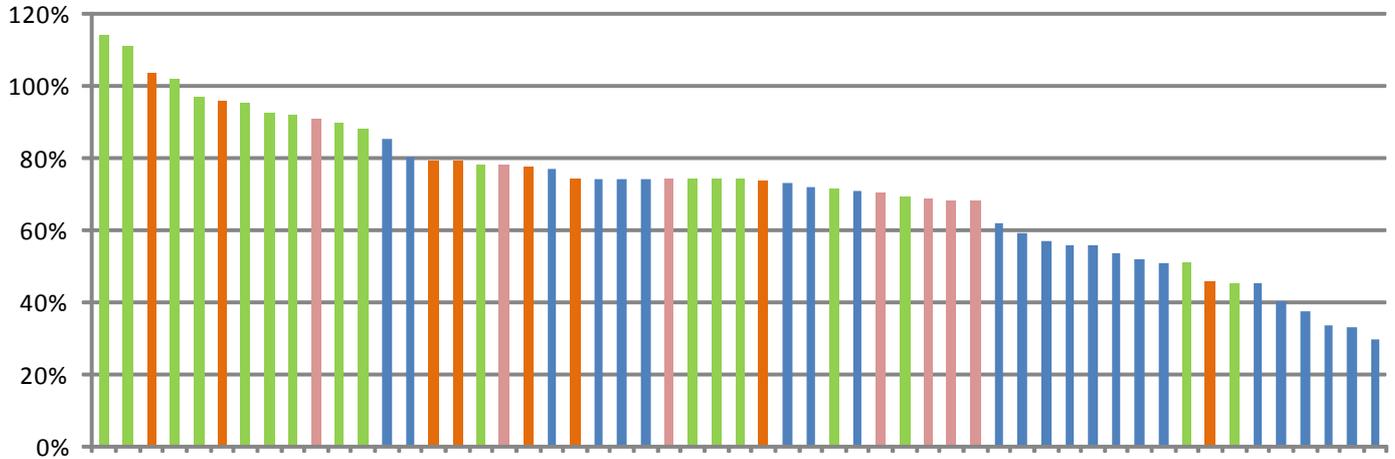
Les résultats font l'objet d'une restitution régionale le 8 septembre 2010 :

- 55 établissements participants (80 blocs, 445 salles) publics, ESPIC et privés ;
- Une fiche synthétique individuelle est adressée à chaque établissement participant, reprenant l'ensemble de ses indicateurs ;
- La présentation des résultats non anonymisés en séance plénière.

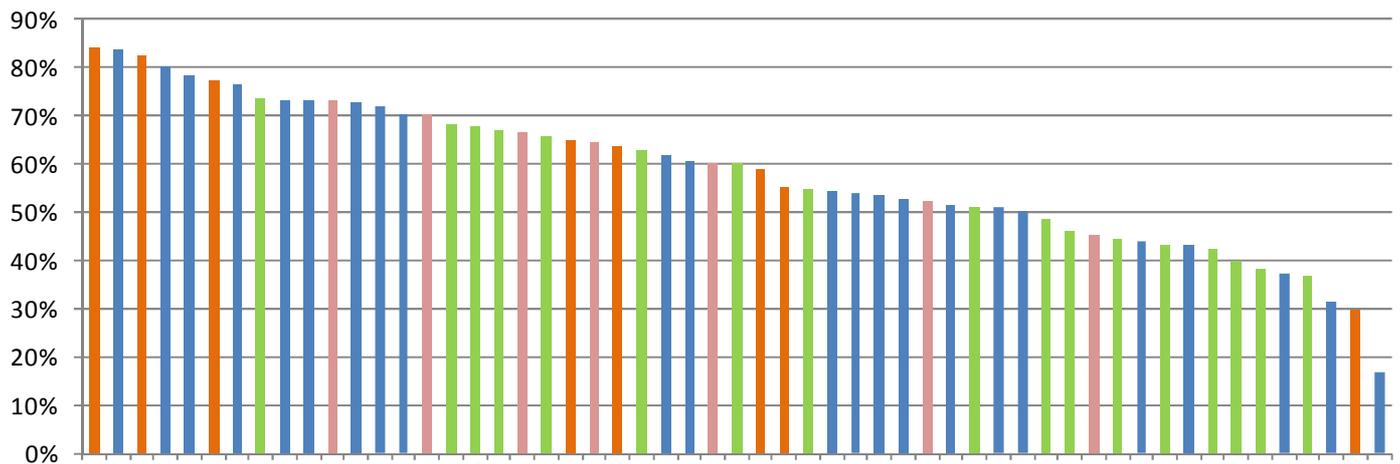
## a.2. L'Île-de-France

Outre l'exploitation que chaque établissement peut faire des données de sa fiche synthétique, les principaux enseignements à l'échelle de la région sont (cf. résultats consolidés Île-de-France) très contrastés.

### Taux d'ouverture (= Temps de vacation offerts / Temps standard MeaH)



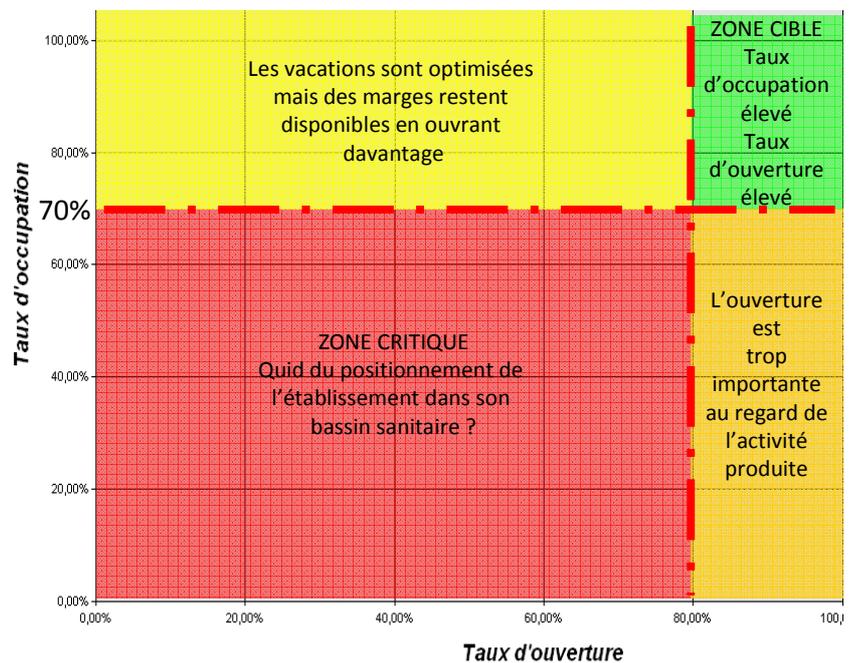
### Taux d'occupation (= Temps réel d'occupation des salles / Temps de vacation offerts)



#### Légende :

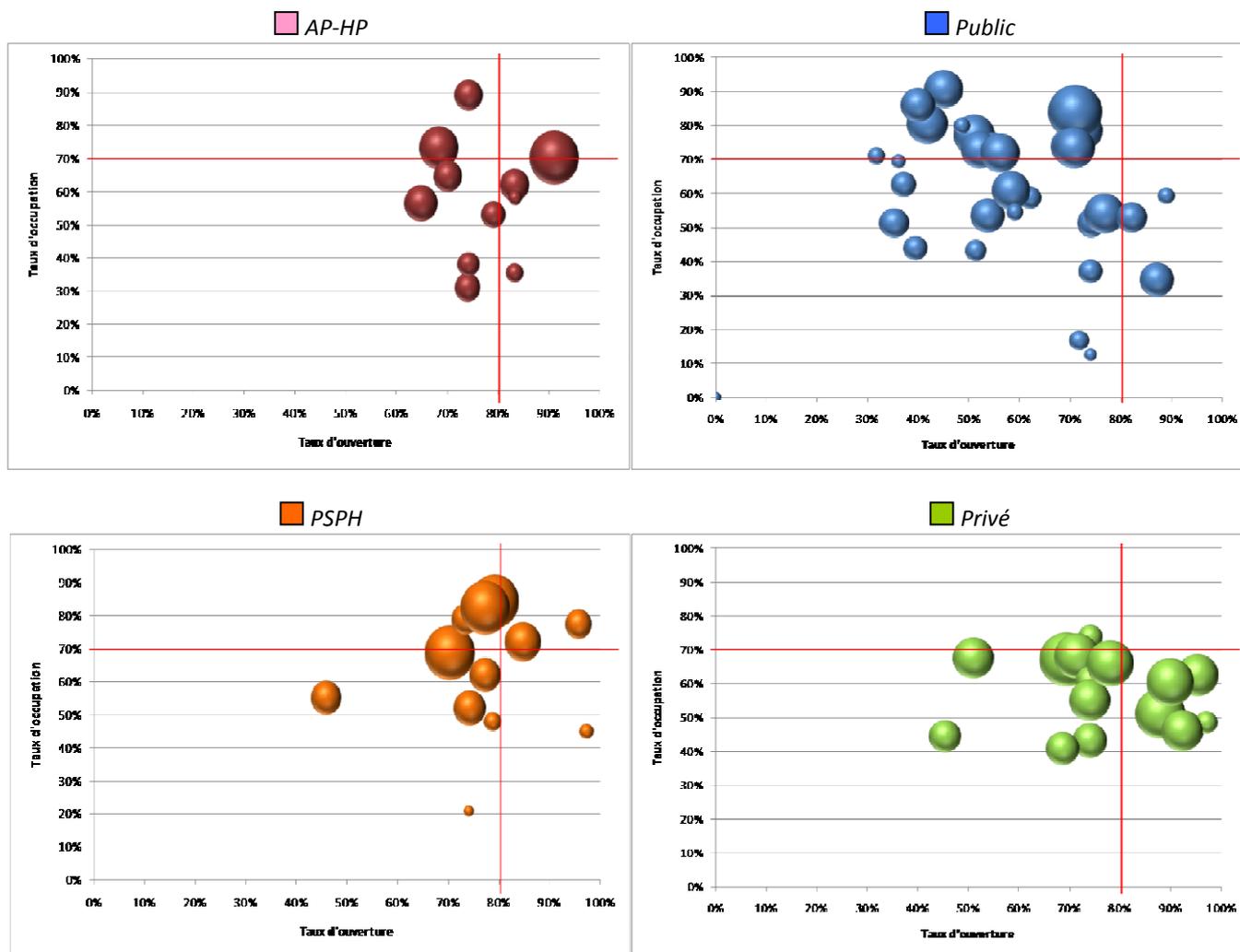
- AP-HP
- Public
- PSPH
- Privé

Ces 2 taux peuvent être croisés afin d'obtenir une évaluation globale des établissements franciliens, selon la grille de lecture ci-contre :



Ainsi, les résultats globaux de l'Île-de-France sont les suivants (taille de la bulle = nombre d'interventions sur les 4 semaines de mesure) :

### Taux d'ouverture & taux d'occupation



L'ensemble des résultats est disponible dans le document « résultats consolidés », disponible sur demande à compter du 8 septembre.

- ➔ A disposition :      Fiches synthétiques des établissements
- ➔ A disposition :  Résultats consolidés
- ➔ A disposition :  Base de l'ensemble des données collectées (fichier Excel)

## ***b. La concrétisation du soutien de l'ARS Île-de-France : le coaching***

---

### **b.1. L'orientation**

Nous avons souhaité que ce benchmark soit l'occasion pour les responsables de blocs opératoires participants de lancer des actions d'optimisation de leurs organisations :

- Une démarche basée initialement sur le volontariat ;
- Démarrage rapide pour utiliser la restitution du benchmark comme tremplin ;
- Volonté de s'appuyer sur des référents en DT de proximité pour porter la démarche au plus près du terrain.

Nous nous sommes ainsi orientés vers une démarche de coaching.

### **b.2. L'expertise**

Pour préparer le dispositif présenté ci-après, nous nous sommes appuyés sur les travaux menés par la MeaH (Mission d'expertise et d'audits hospitaliers) :

- Chantiers « pilote » et « déploiement » - accompagnement et réorganisation de près de 150 blocs opératoires :
  - o Rapports d'étapes ;
  - o Rapports de fin de mission ;
  - o Guide de bonnes pratiques organisationnelles.
- Chantiers « coaching blocs » - 9 mois d'accompagnement + 14 journées de formation par des sociétés d'appui-conseil :
  - o Cahier des clauses techniques particulières ;
  - o Modules de formation.

➔ En consultation : <http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=1121>

➔ En consultation : <http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/index.php?id=664>

Nous avons également dialogué et fait valider les options retenues par des experts du secteur :

- Consultants intervenant sur les chantiers blocs (Adopale) ;
- Médecins inspecteurs de l'ARS.

L'ensemble des éléments a été repris et adapté aux orientations et aux ambitions du dispositif de coaching ARS : les actions présentées plus loin dans le document sont donc issues d'un retour d'expérience et ont d'ores et déjà été approuvées par les professionnels.

### **b.3. Le principe du coaching**

Ce dispositif vise à apporter un soutien méthodologique aux projets de changement impulsés par les établissements ayant participé (ou non) au benchmark. Il repose sur un concept simple : faire avancer les établissements au même rythme, autour d'objectifs partagés, et avec un programme de travail commun, précis et déterminé à l'avance. Le succès de ce type de dispositif repose sur des points d'avancement fréquents et rapprochés, un partage d'expériences et un rapprochement des établissements ayant des problématiques similaires, stimulés par une communication régulière sur l'état d'avancement général à l'ensemble des participants.

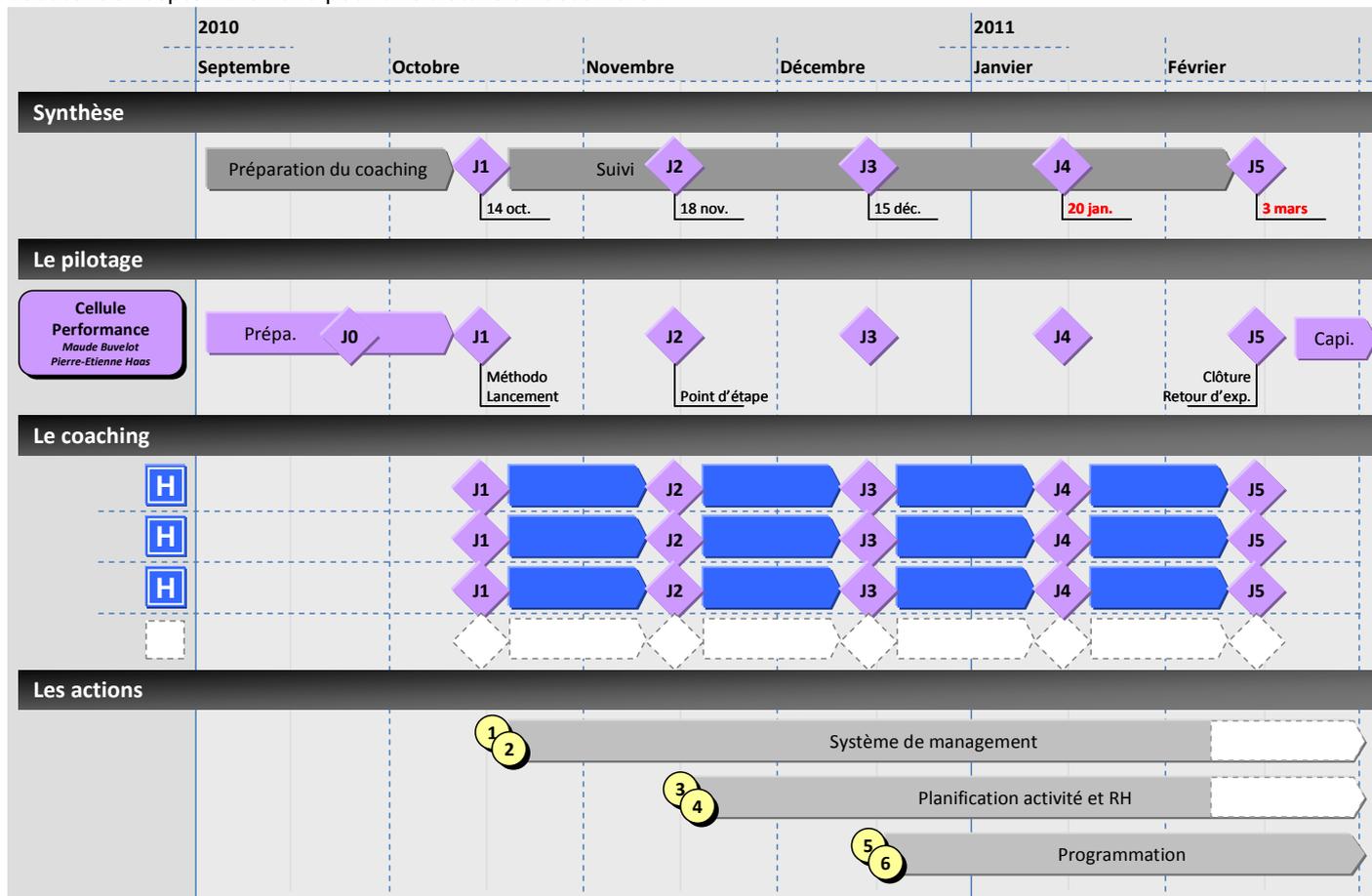
La méthode est la suivante :

- Restriction des travaux à un ou plusieurs grands axes d'amélioration déterminés à l'avance :
  - o Ici : « **Optimiser l'organisation des blocs opératoires : manager, planifier, programmer** ».
- Détermination d'un programme de travail précis et commun pour l'ensemble des établissements ;
  - o Cf. Jalons exposés plus loin dans le document.
- Suivi de l'avancement des travaux des établissements par des référents DT.

➔ A disposition :  Présentation du cadrage projet lors de la réunion de restitution du 8 septembre 2010

#### b.4. Le dispositif en quelques lignes

Les mois de juillet et août 2010 permettent à la cellule performance de préparer le dispositif. Les travaux opérationnels débutent en septembre 2010 pour une clôture en décembre :



, , , etc.

**Etablissements** participant à la démarche :

- 1 à 3 établissement volontaire / référent DT.

Réunion de **préparation / référents DT** au siège ARS, avec l'ensemble des référents DT :

- Présentation des bonnes pratiques organisationnelles, des outils, du calendrier et de la méthode de travail.

Réunion de **lancement / établissements** au siège ARS, avec l'ensemble des référents DT et des responsables établissements :

- Présentation des bonnes pratiques organisationnelles, des outils, du calendrier et de la méthode de travail.



**Suivi sur sites** :

- Les équipes projet des établissements mènent les travaux au sein de leurs services, avec suivi et appui si nécessaire du référent DT.

x 3

**Points d'avancement** réguliers au siège ARS, avec l'ensemble des référents DT et des responsables établissements :

- Point téléphonique préalable avec les référents DT pour préparer la réunion,
- Suivi du projet, état d'avancement et freins éventuels, mise en commun des expériences.

Réunion de **clôture** au siège ARS, avec l'ensemble des référents DT et des responsables établissements :

- Bilan du projet, capitalisation et suite à donner aux travaux.

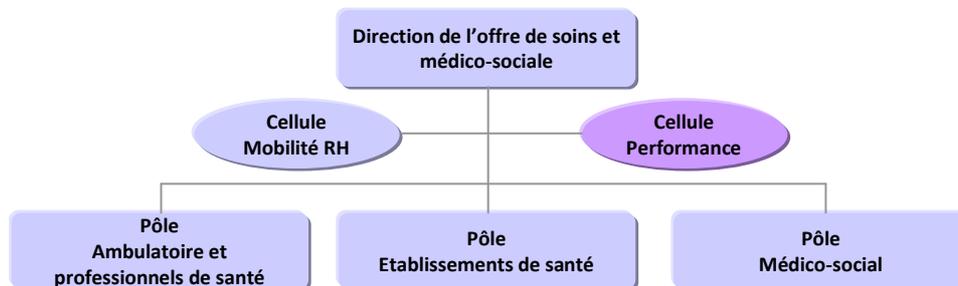
La charge de travail de chaque référent DT (médecin et/ou inspecteur de santé publique) est estimée à **10 à 15 jours sur 4 mois pour suivre 2 établissements**.

## c. Le réseau de partenaires

### c.1. Cellule Perf. La Cellule Performance

Le pilotage du projet est assuré à la Cellule Performance de l'ARS par :

- Pierre-Etienne Haas, 01 44 02 05 96, [pierre-etienne.haas@ars.sante.fr](mailto:pierre-etienne.haas@ars.sante.fr)



La Cellule Performance prend à sa charge :

- La conception des documents de cadrage, des supports méthodologiques et des éventuelles grilles de recueil ;
- La détermination du calendrier de la démarche ;
- L'organisation des jalons :
  - o Calage des réunions / jalons 0, 1, 2 et 3 au siège ;
  - o Diffusion de supports « points d'étapes » à l'ensemble du réseau après chaque jalon.
- La réalisation du bilan de la démarche (capitalisation des succès et échecs en vue de prochaines démarches).

Le choix des établissements participants à la démarche est bien entendu sous réserve d'avis et d'approbation des DT. Par ailleurs, l'affectation des établissements aux référents DT est sous réserve d'avis et d'approbation des DT ainsi que des responsables en établissements.

### c.2. Référents DT Les référents DT

Au sein de chaque DT concernée est / sont nommé(s) par le directeur de la DT un / plusieurs référent(s). Chaque référent pourra suivre 1 à 3 établissements.

Ces référents sont :

- Volontaires ;
- Disposés à accorder une part de leur temps de travail à la démarche ;
  - o Estimation : **10 à 15 jours sur 4 mois pour suivre 2 établissements** ;
- Disposés à assister à l'ensemble des jalons 0, 1, 2 et 3 au siège ;
- Disposés à suivre un ou plusieurs établissements, le cas échéant éventuellement se déplacer sur site.

Pour mener à bien leur mission de suivi, ces référents doivent :

- Se saisir des documents de cadrage, des supports méthodologiques et éventuelles grilles de recueil ;
  - o Ils pourront avoir à les expliquer à (aux) établissement(s) dont ils sont en charge.
- Assurer un lien privilégié et régulier avec les équipes de l'établissement ;
  - o Ils auront à suivre l'avancement du projet et s'assurer que l'établissement respecte bien le calendrier prévu.
- Assurer la communication institutionnelle relative au projet auprès de la (des) direction(s) d'établissement.

En tant que participant au groupe de travail régional, ils seront partie-prenante dans l'orientation des travaux des prochaines vagues de coaching.

### c.3. Les établissements participants

Chaque établissement ayant participé ou non à la démarche de benchmark peut se porter volontaire pour bénéficier du dispositif de coaching.

La participation de l'établissement n'est rendue possible que sous réserve de l'engagement des 3 acteurs suivants :

- Le directeur, ou son représentant ;
- Le médecin coordonateur ;
- Le cadre responsable du bloc.

L'engagement de l'établissement doit être formalisé par écrit par la signature d'une convention établissement / ARS (cf. indications au jalon 0).

→ En annexe :  *La convention établissement / ARS de participation au coaching*

En signant cette convention, l'établissement est intégré au dispositif. A ce titre, celui-ci :

- S'engage à prendre connaissance de la feuille de route, et en suivre le cheminement ;
- S'engage à mettre à disposition les ressources et le temps nécessaires au bon déroulement des travaux ;
- Est disposé à assister à l'ensemble des jalons 0, 1, 2 et 3 au siège ;
- Accepte que ses propres travaux soient diffusés aux autres établissements partenaires.

En contrepartie, l'établissement bénéficie du soutien et de l'accompagnement de son référent DT, ainsi que de la cellule performance.

En tant que participant, ce dernier a accès à l'ensemble des travaux des autres établissements du dispositif, et à la possibilité d'échanger avec ses homologues au cours des jalons organisés au siège ARS : le rythme impulsé à la démarche, la méthodologie éprouvée ainsi que les échanges réguliers entre représentants de chaque bloc opératoire sont autant d'atouts qui permettront de garantir le succès de la démarche.

## 2. Le contenu des travaux

Plusieurs modèles de fonctionnement d'un bloc existent, classés par ordre de maturité croissante :



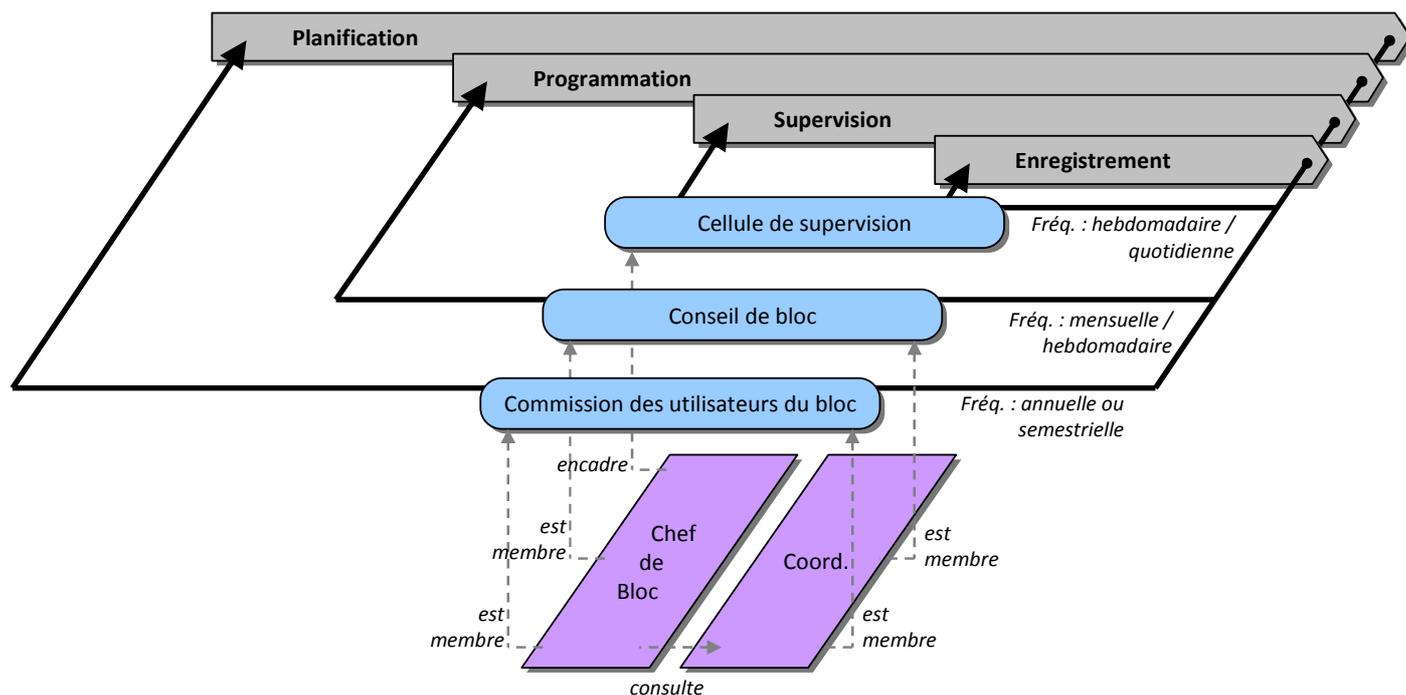
Le modèle « historique » : il s'agit simplement de la superposition des agendas des opérateurs ;

Le modèle « régulé » : des processus de gestion interne permettent d'optimiser le « temps soignant » ;

Le modèle « ordonné » : les flux de patients sont optimisés, les « temps soignant » du bloc mais aussi des services amont et aval sont pris en compte.

Dans le cadre de la présente démarche, nous avons l'ambition d'aider les professionnels à accéder ou à conforter un modèle « régulé », le modèle ordonné étant relatif à un niveau d'excellence hors de portée dans le cadre d'un simple coaching.

Une organisation type du bloc en modèle « régulé » peut être décrite de la manière suivante :



Les fondamentaux de fonctionnement, incontournables pour l'organisation d'un bloc :

- La planification : élaboration et dimensionnement des vacances, à revoir tous les ans ou tous les semestres.
- La programmation : réalisation du programme opératoire, à horizon 1 mois.
- La supervision : exécution et adaptation du programme opératoire, chaque jour ;
- L'enregistrement : recueil et exploitation des données.

Les instances de management, pour construire, faire vivre et pérenniser ces « fondamentaux » :

- La cellule de supervision : est responsable de la supervision et l'enregistrement et peut influencer sur la programmation. Celle-ci est active tous les jours ;
- Le conseil de bloc : élabore les règles de fonctionnement du bloc et réalise la programmation des interventions. Se réunit tous les mois ;
- La commission des utilisateurs du bloc : valide les règles de fonctionnement du bloc élaborées par le conseil de bloc. Arbitre les dimensionnements des vacances et leur répartition. Se réunit tous les ans ou tous les semestres.

Les managers :

- Le chef de bloc : veille à l'application des règles et contribue à leur évolution ;
- Le coordinateur médical : traite les cas d'urgence et réalise les arbitrages d'ordre médical.

Dans le cadre du coaching bloc, nous ne disposons ni des moyens ni du temps pour aider les établissements à refondre totalement le fonctionnement de leurs blocs opératoires. Plus modestement, nous souhaitons les accompagner dans :

- Le démarrage des actions de renforcement du management et de réflexion concernant la planification, actions qui pourront et devront être poursuivies hors coaching ;
- La mise en œuvre et l'évaluation d'actions d'optimisation de leur programmation.

**« Optimiser l'organisation des blocs opératoires »**

Les actions qui seront menées par les établissements sont précisées ci-après.

Dans un 1<sup>er</sup> temps :

- **Le management :**

- ① Formaliser les instances : afin de clarifier et d'expliciter la gouvernance du bloc opératoire ;
- ② Mettre en place 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.

Dans un 2<sup>nd</sup> temps :

- **La programmation :**

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

## **a. Le management**

---

### a.1. Formaliser les instances

#### **L'enjeu**

Dans un souci d'efficacité, il est nécessaire de clarifier au sein du bloc les acteurs qui interviennent de manière active dans son fonctionnement. Cette étape de formalisation peut paraître protocolaire, mais se révèle essentielle pour éviter toute confusion et que chacun ait connaissance des rôles et missions des uns et des autres :

- Qui fait quoi ? / qui ne fait pas quoi ?
- Quels sont les circuits de décision / validation / consultation ?
- Quels sont les rythmes de sollicitations des différentes instances ?

#### **L'action**

Doivent donc être identifiés formellement :

##### a) Le conseil de bloc

Membres permanents *a minima* :

- Le chef de bloc ;
- 1 ou 2 chirurgiens ;
- 1 ou 2 anesthésistes ;
- Un représentant de la direction générale.

##### b) La commission des utilisateurs du bloc

Membres permanents *a minima* :

- Des chirurgiens représentant chaque spécialité ;
- Des anesthésistes ;
- Le chef de bloc ;
- Le coordonateur ;
- Un représentant de la direction générale ;
- Le pharmacien responsable de la stérilisation.

Peuvent également être invités :

- Les cadres du bloc opératoire ;
- La direction de la qualité ;
- Le CLIN ;
- Etc.

→ En annexe :  Les instances de management

Par ailleurs, afin d'asseoir le fonctionnement de ces 2 instances, il est demandé dans le cadre du coaching de :

- Planifier les réunions de septembre, octobre, novembre et décembre du conseil de bloc ;
- Planifier une réunion en octobre et une réunion en décembre de la commission des utilisateurs du bloc.

##### c) Les interlocuteurs de la démarche coaching

Dans le cadre de la démarche de coaching, il est également essentiel de désigner le pilote du projet, qui sera l'interlocuteur privilégié du référent DT et qui veillera au bon déroulement des actions au quotidien. Dans le meilleur des cas, le pilote sera le chef de bloc, à défaut le cadre de bloc.

Enfin, en vue du positionnement stratégique qu'occupe le bloc au sein de l'établissement, et des nombreuses interactions avec les différents pôles/services, il peut être opportun de faire une communication en CME, afin de s'assurer un soutien « institutionnel » de la démarche.

→ En annexe :  La présentation type à la CME

## a.2. Mettre en place un tableau de bord

### L'enjeu

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 suivis facilement en routine sur les 4 mois du coaching.

### L'action

La mise en place d'un tableau de bord d'indicateurs doit passer par les étapes suivantes :

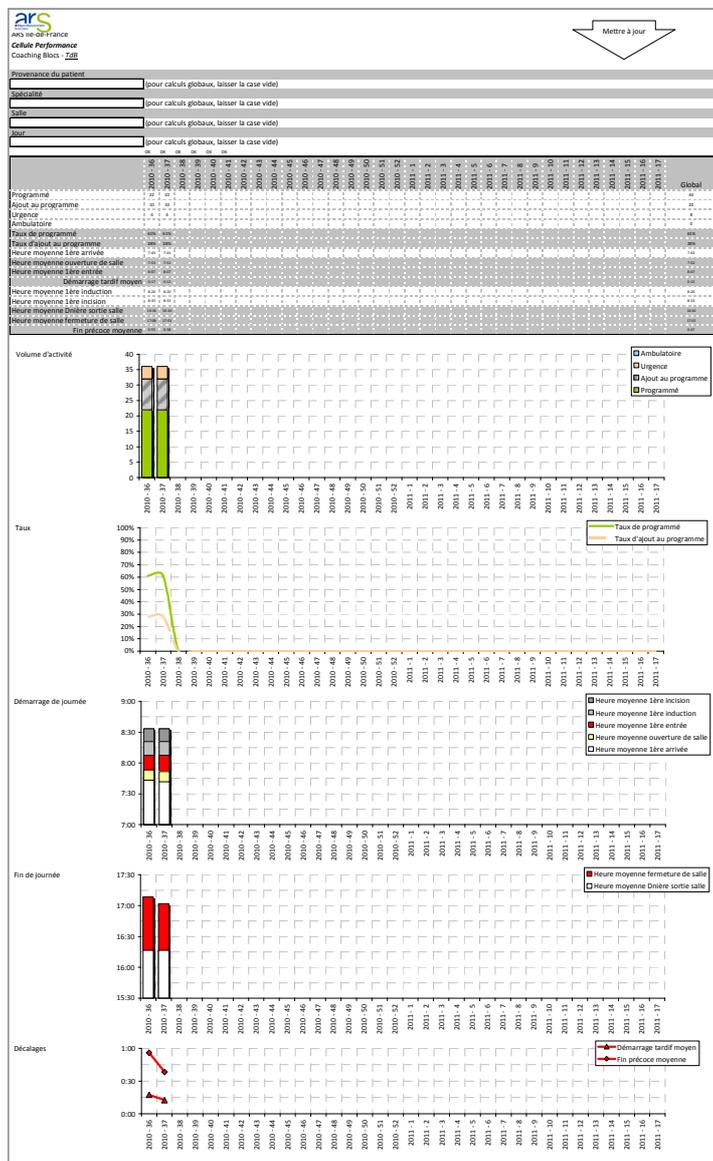
- Détermination des types d'indicateurs pertinents à produire pour l'établissement :
  - o Dans le cadre du coaching, nous souhaitons que les établissements produisent a minima 3 indicateurs (cf. ci-après : les indicateurs à suivre dans le cadre du coaching). En l'absence de SI performant, ces indicateurs pourront être produits grâce à la grille de recueil jointe ;
- En annexe :  La grille de recueil d'indicateurs en routine (fichier Excel)
- o D'une manière générale, d'autres indicateurs devront être produits afin de donner aux instances la visibilité nécessaire à un pilotage efficace (cf. ci-après : d'autres indicateurs pouvant alimenter un tableau de bord).
- Définition précise des modalités de calcul des indicateurs :
  - o Réfléchir aux segmentations nécessaires (par chirurgien, par salle, par jour ?)
  - o Privilégier les informations stables et déjà existantes, afin d'alléger au maximum le recueil de données ;
  - o Pour chaque indicateur, expliciter clairement (et respecter...) la formule de calcul, afin d'assurer une comparabilité dans le temps.
- Détermination des moyens de production :
  - o Sur papier ? Chronophage, erreurs possibles, et nécessite un retraitement obligatoire pour pouvoir produire des indicateurs. Néanmoins incontournable si absence d'informatique et de SI performant ;
  - o Sur une feuille Excel ? Nécessite d'avoir des agents « à l'aise » avec Excel. Si bonne maîtrise et grille Excel élaborée intelligemment, ce mode de recueil doit permettre une multitude d'extractions et de types d'indicateurs différents, adaptables et au plus près des demandes des instances du bloc ;
  - o Par une extraction du SI ? Solution la moins chronophage, les indicateurs étant produits par des requêtes préprogrammées en « presse-bouton ». Seul inconvénient, le manque de souplesse : cette méthode nécessite une forte réflexion en amont pour déterminer quels indicateurs doivent être produits, et selon quelles modalités précises de calcul.
- Détermination de la / des période(s) de recueil :
  - o Dépend des moyens de production et du temps que les agents du bloc peuvent accorder à cette tâche.
  - o Si extraction du SI, il est possible de viser l'exhaustivité de la mesure ;
  - o Si grilles de recueil, il est envisageable de procéder à des mesures « dégradées », mais qui resteront significatives en termes de tendances. A titre d'exemples :
    - Pour un diagnostic ponctuel : recueil exhaustif sur 3 à 4 semaines ;
    - Pour une tendance : recueil 1 à 2 semaines tous les trimestres/semestres ;
    - Pour une visibilité de la saisonnalité : recueil une semaine tous les mois ;
    - Etc.

## Les indicateurs à suivre dans le cadre du coaching

Nous souhaitons que l'ensemble des établissements puisse suivre sur les 4 mois de la démarche au moins 3 indicateurs en routine.

En l'absence de SI performant, ces indicateurs pourront être produits grâce à la grille de recueil jointe.

→ En annexe :  La grille de recueil d'indicateurs en routine (fichier Excel)



### Le recueil

- Pour tous les patients
  - Date
  - Provenance du patient
  - Spécialité
  - Salle
- Pour la 1ère arrivée au bloc
  - Heure d'arrivée
- Pour la 1ère intervention de chaque salle
  - Heure d'entrée en salle
  - Heure d'induction
  - Heure d'incision
- Pour la Dnière intervention de chaque salle
  - Heure de sortie

### Les indicateurs produits

- Volume d'activité :
  - Programmé
  - Ajout au programme
  - Urgence
  - Ambulatoire
- Taux :
  - Programmé
  - Ajout au programme
- Démarrage de journée :
  - 1ère arrivée au bloc
  - 1ère entrée en salle
  - 1ère induction
  - 1ère incision
- Fin de journée :
  - Dnière fermeture de salle
- Décalages :
  - Démarrage tardif
  - Fin précoce

### Les tris possibles

- Par provenance du patient
- Par spécialité
- Par salle
- Par jour

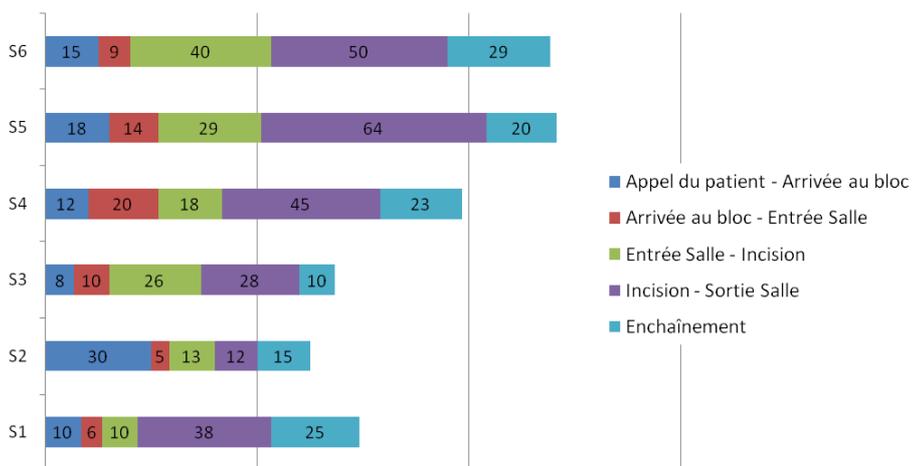
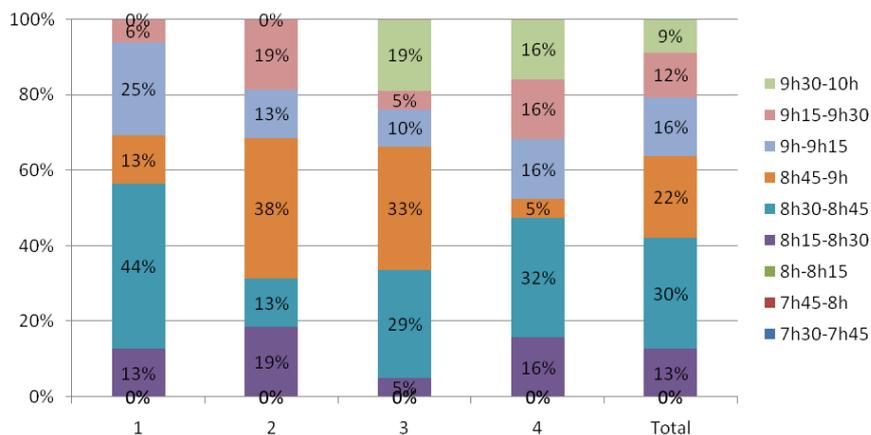
a) L'heure de 1<sup>ères</sup> arrivée / entrée / induction / incision pour chaque salle : afin de caractériser les retards au démarrage du programme.

Une heure de 1<sup>ère</sup> incision non respectée peut entraîner des retards sur tout le programme, des débordements ainsi que des frais supplémentaires (durées d'hospitalisation, impacts sur les horaires des chirurgiens, anesthésistes et personnels infirmiers).

Exemple d'un établissement :  les salles 2 et 3 ont tendance à démarrer systématiquement plus tard que les autres salles, alors que 2/3 des interventions en salle 1 démarrent avant 8h45.

Exemple d'un établissement :  les salles s5 et s6 accueillent des vacations des mêmes spécialités, pourtant les temps « entrée salle – incision » sont plus long en s6. Quelle explication ?

### Première incision



b) Le taux de programmation pour chaque salle : afin d'évaluer le processus de programmation et quantifier la part d'activité non prévue.

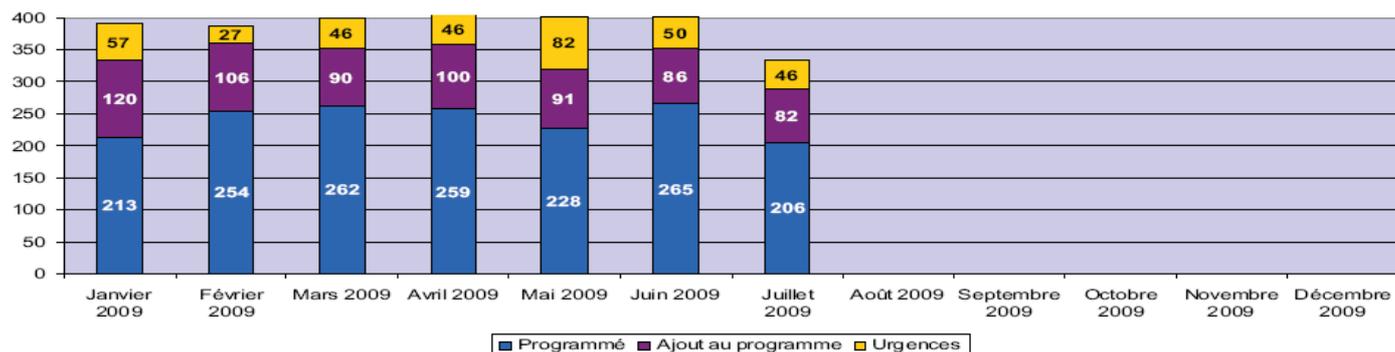
Toute activité non prévue est une activité qui vient impacter le programme prédéfini, et donc perturber le fonctionnement et l'organisation du bloc. Cette activité non prévue peut être justifiée (urgences) ou non : l'objectif de cette mesure est de quantifier la part d'activité qui aurait pu être intégrée au programme en semaine s-1 et qui ne l'a pas été pour diverses (mauvaises ?) raisons.

Signalons qu'il est primordial au préalable de définir précisément avec les équipes les notions d'intervention programmée et non programmée ; qui devront être évaluées par le Conseil de Bloc. A titre d'exemple :

- Le taux de programmé : % des patients programmés au moins à j-7
- Le taux de patients ajoutés au programme : % des patients connus entre j-6 et j-1 ;
- Le taux de patients urgents : % des patients non connus à j0, c'est-à-dire le non programmé du jour.

Exemple d'un établissement : le taux de programmation est en constante progression de janvier à juillet 2009, grâce à des actions de révision de la charte du bloc et de réaménagement des procédures de programmation services / bloc opératoire.

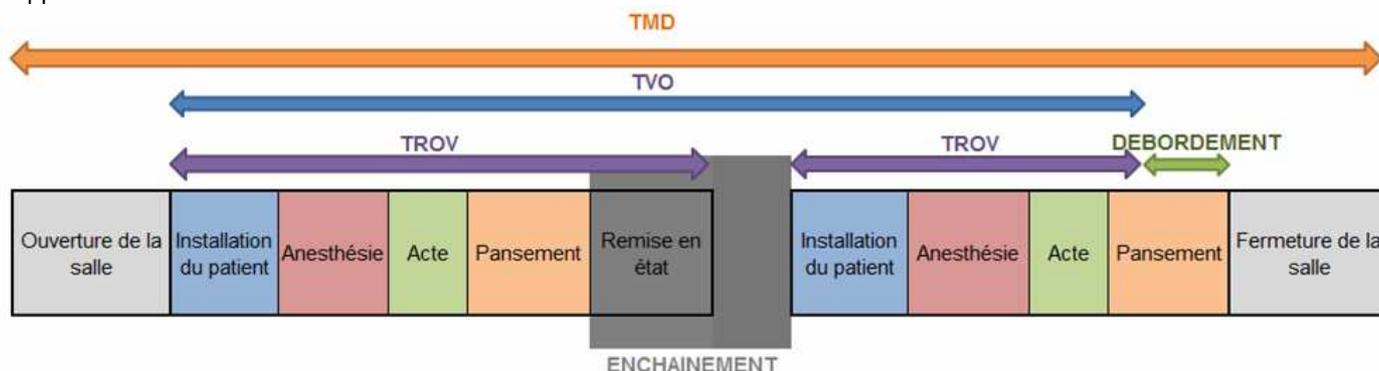
### Evolution de la programmation en 2009 au bloc central



## D'autres indicateurs pouvant alimenter un tableau de bord

Les blocs disposant d'un SI leur permettant d'extraire en « presse-bouton » un certain nombre d'indicateurs peuvent envisager des indicateurs plus poussés.

Rappel :



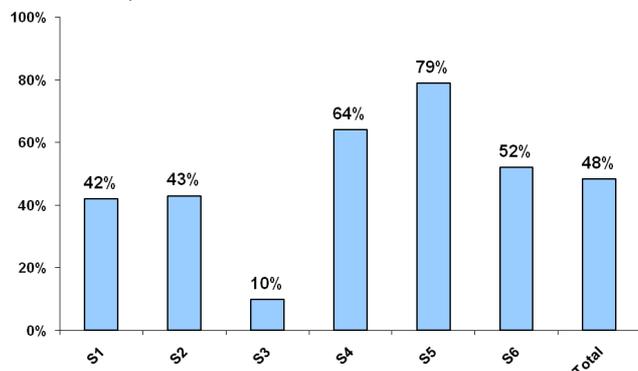
- Le TMD : temps de mise à disposition des salles ;
- Le TVO : temps de vacation offert ;
- Le TROV : temps réel d'occupation des vacations.

c) Le taux d'occupation :  $TROV / TVO$ , valeur cible atteinte par les « meilleurs » établissements 75 à 85%.

Plusieurs segmentations sont possibles :

- Par salle

Exemple d'un établissement : la salle s3 est une salle « dédiée aux urgences », néanmoins sa très faible utilisation pose la question d'une ventilation des rares urgences au sein des autres salles, notamment s1 et s2.

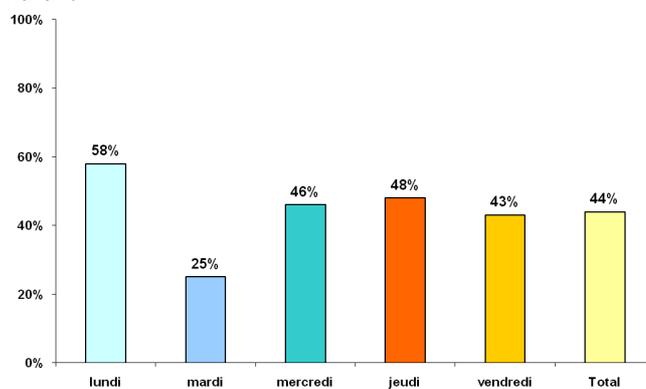


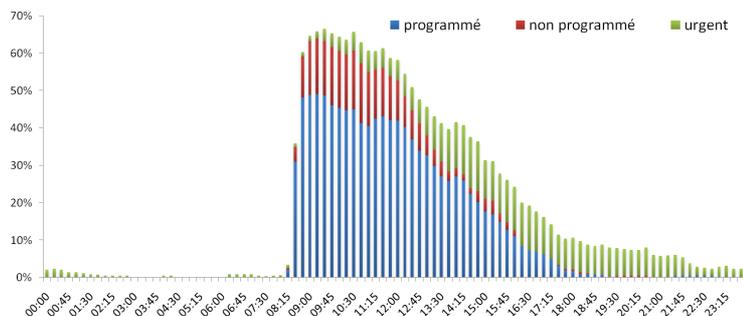
- Par ¼ d'heure

Exemple d'un établissement : les taux d'occupation chutent de manière significative à partir de 11h30. Par ailleurs, le non-programmé est significatif en ouverture de journée, perturbant alors régulièrement le démarrage du programme.

- Par jour

Exemple d'un établissement : le mardi est notablement sous-occupé. Quelle(s) spécialité(s) occupent les vacations du mardi ?





d) Le taux de débordement : débordements / TVO, valeur cible atteinte par les « meilleurs » établissements < 5%.

e) Le taux d'ouverture : TVO / 54 heures (10h/jour + 4h le samedi).

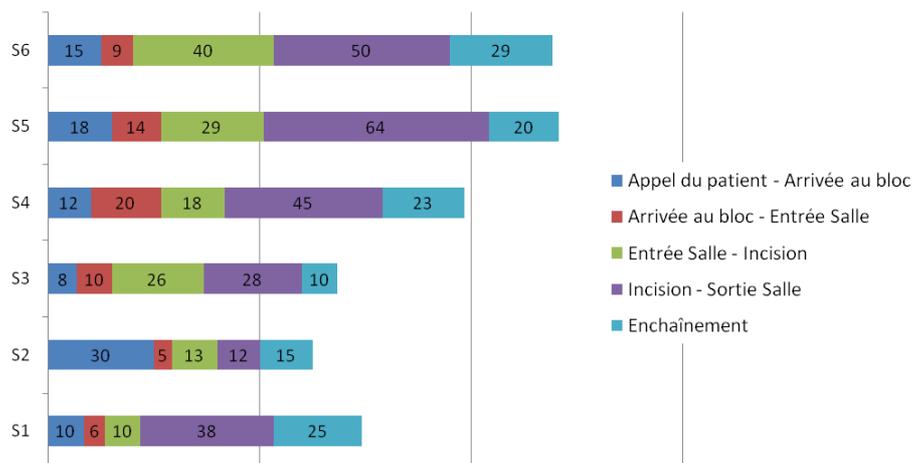
f) La segmentation du circuit patient : afin de détecter les dysfonctionnements dans les étapes de prise en charge.

*Exemple d'un établissement : les salles s5 et s6 accueillent des vacations des mêmes spécialités, pourtant les temps « entrée salle – incision » sont plus long en s6. Quelle explication ?*



g) Etc.

Il n'y a pas de liste exhaustive des indicateurs possibles pour décrire le fonctionnement d'un bloc : chaque établissement doit prendre le temps de choisir, au besoin inventer, les indicateurs qui correspondent le mieux à ses besoins.



## b. La planification

### b.1. 3 Dimensionner les vacances

#### L'enjeu

La planification se définit comme l'ensemble des étapes et actions concourant à l'ordonnement de l'activité du bloc sur une échelle de 6 mois à 1 an, et relève donc de la décision de la direction de l'établissement.

Elle vise à allouer les temps de vacation aux praticiens et/ou spécialités et s'établit en heures x salle. Elle peut tenir compte de la saisonnalité et être différenciée en fonction de la période de l'année.

Si la planification n'est pas formalisée, le bloc n'est pas organisé :

- C'est sur elle que s'appuient les chirurgiens pour pouvoir programmer leurs interventions ;
- C'est sur elle que s'appuie le cadre du bloc opératoire pour prévoir les ressources humaines nécessaires.

Il s'agit alors de déterminer les besoins réels de chaque praticien et/ou spécialité en heures x salle.

#### Les éléments à prendre en compte

- L'historique / activité passée : les fiches établies dans le cadre de la démarche de benchmark offrent toutes les informations utiles pour cette évaluation ;

→ A disposition :  Fiches synthétiques des établissements

- La capacité d'hébergement offerte par l'établissement : le flux de patients doit être équilibré et éviter au maximum les goulots d'étranglements.

- o Calcul du flux d'admission :  
= patients par jour
- o Calcul du flux bloc :  
= patients par jour
- o Calcul du flux en unités de soins :  
= nombre de lits / DMS



	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



- Les disponibilités RH :
  - o Diminution prévisionnelle d'activité pour cause de congés estivaux d'une partie du personnel soignant ;
  - o Etc.
- La saisonnalité : prévoir en amont les périodes annuelles de variation d'activité (saisons, absences de chirurgiens, congrès...).
  - o Période normale : forte activité ;
  - o 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) ;
  - o Période estivale, de mi-juillet à fin août : baisse significative de l'activité.
- Les orientations de la stratégie médicale de l'établissement. Quelques exemples :
  - o Augmentation prévisionnelle d'activité grâce à l'arrivée d'un nouveau chirurgien sur telle ou telle spécialité ;
  - o 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) ;
  - o Fin de l'expérimentation, la technique est rodée : diminution du besoin en heures au regard de l'analyse des données de l'année ou du semestre ;
  - o 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 ;
  - o Etc.

## Le principe d'élaboration

Il faut tendre vers un fonctionnement par spécialité. Par ordre de maturité croissante :



- Affectation de chaque salle à chaque praticien ;
- Droit d'utilisation pour chaque praticien exprimé en heures × salle ;
- Vacations en heures × salle par spécialité : la spécialité s'engage à occuper sa vacation.

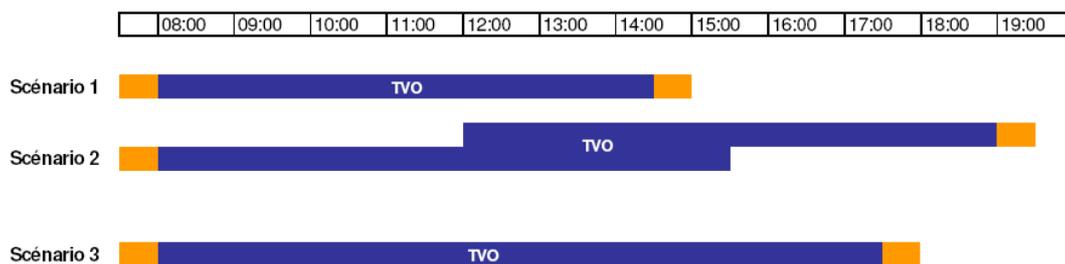
La planification doit être :

- A) Elaborée par le chef de bloc
  - o Attention à la qualité de l'information utilisée pour les calculs.
- B) Discutée et validée par le Conseil de bloc
  - o Attention aux impacts budgétaires induits ;
  - o Attention aux interfaces : brancardage, flux de patients en SSPI et unités de soins ;
- C) Présentée à la DRH pour faisabilité au niveau ressources humaines
  - o Attention, la manière dont sont dimensionnées les vacations peut avoir des impacts collatéraux qu'il faut savoir évaluer et anticiper.

Par exemple, un établissement disposant d'un TVO journalier de 7h30 (scénario 1) souhaite augmenter son TVO :

- Scénario 2 / TVO journalier de 11h : besoin d'1 équipe de 7h30 à 15h30 et d'une seconde équipe de 12h à 19h30, soit un temps de présence total des équipes de 15h30 ;
- Scénario 3 / TVO journalier de 9h30 : besoin d'1 équipe de 7h30 à 18h, soit un temps de présence total de l'équipe de 10h30.

Ainsi, pour cet établissement, augmenter son TVO jusqu'à 9h30 induira une augmentation proportionnelle des coûts RH, mais l'augmenter jusqu'à 11h induira une augmentation beaucoup plus forte, car nécessité de 2 équipes avec chevauchement.



- D) Validée par la direction / comité exécutif
  - o S'autoriser des changements importants par rapport à l'existant !

## Note

Lors du travail sur la planification des vacations, il peut être utile de travailler sur la formalisation du démarrage des salles :

- Enchaînement des tâches à l'ouverture des salles pour les différents acteurs : US, brancardage, IBODE, IADE, ARE, praticien ?
- Démarrage non simultané des salles / remise en l'état décalé des salles d'opérations ?
- Réorganisation des tâches afférentes ?
  - o Les IBODE / IDE ne prennent pas en charge les tâches de stérilisation ;
  - o Les arsenaux sont gérés par la pharmacie ;
  - o Etc.

Ci-après, 2 exemples de planifications.

Exemple 1 : planification d'un établissement

Salle	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
	8 9 10 11 12 13 14 15 16	8 9 10 11 12 13 14 15 16	8 9 10 11 12 13 14 15 16	8 9 10 11 12 13 14 15 16	8 9 10 11 12 13 14 15 16
1	Ortho	Ortho	Ortho	Ortho	Ortho
2	Ortho	Ortho	Ortho	Ortho	Ortho
3	Cardio	Viscéral	Viscéral	Viscéral	Viscéral
4	Gynéco	Gynéco	Gynéco	Gynéco	Gynéco
Endo	Pneumo Gastro (AG)	Gastro (AG)	Pneumo Gastro (AG)	Gastro (AG)	Pneumo Gastro (AG)

TVO par spécialité

Ortho/traumato :	70h
Viscéral :	29h
Gynécologie :	34h
Pneumo :	10h
Gastro (AG) :	16h
Cardio :	4h

Exemple 2 : planification d'un établissement

	8H00	8H15	8H30	9H00	9H30	10H00	10H30	11H00	11H30	12H00	12H30	13H00	13H30	14H00	14H30	15H00	15H30	16H00	16H30	17H00	17H30	18H00	18H30	18H30	19H00	19H30	20H00
<b>LUNDI</b>	PLAGE 1	ORTHO												ENDOSCOPIES DIG													
	PLAGE 2	VASCULAIRE						GYNECOLOGIE - MATERNITE*																			
	PLAGE 3	ODONTOLOGIE												VACATION LIBRE													
	PLAGE 4	UROLOGIE*																									
<b>MARDI</b>	PLAGE 1	ORTHO												ORL													
	PLAGE 2	CHIR GEN			VASCULAIRE									VACATION LIBRE													
	PLAGE 3	OPH*																									
	PLAGE 4	UROLOGIE*																									
<b>MERCREDI</b>	PLAGE 1	ORTHO												CESARIENNE													
	PLAGE 2	ENDOSCOPIES DIG			IVG									UROLOGIE													
	PLAGE 3	ORL*																									
	PLAGE 4	ODONTOLOGIE												VACATION LIBRE													
<b>JEUDI</b>	PLAGE 1	ORTHO												ENDOSCOPIES DIG													
	PLAGE 2	OPH*																									
	PLAGE 3	UROLOGIE*																									
	PLAGE 4	CHIR GEN			ORL									VACATION LIBRE													
<b>VENDREDI</b>	PLAGE 1	VASCULAIRE												ORTHO													
	PLAGE 2	ODONTOLOGIE						ENDOSCOPIES DIG									CESARIENNE										
	PLAGE 3	ORL*																									
	PLAGE 4	OPH LOCALES												VACATION LIBRE													

## b.2. Anticiper les absences RH

### L'enjeu

Les absences d'opérateurs et d'anesthésistes non anticipées sont préjudiciables à tous points de vue :

- D'un point de vue financier, elles entraînent une mobilisation de salles et de personnels soignant sans qu'aucune activité puisse être valorisée en termes de recettes ;
- D'un point de vue organisation, elles créent artificiellement des creux et donc a fortiori des pics d'activité à venir ;
- D'un point de vue management, elles génèrent mécontentement et parfois démobilisation du personnel infirmier du bloc opératoire.

### L'action

L'objectif que peut donc s'assigner tout bloc opératoire est « 0 salle vide pour cause d'absence de praticien ».

Il s'agit donc d'établir des règles de déclaration des absences strictes :

- Au moins 1 mois à l'avance pour les absences courtes : absences ponctuelles, congrès, etc.
- Au moins 3 mois à l'avance pour les absences longues : congés, détachements, etc.

La cellule de supervision du bloc opératoire doit centraliser l'ensemble des informations. Au regard des absences déclarées, celle-ci pourra :

- Mutualiser l'utilisation des salles : proposer par exemple la salle libérée à un autre praticien (intérêt d'un fonctionnement par spécialité) ;
- Adapter les plannings du personnel aux plannings des opérateurs et organiser les prises de congés du personnel soignant en fonction des vacances de praticiens.

Pour que ce dispositif fonctionne, il est impératif que l'intérêt de la régulation des absences soit partagé par tous, et donc de prendre le temps de bien expliquer les enjeux à chaque chirurgien, au besoin communiquer *via* la CME.

Le Conseil de bloc devra alors statuer sur les mesures à prendre en cas de manquements réguliers de certains praticiens à ces règles de bonne conduite. Cela peut se concrétiser par :

- Une prime sous la forme de vacations supplémentaires pour les praticiens ou spécialités les plus « disciplinées » ;
- Une réduction ou suppression de vacations selon des règles préétablies : exemple, au bout de 3 vacations non assumées, suppression de la vacation, etc.

## c. La programmation

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.

La programmation a pour objectif :

- D'optimiser les moyens alloués (ressources humaines locaux, équipements...);
- Pour opérer le plus de patients dans les meilleures conditions de sécurité et de qualité ;
- Tout en garantissant des conditions de travail optimales aux praticiens et au personnel soignant.

Les facteurs clés de succès du principe de programmation sont :

- Une transmission des propositions d'interventions de manière coordonnée sur un support standard unique à la cellule de supervision du bloc opératoire ;
- Un traitement et une consolidation dans le cadre d'un circuit de demande clair, fiable et organisé ;
- Un arbitrage par une réunion de programmation cadrée et une validation par le chef de bloc.

### c.1. Améliorer la fiche de programmation

#### L'enjeu

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 entraîne :

- Des allers-retours multiples entre blocs et services demandeurs pour chercher ou affiner des informations utiles ;
- Un retard sur la conception globale de la programmation de la semaine à venir ;
- Des difficultés souvent identifiées au dernier moment avant l'intervention (matériel supplémentaire non disponible car non demandé, infos manquantes sur les allergies, etc.), entraînant perturbation de l'ensemble du programme de la journée.

#### L'action

Il est donc essentiel d'établir un support standard unique, toutes spécialités confondues, reprenant l'ensemble des informations utiles (indispensables et/ou facultatives). A titre d'exemple, quelques informations jugées obligatoires par un groupe de travail MeaH :

#### Éléments relatifs à la prise en charge :

- Identification complète du patient : nom, prénom, sexe, date de naissance, nom de naissance pour les femmes ;
- Date d'intervention souhaitée et vacation concernée ;
- Type de prise en charge (conventionnelle, ambulatoire).

#### Éléments relatifs à l'intervention :

- Identification du praticien opérateur ;
- Motif et nature de l'intervention ;
  - o Coté opéré le cas échéant ;
  - o Radio préopératoire si nécessaire.
- Durée prévisionnelle de l'intervention (de l'entrée du patient à la fin de remise en état) ;
- Dispositions particulières :
  - o Matériel particulier nécessaire (*par exemple amplificateur de brillance, vidéo-chirurgie*) ;
  - o Prothèse le cas échéant (*sur stock ou à commander*) ;
  - o Ancillaire le cas échéant (*à réserver*) ;
  - o Personnel complémentaire souhaité et motif (*par exemple état du patient, lourdeur de l'intervention, etc.*) ;
- Sepsis / allergies / score de maladie de Creutzfeld-Jacob ;
- Eventuellement technique d'anesthésie souhaitée.

#### Éléments relatifs à l'anesthésie :

- Identification de l'anesthésiste ;
- Technique d'anesthésie retenue ;
- Taille / poids ;
- Matériel spécifique d'anesthésie ;
- Intubation difficile oui/non.

Chaque établissement doit mener sa propre réflexion pour concevoir la fiche standard la plus adaptée à ses besoins.

Exemple 1 : fiche de programmation d'un établissement

<b>FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT - Manuel Qualité</b> <b>Fiche de programmation au bloc opératoire</b> à faxer au _____	Référence : _____ Version : 2 Date d'application : _____ Page 1 sur 1
<b>NOM DU PATIENT</b> _____ <b>PRENOM</b> _____ <b>Date naissance</b> _____	
<b>SPECIALITE</b> <input type="checkbox"/> Orthopédie <input type="checkbox"/> Viscéro-Urologie <input type="checkbox"/> Gynéco - obstétrique <input type="checkbox"/> Endoscopie <input type="checkbox"/> cardio <input type="checkbox"/> Autre	<b>NOM OPERATEUR(S)</b> ▲ ▲ ▲ ▲ ▲
Risque identifié pour la Maladie de Creutzfeldt Jacob : oui non entourer l'item svp <b>DATE DE LA DEMANDE (transmission de la fiche de programmation au bloc) :</b> LE _____ le _____ à _____ heure	
<b>TEMPS ESTIME D'INTERVENTION (entrée+installation+induction+intervention+réveil+sortie) :</b> _____	
<b>MODALITE D'HOSPITALISATION</b> <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Acte externe <input type="checkbox"/> Hospitalisation conventionnelle <input type="checkbox"/> Nombre de jours hospitalisation prévus : _____	
<b>INTERVENTION PROGRAMMEE</b> <input type="checkbox"/> Avant le jeudi semaine N-1 <input type="checkbox"/> Entre le jeudi précédent et 48h avant intervention <input type="checkbox"/> Urgence à 12 heures	
<b>NATURE EXACTE DE L'INTERVENTION :</b> <b>VOIE D'ABORD :</b> <b>COTE A OPERER :</b> <b>POSITION OPERATOIRE :</b> DD DV DL AUTRE: <b>MATERIEL SPECIFIQUE CHIRURGICAL :</b> oui non garrot type de matériel à enlever : demande d'ancillaire spécifique à commander oui non demande écrite oui non <b>ANESTHESIE SOUHAITEE :</b> Allergie Isolement	
Protocole HTM <b>ANESTHESIE PROPOSEE</b> AG RA ALR PERI	
<b>AUTRES INFORMATIONS NECESSAIRES à LA PRISE EN CHARGE :</b>	

Exemple 2 : fiche de programmation d'un établissement

<b>Fiche de prescription d'intervention au bloc opératoire</b>	
<b>Statut de la demande</b>	Demande normale <input type="checkbox"/> Modification <input type="checkbox"/> Annulation <input type="checkbox"/>
<b>Identité PATIENT ou étiquette</b>	<b>Nom</b> _____
	<b>Prénom</b> _____
	<b>Date de naissance</b> _____
	<b>Sexe</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<b>Données Chirurgicales</b>	<b>Nom de naissance</b> _____
	<b>Nom opérateur</b> _____
	<b>Nature de l'intervention</b> _____
	<b>Durée prévisionnelle de l'intervention</b> _____
<b>Risque Infectieux</b>	<b>Côté opéré</b> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
	<b>Personeil supplémentaire demandé</b> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre à préciser <input type="checkbox"/>
	<b>Matériel supplémentaire demandé (prothèse/implant/ancillaire le cas échéant)</b> _____
	<b>Equipement spécifique</b> _____
<b>Anesthésie</b>	<b>Date souhaitée d'intervention</b> _____
	<b>Numéro d'ordre proposé pour l'intervention</b> _____
	<b>Risque maladie Creutzfeldt Jacob (suspicion ESST ou facteur de risque individuel)</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	<b>Patient infecté (disséase Altmeier)</b> 1 propre <input type="checkbox"/> 2 propre contaminée <input type="checkbox"/> 3 contaminée <input type="checkbox"/> 4 salle infectée <input type="checkbox"/>
<b>Commentaires</b>	<b>Technique anesthésique</b> AG <input type="checkbox"/> ALR <input type="checkbox"/> Neurolept <input type="checkbox"/> Topique <input type="checkbox"/> Locale <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
	<b>Matériel spécifique</b> _____
	<b>Allergies</b> _____
	<b>Nom(s) et signature du (des) demandeur(s)</b> _____

**A noter**

Les moyens d'occupation des salles sont nécessaires pour une bonne programmation, et doivent être demandés et évalués par les praticiens dans la fiche de demande.

Pour les y aider, ou leur donner quelques éléments d'évaluation, il peut être pertinent de réaliser un recueil :

- Se focaliser sur les 10 interventions les plus classiques dans une spécialité et diffuser à chaque opérateur ses temps moyens d'occupation pour chacune de ces interventions ;
- Un certain nombre d'information peut également être extrait de la démarche de benchmark à laquelle les établissements franciliens ont participé.

→ A disposition :  Fiches synthétiques des établissements

c.2. **6** Optimiser le circuit de demande

**L'enjeu**

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.).

**L'action**

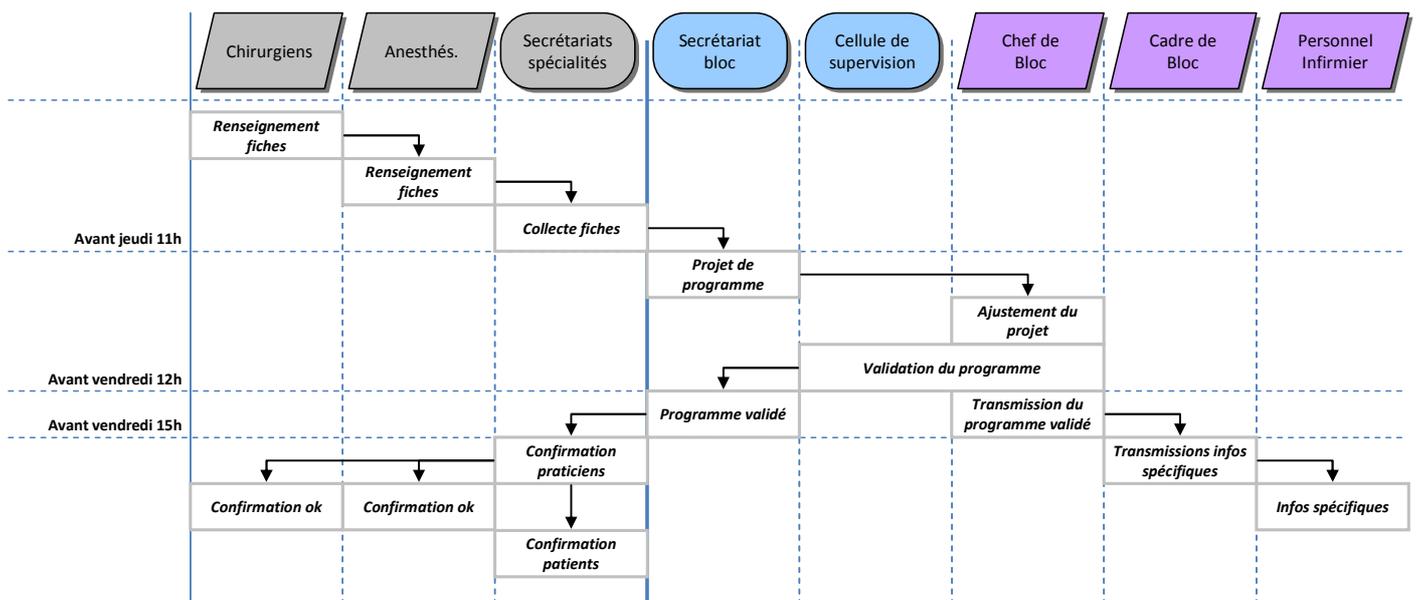
Il s'agit ici de formaliser clairement :

- 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.

Par ailleurs, la procédure devra indiquer clairement quels interlocuteurs sont concernés à chacune des étapes (qui fait quoi...), ainsi qu'un timing de référence.

Notons qu'une bonne pratique consiste à choisir un jour unique de transmission des programmes pour toutes les spécialités.

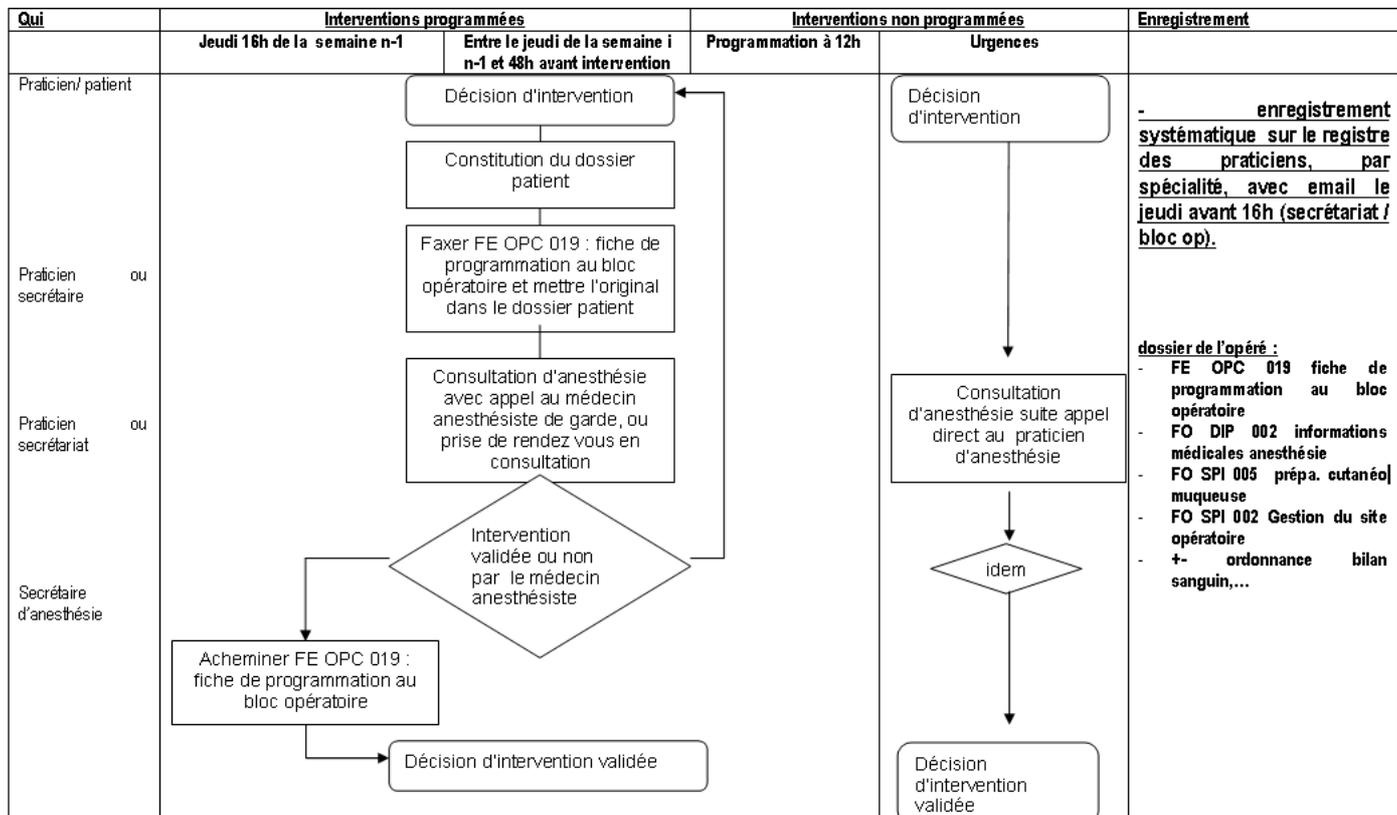
*Exemple 1 : procédure de programmation d'un établissement*



→ En annexe :  *Un modèle de procédure de programmation*

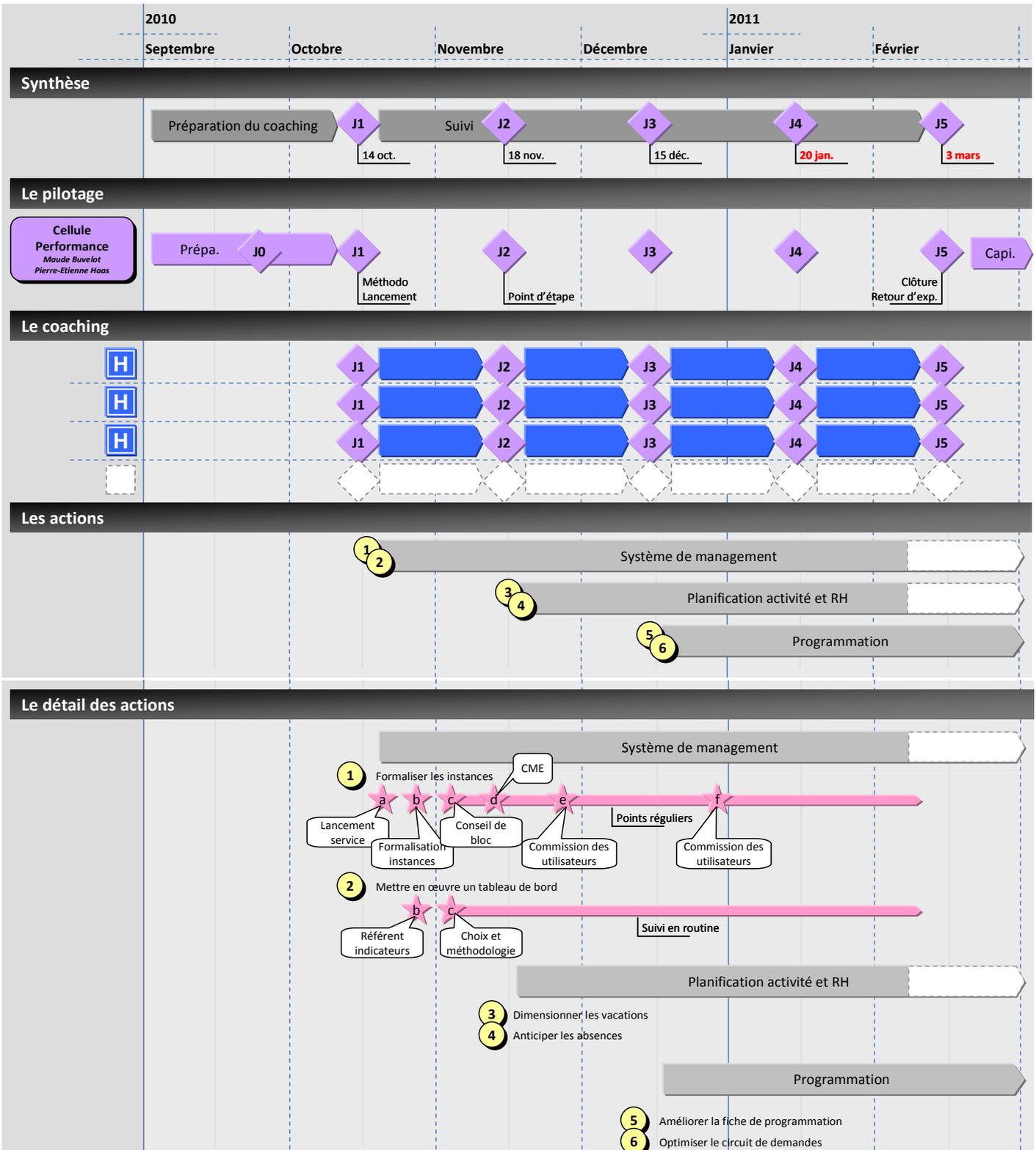
Exemple 2 : procédure de programmation d'un établissement

Centre Hospitalier d' _____	PROCEDURE - Manuel Qualité 4	Référence : _____
	<h1>Programmation au bloc opératoire</h1>	Version : 1
		Date d'application : ____
		Page 1 sur 2



### 3. L'ordonnancement des travaux, jalon par jalon

**a.**  **Le calendrier**



**b.**  **Jalon 0 : la préparation / référents DT**

---

**b.1. Quand-Où-Qui-Quoi ?**

La réunion Cellule performance / référents DT :

Quand ? Le vendredi 1<sup>er</sup> octobre 2010, 9h30 – 12h30

Où ? La salle Jade, ARS 21-23, rue des Ardennes, 75019, Paris

Qui ? L'ensemble des référents DT,  
Animation par la Cellule Performance

Quoi ? La formation de la méthode aux référents,  
La transmission des supports et grilles de recueil,  
L'explication du calendrier

**b.2. L'ordre du jour de la réunion**

Présentation de la Cellule Performance

L'existant : les Benchmarks...

Benchmark Imagerie

Benchmark Blocs

Le dispositif d'accompagnement proposé : les Coachings

Méthodologie

Les actions proposées

Coaching Imagerie

Coaching Blocs

Les établissements partenaires

c.  **Jalon 1 : le lancement / établissements**

---

c.1. Quand-Où-Qui-Quoi ?

La réunion Cellule performance / référents DT / établissements :

Quand ? Le jeudi 14 octobre 2010, 9h30 – 16h30

Où ? La salle Saphir, ARS 21-23, rue des Ardennes, 75019, Paris

Qui ? L'ensemble des référents DT,  
L'ensemble des responsables établissements,  
Animation par la Cellule Performance

Quoi ? La formation de la méthode aux référents,  
La transmission des supports et grilles de recueil,  
L'explication du calendrier

c.2. L'ordre du jour de la réunion

09h30-09h35	Accueil
09h35-09h45	Présentation de la cellule performance
09h45-10h00	Le benchmark : (r)appels et enseignements
10h15-11h15	Tour de table : les établissements et référents DT
11h15-11h30	Le coaching : principe et méthodologie
11h30-13h30	Déjeuner
13h30-15h30	Les actions à mettre en œuvre Les outils à disposition
15h30-16h00	Tour de table/questions
16h00-16h30	La feuille de route J1 → J2

d.   **Travaux du jalon 1 au jalon 2 : la feuille de route**

d.1. L'objectif

L'objectif de cette première phase sera d'installer le projet sur des bases solides : une équipe motivée, la direction impliquée et un recueil d'indicateurs en routine qui servira de fil rouge au reste des travaux.

Il sera également question de présenter, ou du moins de prévoir la présentation du projet à la prochaine CME, en vue des futures interactions avec les services demandeurs.

En parallèle, démarrage des actions sur la planification, en vue d'une réévaluation des vacances :

- Quelles informations concernant l'activité passée ? Ou recueillir les données ?
- Quelles prévisions d'activité pour les 6 à 12 mois à venir ?

d.2. La check-list

1	Formaliser les instances	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>  <b>1<sup>ère</sup> réunion avec les équipes du bloc</b> : présentation du dispositif</li> <li><input type="checkbox"/> Détermination du référent direction qui soutiendra le projet : contact, présentation du dispositif et signature de la convention</li> <li>→ En annexe :  La convention établissement / ARS</li> <li><input type="checkbox"/>  <b>Formalisation des instances de mangement</b> du bloc</li> <li>→ En annexe :  Les instances de mangement</li> <li><input type="checkbox"/> Planification des réunions du conseil de bloc chaque mois</li> <li><input type="checkbox"/> Planification d'une réunion à brève échéance (  ) et une réunion fin 2010 (  ) de la commission des utilisateurs du bloc</li> <li><input type="checkbox"/>  <b>Réunion du conseil de bloc</b> : présentation du projet, dialogue sur les indicateurs</li> <li><input type="checkbox"/> Prise de rendez-vous pour présenter le projet à la CME</li> <li>→ En annexe :  La présentation à la CME</li> </ul>
2	Mettre en place un tableau de bord	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>  <b>Détermination des indicateurs à suivre</b> : « presse-bouton » du SI ? Grille de recueil ?</li> <li>→ En annexe :  La grille de recueil d'indicateurs en routine (fichier Excel)</li> <li><input type="checkbox"/>  Validation lors de la <b>réunion du conseil de bloc</b></li> <li><input type="checkbox"/> Démarrage du remplissage des grilles</li> </ul>
3	Dimensionner les vacances	∅
4	Anticiper les absences	∅
5	Améliorer la fiche de programmation	∅
6	Optimiser le circuit de demande	∅

d.3. Les réunions internes

**Réunion ** : lancement service

Présentation à l'ensemble du service de la fiche de synthèse du benchmark imagerie, ainsi que du dispositif de coaching auquel le service participe.

**Réunion ** : formalisation instances de management / préfiguration du conseil de bloc

Première réunion avec les membres du service intéressés par la démarche et pressentis pour faire parti du conseil de bloc. Au cours de cette réunion il conviendra :

- De présenter plus en détail la fiche synthétique du benchmark ;
- De présenter plus en détail le dispositif de coaching, en particulier le présent document de cadrage ;
- De valider les membres de l'équipe projet : chacun repart avec le document de cadrage et l'étudie pour la prochaine réunion ;
- D'identifier un « référent indicateurs », qui devra pour la prochaine réunion recenser l'ensemble des informations disponibles en routine qui pourraient permettre de bâtir des indicateurs. Il devra également se saisir de la grille Excel jointe ;
- D'identifier les membres de la commission des utilisateurs du bloc.

**Réunion ** : conseil de bloc / point actions et objectifs

Seconde réunion avec les membres cette fois officiels du conseil de bloc. Chacun aura pris le temps de « digérer » la fiche synthétique du benchmark ainsi que le document de cadrage, afin d'avoir une vision critique sur la démarche et le calendrier proposés :

- Ok pour les actions proposées ?
- Quels objectifs se fixe-t-on en interne ? Objectifs chiffrés ?
- Premières réflexions sur la mise en œuvre ?
- Quels indicateurs et moyens de productions associés ? Utilise-t-on la « grille coaching » transmise ? Si oui, selon quelles modalités ?
- Quand planifie-t-on la prochaine réunion pour aborder les actions  et  ?
- Quels « devoirs à la maison » pour préparer cette réunion (qui réfléchit à quelles actions, qui récupère les données ou procédures existantes pouvant servir de base à la réflexion, quels contacts mobiliser dans le service ? Etc.)

**Réunion ** : présentation à la CME

Compte-tenu des interactions du bloc avec l'ensemble des services de l'établissement, il paraît essentiel d'au moins présenter la démarche engagée en CME, tant pour informer que pour obtenir un aval « institutionnel » de la démarche.

**Réunion ** : commission des utilisateurs du bloc à brève échéance

Première réunion de la commission des utilisateurs du bloc. Un ordre du jour :

- Installation de la commission : rôle et fréquence des réunions ;

*Pour information :*

- Présentation de la démarche Coaching ARS ;
- Présentation des premières données d'activité ;
- Débat sur une réévaluation des vacations.

*Autres sujets.*

**Réunion ** : commission des utilisateurs du bloc à fin 2010

Seconde réunion de la commission des utilisateurs du bloc. Un ordre du jour :

*Pour validation :*

- Nouvelle maquette de vacations ;
- Procédure de déclaration des absences des chirurgiens et anesthésistes ;

*Pour information :*

- Travaux sur la nouvelle trame de fiche de programmation ;
- Travaux sur la nouvelle trame de circuit de demande.

*Autres sujets.*

e.  **Jalon 2 : point d'étape**

---

e.1. Quand-Où-Qui-Quoi ?

La réunion Cellule performance / référents DT / établissements :

Quand ? Le jeudi 18 novembre 2010, 9h30 – 16h30

Où ? ARS, site du Millénaire, 35, rue de la gare Paris 19

Qui ? L'ensemble des référents DT,  
L'ensemble des responsables établissements,  
Animation par la Cellule Performance

Quoi ? Le 1<sup>er</sup> point d'avancement des établissements,  
La récupération des grilles de recueil.

e.2. L'ordre du jour de la réunion

09h30-09h45	Accueil
09h45-10h00	La feuille de route J1 → J2
10h00-11h00	Tour de table : point d'avancement et faits saillants
11h00-11h05	Grille d'indicateurs / ok ?
11h05-11h10	La feuille de route J2 → J3
11h10-11h20	Présentation des ateliers de travail
	1 Dimensionner les vacances : quelle maquette ?
	2 Dimensionner les vacances : la faire accepter ?
	3 Anticiper les absences : discipline / congés / sanctions ?
	4 Anticiper les absences : objectif 0 démarrage tardif ?
11h20-11h50	Planification : clés de lecture et retour d'expérience
11h50-12h30	Ateliers de travail 1, 2, 3 et 4
12h30-14h00	Déjeuner
14h00-15h00	Suite ateliers de travail 1, 2, 3 et 4
15h00-16h00	Restitution des ateliers de travail 1, 2, 3 et 4
16h00-16h30	La feuille de route J2 → J3

f.   **Travaux du jalon 2 au jalon 3 : la feuille de route**

f.1.L'objectif

L'objectif de cette deuxième phase sera ici le pilotage du projet en réalisant une présentation en CME si elle n'a pas déjà eu lieu, et en faisant une première revue et exploitation des indicateurs.

Concernant l'organisation interne du service, il s'agira de mettre en œuvre les réflexions entamées lors de la phase précédente. En parallèle, la contractualisation se prépare :

- Avec qui et comment contractualiser ? Prise de premiers contacts informels... ;
- Préparation de modèles de contrats et de points à négocier avec les pôles/service demandeurs ;
- Définition d'un planning de créneaux types, et de protocoles de demandes de rendez-vous, qui devront être présentés et négociés avec les demandeurs dans une prochaine étape.

f.2.La check-list

1	Formaliser les instances	<input type="checkbox"/> Réunion du conseil de bloc : analyse des 1 <sup>ers</sup> indicateurs <input type="checkbox"/>  <b>Présentation à la CME</b> → En annexe :  La présentation à la CME <input type="checkbox"/>  Réunion de la <b>commission des utilisateurs du bloc</b> : présentation du projet, des données d'activité et débat sur une réévaluation des vacations
2	Mettre en place un tableau de bord	<input type="checkbox"/> Production des indicateurs / Remplissage des grilles de recueil
3	Dimensionner les vacations	<input type="checkbox"/> Quelles informations concernant l'activité passée ? Ou recueillir les données ? <input type="checkbox"/> Quelles prévisions d'activité pour les 6 à 12 mois à venir ? <input type="checkbox"/> Réalisation d'une nouvelle maquette de vacations : objectif démarrage début 2011
4	Anticiper les absences	<input type="checkbox"/> Ciblage : quels praticiens ont posé des difficultés dans les 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Evaluation / rédaction d'une procédure de déclaration des absences des chirurgiens et anesthésistes
5	Améliorer la fiche de programmation	∅
6	Optimiser le circuit de demande	∅

## g. Jalon 3 : point d'étape

---

### g.1. Quand-Où-Qui-Quoi ?

La réunion Cellule performance / référents DT / établissements :

Quand ? Le mercredi 15 décembre 2010, 9h30 – 16h30

Où ? ARS, site du Millénaire, 35, rue de la gare Paris 19

Qui ? L'ensemble des référents DT,  
L'ensemble des responsables établissements,  
Animation par la Cellule Performance

Quoi ? Le 2<sup>ème</sup> point d'avancement des établissements,  
La récupération des grilles de recueil.

### g.2. L'ordre du jour de la réunion

09h30-09h40	Accueil
09h40-09h45	La feuille de route J2 → J3
09h45-10h45	Tour de table : point d'avancement et faits saillants
10h45-10h50	Les indicateurs
	Grille de recueil : dernière version
	Exemples établissements
10h50-10h55	La feuille de route J3 → J4
10h55-11h00	Présentation des ateliers de travail 1 et 2
	1 La fiche de programmation : quel modèle type ?
	2 La fiche de programmation : quel circuit type ?
11h00-11h30	Programmation : clés de lecture et retour d'expérience
11h30-12h30	Ateliers de travail 1 et 2
12h30-13h30	Déjeuner / Plateaux repas
13h30-14h00	Restitution ateliers de travail 1 et 2
14h00-14h30	Présentation des ateliers de travail 3, 4, 5 et 6
	3 Les RH : quelle maquette d'organisation ?
	4 Les actions du projet : une cartographie ?
	5 Les acteurs du projet : une cartographie ?
	6 La communication autour du projet : quel plan ?
14h30-15h30	Ateliers de travail 3, 4, 5 et 6
15h30-16h00	Restitution des ateliers de travail 3, 4, 5 et 6
16h00-16h10	La feuille de route J3 → J4

**h.**   **Travaux du jalon 3 au jalon 4 : la feuille de route**

**h.1. L'objectif**

L'objectif de cette troisième étape est de lancer officiellement la démarche de contractualisation avec les pôles/services demandeurs.

- Négociation des créneaux pré-attribués ;
- Négociation sur les protocoles de demandes d'examen ;

L'objectif pourrait être d'avoir signé un 1<sup>er</sup> contrat avant la fin d'année.

En parallèle, il faut bien entendu réaliser les ajustements nécessaires par rapports aux actions de réorganisation interne qui auront été mises en place.

A l'issue de ces actions, les établissements doivent avoir été sensibilisés à la mesure d'indicateurs de pilotage en routine, affiné leur organisation interne et lancé la démarche de contractualisation avec les pôles/services demandeurs. Ainsi, sauf volonté forte du groupe de travail ou nécessité avérée, le dispositif de coaching doit pouvoir prendre fin.

**h.2. La check-list**

1	Formaliser les instances	<input type="checkbox"/> Réunion du conseil de bloc : analyse des indicateurs <input checked="" type="checkbox"/>  Réunion de la <b>commission des utilisateurs du bloc</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour validation : nouvelle maquette de vacations, nouvelle procédure de déclaration des absences</li> <li>• Pour information : travaux concernant la nouvelle fiche de programmation et le circuit de demande</li> </ul>
2	Mettre en place un tableau de bord	<input type="checkbox"/> Production des indicateurs / Remplissage des grilles de recueil
3	Dimensionner les vacations	<input type="checkbox"/> Objectif démarrage début 2011 : présentation à la commission des utilisateurs du bloc fin 2010 pour validation
4	Anticiper les absences	<input type="checkbox"/> Mise en œuvre de la procédure de déclaration des absences des chirurgiens et anesthésistes : présentation à la commission des utilisateurs du bloc fin 2010 du bloc pour validation
5	Améliorer la fiche de programmation	<input type="checkbox"/> Evaluation de l'existant : fiches de programmation ? Exhaustivité des informations demandées ? Homogénéité d'une spécialité à l'autre ? <input type="checkbox"/> Préparation d'une nouvelle trame de fiche de programmation, à discuter en conseil de bloc
6	Optimiser le circuit de demande	<input type="checkbox"/> Evaluation de l'existant : circuit de demande et de validation ? Toujours respecté ? Homogénéité d'une spécialité à l'autre ? Quel(s) point d'entrée et de sortie de l'information au bloc ? <input type="checkbox"/> Préparation d'une nouvelle trame de circuit de demande, à discuter en conseil de bloc  →  <i>En annexe : Un modèle de procédure de programmation</i>

**i.  Jalon 4 : point d'étape**

---

**i.1. Quand-Où-Qui-Quoi ?**

La réunion Cellule performance / référents DT / établissements :

Quand ? Le jeudi 20 janvier 2011, 9h30 – 16h30

Où ? ARS, site du Millénaire, 35, rue de la gare Paris 19

Qui ? L'ensemble des référents DT,  
L'ensemble des responsables établissements,  
Animation par la Cellule Performance

Quoi ? Le dernier d'avancement des établissements,  
La récupération des grilles de recueil,  
Le bilan : succès et échecs au sein des établissements,  
La poursuite des travaux : quelles modalités ?

**i.2. L'ordre du jour de la réunion**

09h30-09h35	Accueil
09h35-09h40	La feuille de route J3 → J4
09h40-10h10	Tour de table : point d'avancement et faits saillants
10h10-11h00	La gestion du temps soignant Notions & principes Outils
11h00-12h00	Retour d'expérience : les 15/20 Progression du taux d'occupation
12h00-13h00	Déjeuner
13h00-14h00	Retour d'expériences – Mener un projet en milieu hospitalier
14h00-15h00	Retour d'expériences – Présentation ANAP
15h00-15h45	Se comparer : les outils du contrôle de gestion
15h45-16h00	La feuille de route J4 → J5

j.    **Travaux du jalón 4 au jalón 5 : la feuille de route**

j.1. L'objectif

j.2. La check-list

<b>1</b>	Formaliser les instances	<input type="checkbox"/> Réunion du conseil de bloc : analyse des indicateurs <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour validation : nouvelle fiche de programmation et circuit de demande</li> </ul>
<b>2</b>	Mettre en place un tableau de bord	<input type="checkbox"/> Production des indicateurs / Remplissage des grilles de recueil
<b>3</b>	Dimensionner les vacations	∅
<b>4</b>	Anticiper les absences	∅
<b>5</b>	Améliorer la fiche de programmation	<input type="checkbox"/> Nouvelle trame de fiche de programmation : validation en conseil de bloc
<b>6</b>	Optimiser le circuit de demande	<input type="checkbox"/> Nouvelle trame de circuit de demande : validation en conseil de bloc → En annexe :  Un modèle de procédure de programmation

**k.**  **Jalon 5 : clôture et bilan**

---

**k.1. Quand-Où-Qui-Quoi ?**

La réunion Cellule performance / référents DT / établissements :

Quand ? Le jeudi 3 mars 2011, 9h30 – 12h30

Où ? ARS, site du Millénaire, 35, rue de la gare Paris 19

Qui ? L'ensemble des référents DT,  
L'ensemble des responsables établissements,  
Animation par la Cellule Performance

Quoi ? Le dernier d'avancement des établissements,  
La récupération des grilles de recueil,  
Le bilan : succès et échecs au sein des établissements,  
La poursuite des travaux : quelles modalités ?

**k.2. L'ordre du jour de la réunion**

09h30-09h35	Accueil
09h35-09h40	La feuille de route J4 → J5
09h40-10h00	Préparation des fiches bilan
10h00-11h30	Bilan des établissements
11h30-12h25	Bilan de la démarche Points forts / points faibles Perspectives
12h25-12h30	Clôture

\*\*  
\*