



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2007-2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

**Organisation et performance du bloc
opérateur : quelle stratégie
d'amélioration ?**

Florence GILLE

Remerciements

J'adresse mes remerciements à l'ensemble du personnel du bloc opératoire ainsi qu'aux intervenants au bloc qui ont accepté de m'éclairer sur le fonctionnement du bloc opératoire, leurs fonctions et leurs problématiques. Je remercie en particulier la cadre supérieure, Karen HOANG, et la cadre de santé, Sandrine HOEPPE, pour leur disponibilité.

Je remercie également les personnes à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital Avicenne qui m'ont permis d'approfondir ma connaissance des enjeux du bloc opératoire et de son organisation et ont contribué à enrichir ce travail. Je remercie Martine ORIO, directrice de l'établissement, et Sylvie DEBRAY, directrice des soins, pour leur participation et leurs conseils.

Sommaire

Introduction	1
1 L'hôpital Avicenne doit développer son activité chirurgicale dans un contexte financier tendu.....	5
1.1 La réforme du financement des hôpitaux produit des effets structurants sur les organisations internes et incite à développer l'activité de l'établissement.....	5
1.1.1 L'efficacité est désormais une préoccupation majeure des établissements de santé.....	6
A) La T2A invite à s'interroger sur l'efficacité de l'organisation.....	6
B) Les gains d'efficacité résident dans la maîtrise des processus et l'amélioration des organisations de travail.....	6
1.1.2 La recombinaison de l'offre de soins sur le territoire implique un nouveau positionnement de l'hôpital en matière de chirurgie traditionnelle et ambulatoire.....	8
A) Les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) positionnent l'hôpital Avicenne favorablement en termes de chirurgie des cancers.	8
B) La constitution du groupe hospitalier de Seine-Saint-Denis redéfinit la distribution de l'activité chirurgicale entre l'hôpital Avicenne et l'hôpital Jean Verdier.....	10
1.2 La situation financière de l'hôpital remet en cause l'organisation actuelle du bloc opératoire qui pénalise le développement de l'activité.....	11
1.2.1 Le maintien de l'organisation actuelle est incompatible avec le déficit de l'hôpital.....	11
A) Le bloc est sur-consommateur de ressources au regard de son activité.....	12
B) Le déficit de l'hôpital exige une rationalisation des moyens mis en œuvre pour le fonctionnement du bloc opératoire.....	14
1.2.2 La désorganisation générale des blocs est au détriment de la qualité des soins et des conditions de travail.....	16
A) La désorganisation incombe en partie aux comportements individuels et collectifs qui se sont installés progressivement.....	16
B) La désorganisation du bloc opératoire nuit à la qualité des soins et des conditions de travail.....	17

1.2.3	L'amélioration de la performance du bloc opératoire est cruciale pour faire face aux évolutions prévues dans le cadre de la rénovation et de l'expansion du bloc opératoire.	18
A)	Le fonctionnement du bloc opératoire est un frein au développement de l'activité.....	18
B)	Le développement de l'activité est nécessaire pour justifier l'expansion du bloc opératoire.....	19
2	L'organisation des blocs et les ressources disponibles génèrent un fonctionnement contraint qui ne garantit pas de marges de manœuvre pour gérer les aléas.	20
2.1	Les contraintes et les dysfonctionnements qui pèsent sur le bloc opératoire limitent les marges de manœuvre nécessaires pour gérer les aléas.....	20
2.1.1	La gestion du bloc opératoire est par nature complexe en raison de la multitude d'intervenants et des aléas.....	20
A)	La gestion du bloc opératoire est complexe en raison de la multiplicité des intervenants et des interfaces.....	20
	La coordination interne et externe est défailante à l'hôpital Avicenne car le fonctionnement du bloc dans sa globalité est rarement une préoccupation. La communication entre les intervenants et entre les secteurs est négligée alors même que la survenue d'aléas nécessite de partager l'information.....	23
B)	Les aléas font partie intégrante de la gestion du bloc opératoire.	23
2.1.2	La complexité habituelle de la gestion du bloc opératoire est renforcée par des locaux inadaptés et le déficit de personnel infirmier spécialisé.....	23
A)	L'architecture est un frein à une bonne organisation.....	23
B)	Le déficit en personnel infirmier spécialisé crée des tensions sur l'organisation.	24
C)	Les perspectives de recrutement d'IBODE sont limitées.....	25
2.2	La gestion du bloc souffre d'un manque de respect des règles établies et d'une anticipation inexistante.	26
2.2.1	La coordination et la programmation du bloc fonctionnent imparfaitement dans la mesure où les règles restent largement inappliquées.	27
A)	L'organisation actuelle repose sur une structure de coordination théoriquement conforme aux recommandations.	27
B)	La formalisation des règles n'a pas suffi à résoudre les difficultés de fonctionnement du bloc car les règles sont suivies de manière très aléatoire.	29
C)	L'hôpital cultive un rapport à l'autorité hiérarchique particulier.....	31

2.2.2	L'anticipation est inexistante faute d'outils de prévision.	32
A)	L'anticipation est inexistante.	32
B)	Les indicateurs de pilotage ne sont pas disponibles.	33
3	L'amélioration du fonctionnement du bloc opératoire repose sur un renforcement du pilotage autour d'un objectif partagé.....	35
3.1	La prise de conscience de la nécessité de modifier les pratiques et l'informatisation du bloc opératoire constituent des leviers d'amélioration du fonctionnement du bloc.	35
3.1.1	La volonté d'un certain nombre d'acteurs et la mobilisation de la direction maintiennent une dynamique en faveur de la réorganisation du bloc.	36
A)	Le resserrement des contraintes financières a permis une prise de conscience de la nécessité de revoir l'organisation du bloc.	36
B)	La direction des soins et la direction générale sont mobilisées pour faire aboutir un projet de réorganisation des blocs.	37
C)	Le bloc opératoire dispose d'une équipe d'encadrement au complet disponible pour participer à la mise en œuvre d'une nouvelle organisation.	37
D)	Le personnel du bloc doit être également sollicité.	38
3.1.2	L'informatisation des blocs opératoires représente un levier pour modifier l'organisation.	38
3.2	Les acteurs du bloc doivent adhérer à un objectif partagé porté par un pilotage renforcé.....	40
3.2.1	La définition d'un objectif partagé par les acteurs du bloc opératoire permet de susciter l'adhésion à une démarche de réorganisation.	40
A)	Les acteurs du bloc doivent décider ensemble d'un objectif commun.	40
B)	La communication à destination des acteurs du bloc ne doit pas être négligée.	42
3.2.2	Le renforcement du pilotage est un impératif pour améliorer l'organisation.	42
A)	Le <i>management</i> du bloc doit être renforcé autour d'un responsable et d'une structure de coordination.	43
B)	Les responsabilités de chacun doivent être clairement définies.	44
C)	Les outils adéquats doivent venir en appui au pilotage.	45
D)	La communication et la formation ne doivent pas être négligées.	47
	Conclusion.....	49
	Bibliographie	51
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

3C : Centre de coordination en cancérologie
AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris
CCAM : Classification commune des actes médicaux
CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CME : Commission médicale d'Établissement
DMI : Dispositifs médicaux implantables
EPRD : État prévisionnel des recettes et des dépenses
IADE : Infirmière anesthésiste diplômée d'État
IBODE : Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État
ICR : Indice de coûts relatifs
IDE : Infirmière diplômée d'État
IPOP : Informatisation du programme opératoire
IRM : Imagerie par résonance magnétique
GHS : Groupe homogène de séjours
MeaH : Mission d'expertise et d'audit hospitaliers
ORL : Oto-rhino-laryngologie
PMSI : Programme de médicalisation du système d'information
RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire
SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire
SSPI : Salle de surveillance post-interventionnelle
T2A : Tarification à l'activité
TEP : Tomographe à émission de positons
TROS : Taux réel d'occupation des salles

Introduction

Le bloc opératoire concentre des enjeux importants en termes d'activité, de qualité, de ressources et d'organisation, qui justifient l'attention soutenue des équipes de direction. Le bloc est un lieu stratégique pour le positionnement de l'hôpital dans son territoire car il permet d'assurer toute l'activité chirurgicale et les urgences. C'est également un lieu qui concentre des moyens humains, matériels, techniques et financiers considérables. La complexité des enjeux est accrue par les contraintes qui affectent le secteur hospitalier telles que les restrictions budgétaires, l'encadrement réglementaire ou la démographie médicale défavorable.

Le bloc opératoire est un maillon dans une chaîne qui comprend les services de consultation, les services d'hospitalisation, les urgences, la salle de réveil. À l'occasion d'une intervention, les interactions sont nombreuses avec le brancardage, la stérilisation, le service d'imagerie, les laboratoires, la pharmacie. Beaucoup de professionnels interviennent dans le processus : chirurgiens, anesthésistes, infirmières de bloc opératoire diplômées d'État (IBODE), infirmières anesthésistes diplômées d'État (IADE), cadres de bloc, aides-soignants, personnel des services d'hospitalisation, etc. L'organisation et le *management* du bloc touchent enfin à la qualité, à la sécurité des soins et à la gestion des risques, car il faut concilier des flux importants de patients et des conditions strictes d'hygiène et de sécurité.

L'organisation et la performance des blocs opératoires mêlent ainsi une dimension organisationnelle et stratégique. De plus, il s'agit d'un secteur critique qui intéresse toutes les directions fonctionnelles de l'hôpital Avicenne qui s'attachent à analyser l'activité, les coûts de fonctionnement, les processus de prise en charge, la qualité des soins, l'approvisionnement des dispositifs médicaux, la gestion des risques, la traçabilité, l'informatisation des blocs, les projets de travaux et de rénovation, etc. Le bloc opératoire est un domaine intéressant et formateur car beaucoup des problématiques qui existent à l'hôpital y sont cristallisées.

L'hôpital Avicenne est un établissement de 528 lits et 44 places d'hôpital de jour de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) situé à Bobigny. Il constitue avec l'hôpital Jean Verdier et l'hôpital René Muret Bigottini un ensemble hospitalo-universitaire associé à l'Université Paris XIII. Le bloc opératoire de l'hôpital Avicenne comprend 8 salles d'opération et une salle d'endoscopie réparties sur deux étages. Il accueille cinq spécialités chirurgicales : la chirurgie thoracique et vasculaire, la chirurgie orthopédique, la chirurgie digestive, la chirurgie oto-rhino-laryngologique (ORL) et l'ophtalmologie. Les disciplines chirurgicales sont regroupées au sein d'un pôle chirurgie à l'exception de la chirurgie thoracique et vasculaire. L'activité chirurgicale représente 16% des séjours

réalisés par l'hôpital. Le bloc central assure également les urgences 24 heures sur 24 en raison de la présence d'un service d'accueil des urgences au sein de l'hôpital. Les disciplines sont réparties entre les deux blocs. La charte de bloc précise qu' « aucune salle n'est dévolue exclusivement à une spécialité chirurgicale ». Toutefois, les salles gardent une destination première qui « peut être modifiée ponctuellement, après concertation entre les intervenants, dans le respect des règles de sécurité et d'hygiène, en fonction du nombre et de la durée des interventions prévues, du personnel disponible et de la pression des urgences »¹ (Voir la répartition des disciplines chirurgicales en annexe 1).

Des travaux de restructuration et d'expansion du bloc opératoire sont prévus. Ils devraient commencer en octobre 2008. D'ici 2012, le nouveau bloc disposera de 14 salles dont 12 équipées dès l'ouverture, et d'une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) intégrée.

Le contexte actuel est marqué par une désorganisation générale, une situation financière tendue et l'attente des nouveaux blocs. Le bloc opératoire de l'hôpital Avicenne a rencontré des difficultés de fonctionnement récurrentes : retard dans les interventions, prise en charge différée de certains patients, menace de désaffectation du personnel. Cette situation a conduit à un audit en 2006 par la société Adopale à la demande de la direction. L'hôpital fait également partie de l'enquête « *Benchmarking* des blocs » de la Mission d'Audit et d'Expertise hospitaliers (MeaH). À la suite de ces enquêtes, des mesures correctrices ont été définies et mises en place afin de remédier aux dysfonctionnements. Toutefois, l'absence d'encadrement et les contraintes structurelles du bloc opératoire ont rendu difficile la conduite des actions d'amélioration. Les conditions de travail sont péniblement ressenties par le corps médical et le corps soignant. En outre, le bloc opératoire a continué de fonctionner essentiellement sur la base du recours à l'intérim. Aujourd'hui, la situation financière de l'hôpital ne permet plus d'utiliser cette variable d'ajustement. L'activité stagne et ne génère pas suffisamment de recettes pour envisager des moyens supplémentaires. Les différents acteurs du bloc opératoire sont donc contraints de se réorganiser. La perspective de la restructuration et de l'expansion du bloc opératoire permet d'envisager un nouveau fonctionnement à terme. Mais il faut trouver des modalités de fonctionnement pendant la période intermédiaire qui permettent de développer l'activité et de garantir le maintien de l'investissement dans le projet des nouveaux blocs.

¹ Charte du bloc opératoire d'Avicenne, septembre 2007.

L'amélioration de la performance du bloc opératoire présente deux aspects : une meilleure utilisation des ressources et le développement de l'activité chirurgicale. L'amélioration du fonctionnement du bloc opératoire doit ainsi se traduire en une organisation optimisée qui garantisse une amélioration de la performance du bloc opératoire.

En s'interrogeant sur l'optimisation du fonctionnement du bloc opératoire de l'hôpital Avicenne, de nombreux aspects du sujet ont été mis en lumière tels que le circuit d'approvisionnement des dispositifs médicaux, la gestion des stocks, la traçabilité des dispositifs médicaux implantables (DMI), le codage des actes par les chirurgiens au bloc opératoire, le développement de chirurgie ambulatoire, l'étude du retour sur investissement pour le projet d'expansion des blocs, *etc.* Les blocs opératoires soulèvent un grand nombre de problématiques. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles la réorganisation des blocs est si complexe. D'une part, il est impossible de résoudre tous les problèmes en même temps, et d'autre part chacun peut se renvoyer la responsabilité indéfiniment.

Ce mémoire portera essentiellement sur les conditions de structuration de l'organisation pour parvenir à rationaliser les ressources et redonner des marges de manœuvre aux acteurs. En effet, l'amélioration du fonctionnement et de la performance des blocs comprend au préalable une dimension organisationnelle incontournable. Toutes les actions sur les autres problématiques relatives au bloc opératoire ne pourront aboutir sans une clarification de l'organisation et du pilotage. L'amélioration de l'organisation repose sur un pilotage performant capable de créer une dynamique de changement. À partir de là, il est possible de réfléchir à une organisation qui permette d'atteindre les objectifs suivants :

- accroître l'efficacité du bloc opératoire et développer l'activité chirurgicale ;
- améliorer les conditions de travail et redonner de la souplesse dans l'organisation ;
- améliorer la prise en charge du patient et la fluidité du circuit.

L'installation d'un logiciel d'informatisation des blocs opératoires peut être une opportunité pour initier une réforme en profondeur de l'organisation.

La réflexion qui a conduit à ce travail s'est articulée autour de trois questionnements sur les motivations qui incitent à réorganiser les blocs opératoires, sur ce qui a conduit à la situation actuelle et enfin sur la manière de conduire le changement. Une période d'observation d'une semaine au bloc opératoire et la conduite d'entretiens² auprès des différentes catégories d'intervenants (chirurgiens, anesthésistes et personnel du bloc) ont

permis de cerner la problématique. La participation aux réunions de programmation du bloc et aux réunions du conseil du bloc opératoire a complété l'analyse. Les rapports sur les blocs opératoires, notamment les travaux de la MeaH ont été utiles pour obtenir des éléments de comparaison. Enfin des entretiens avec la directrice générale, la directrice des soins et la responsable des blocs opératoires à la direction de la politique médicale du siège de l'AP-HP ont enrichi la réflexion. Le champ du mémoire a été circonscrit aux salles d'opération classiques (hors endoscopie, hors interruptions volontaires de grossesse) et au bloc opératoire seul. Les services de stérilisation, du brancardage, *etc.* ne sont évoqués que dans la mesure où ils peuvent représenter des contraintes.

Dans un premier temps il s'agira de montrer la nécessité de réorganiser le bloc opératoire afin de développer l'activité chirurgicale, malgré un contexte financier tendu (1). Dans un second temps l'analyse portera sur les raisons qui ont conduit à l'organisation existante, laquelle n'offre aucune marge de manœuvre (2). Enfin, seront développées les conditions de structuration d'une organisation optimale visant à améliorer les résultats du bloc opératoire (3).

² Annexe 2.

1 L'hôpital Avicenne doit développer son activité chirurgicale dans un contexte financier tendu.

L'environnement général et les constats locaux plaident pour une réorganisation des blocs opératoires de l'hôpital Avicenne. D'abord, la réforme du financement des établissements de santé est une incitation à accroître l'efficacité des organisations et à rechercher les potentiels d'activité sur le territoire (1.1). En outre, les constats concernant le fonctionnement actuel, les ressources consommées et l'activité réalisée montrent la nécessité de réviser l'organisation générale des blocs, notamment dans la perspective de la construction des nouvelles installations (1.2).

1.1 La réforme du financement des hôpitaux produit des effets structurants sur les organisations internes et incite à développer l'activité de l'établissement.

La réforme du financement des établissements de santé est inscrite dans la loi de financement de la Sécurité sociale du 18 décembre 2003. La tarification à l'activité (T2A) a été mise en œuvre progressivement dans le secteur public. Depuis 2004, une part croissante du financement des hôpitaux relève de l'activité médicale produite (10% en 2004, 25% en 2005, 50% en 2006 et 100% en 2008). La principale ressource des établissements est l'activité d'hospitalisation, qui est financée par des tarifs liés à des groupes homogènes de séjours (GHS). La réforme ne comprend pas qu'un aspect financier. La T2A entraîne aussi une révision profonde de la gestion en imposant un pilotage par le résultat et une exigence d'efficacité. Elle doit ainsi contribuer à la modification des comportements des professionnels, à la réorganisation des structures et à la restructuration du tissu hospitalier. Les blocs opératoires sont particulièrement concernés du fait des ressources importantes (matérielles, humaines et financières) qu'ils mobilisent.

La recherche de l'équilibre financier suppose de repérer les possibilités d'accroissement de l'efficacité dans l'organisation interne (1.1.1) mais aussi d'identifier les marges de développement d'activité sur le territoire (1.1.2).

1.1.1 L'efficience est désormais une préoccupation majeure des établissements de santé.

A) La T2A invite à s'interroger sur l'efficience de l'organisation.

La T2A introduit une nouvelle logique de gestion. Désormais, les établissements reçoivent des recettes à hauteur de l'activité médicale produite. Pour atteindre l'équilibre financier, le niveau de dépenses doit donc être calculé en fonction du niveau d'activité prévu. Les moyens mis en œuvre pour produire l'activité médicale devraient correspondre aux moyens que l'établissement est en mesure de financer grâce à son activité. L'ajustement entre les moyens et le niveau d'activité se traduit, dans un certain nombre d'hôpitaux, par un effort de maîtrise des dépenses et parallèlement par une recherche d'accroissement de l'activité. La comparaison entre les ressources mobilisées et l'activité réalisée permet d'évaluer la productivité de l'organisation.

Dans un établissement de santé, les GHS correspondent à 80% des ressources liées à l'activité. Or le tarif du séjour doit couvrir toutes les dépenses directes et indirectes liées au séjour. Le tarif rémunère les dépenses du service d'hospitalisation, les coûts liés aux services médico-techniques, logistiques ou administratifs. L'intégration du recours au bloc opératoire dans le tarif du GHS incite non seulement à diminuer le prix de revient du bloc opératoire, mais aussi à prendre en compte la globalité du processus de prise en charge du patient.

L'existence de tarifs intégrés a pour conséquence une rémunération non seulement de l'activité mais aussi de la qualité de l'organisation.

B) Les gains d'efficience résident dans la maîtrise des processus et l'amélioration des organisations de travail.

Les établissements de santé ont intérêt à optimiser l'organisation des services supports afin de réduire leur prix de revient. Dans le cas des blocs opératoires, une activité soutenue est nécessaire pour rentabiliser l'investissement coûteux que représentent les blocs. Cependant, il faut rester vigilant sur la qualité de la prise en charge. La diminution des coûts des services supports ne doit pas être un objectif absolu mais correspondre à une évaluation qui montre que les coûts sont trop élevés par rapport à l'activité réalisée. Il

peut être plus intéressant de chercher à améliorer la cohésion de la prise en charge que de chercher à diminuer à tout prix les moyens mis en œuvre.

Les tarifs des GHS incitent à privilégier la cohérence et la pertinence des séjours en maîtrisant les interfaces notamment avec les services médico-techniques. Dans l'hypothèse où la prise en charge par les services médico-techniques est défaillante, les coûts relatifs au séjour seront plus élevés en raison d'une durée de séjour allongée. L'articulation des intervenants est souvent cruciale pour optimiser le processus de prise en charge.

Les processus et organisations de travail sont en général une construction empirique qui peut être à l'origine de dysfonctionnements ou de tâches redondantes. Comme le révèlent les travaux de la MeaH³, la réforme de ces organisations est source de gains d'efficience. Il s'agit non seulement de simplifier et de rationaliser les parcours de soins, mais également de développer une vision intégrée de la prise en charge du patient. En effet, la multiplicité des intervenants conduit souvent à une segmentation du parcours du patient en étapes correspondant à chaque professionnel. La vision globale des processus a le mérite de favoriser l'anticipation, d'améliorer la coordination entre les étapes et les professionnels et ainsi de limiter les délais d'attente aussi pour les patients que pour les professionnels.

Cette approche s'applique parfaitement au bloc opératoire qui fait intervenir de nombreux professionnels, mobilise de nombreux secteurs de l'hôpital et nécessite une coordination rigoureuse. De plus, l'anticipation accroît la capacité d'adaptation aux aléas, aux urgences et aux changements de programme. Dans la mesure où les ressources humaines et matérielles mobilisées sont très coûteuses, l'optimisation de l'utilisation du bloc opératoire est un enjeu financier non neutre dans la T2A.

Les nouvelles modalités de financement rendent nécessaire une comparaison entre les moyens alloués et l'activité réalisée afin d'analyser l'efficience de l'organisation. L'étude organisationnelle permet d'identifier les gisements de productivité et de repérer les potentiels de développement d'activité pour accroître les recettes de l'établissement. Cette démarche est d'autant plus nécessaire que l'organisation territoriale de l'offre de soins place les hôpitaux en concurrence sur des secteurs d'activité.

³ MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS, 2006, *Qualité et efficience, l'hôpital avance*. 30 « belles histoires » de réorganisation des hôpitaux et cliniques, Paris, pp. 4-5.

1.1.2 La recomposition de l'offre de soins sur le territoire implique un nouveau positionnement de l'hôpital en matière de chirurgie traditionnelle et ambulatoire.

Dans son territoire de santé, l'hôpital doit répondre aux besoins de la population. D'après les éléments du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et de la révision de son volet cancer, l'hôpital Avicenne peut se positionner sur l'activité de chirurgie des cancers (A). De plus, la répartition au sein de l'AP-HP oriente l'hôpital Avicenne vers une activité de chirurgie lourde (B).

- A) Les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) positionnent l'hôpital Avicenne favorablement en termes de chirurgie des cancers.

Le SROS 3 a été adopté en avril 2006 pour la période 2006-2010. L'hôpital Avicenne appartient au territoire de santé 93-2 de la région Île-de-France. Le SROS fait ressortir quelques éléments à prendre en compte dans la réflexion sur l'activité chirurgicale à réaliser au bloc opératoire. La concurrence du secteur privé est forte dans le territoire et la demande en chirurgie oncologique est importante.

Les deux établissements publics du territoire de santé 93-2, dont l'hôpital Avicenne, ne réalisent que 20% des séjours de chirurgie. Le taux de fuite du territoire est très élevé avec 51% des séjours des habitants du territoire réalisés hors du territoire. Alors que la population est très précaire avec un taux de chômage le plus important de la région et un taux de bénéficiaires des *minima* sociaux de 21,6%, soit le taux le plus élevé du département de la Seine-Saint-Denis (17,8% dans le 93-1 et 16,7% dans le 93-3)⁴.

Les données épidémiologiques indiquent que le territoire de santé 93-2 est particulièrement touché par les cancers. Si on retient un indice 100 pour la région, l'indice de mortalité du territoire est de 109 pour la mortalité tous cancers, de 120 pour la mortalité par cancer du poumon et de 116 pour la mortalité par cancer de l'intestin⁵. Des indicateurs plus précis⁶ confirment la forte proportion de mortalité par cancer dans le territoire de santé 93-2 :

⁴ ARHIF, 2006, *Schéma régional d'organisation sanitaire 3*, Paris.

⁵ Annexe du SROS 3, mars 2006.

⁶ ARHIF, 2008, *Schéma régional d'organisation sanitaire, volet cancérologie*, Paris.

Taux standardisés de mortalité	France	Île-de-France	Territoire 93-2
Tous cancers hommes	222,7	215,0	248,1
Tous cancers femmes	98,9	104,5	109,8
Cancer du sein femmes	22,0	23,9	24,0
Cancer du poumon femmes	7,1	9,8	9,7
Cancer des lèvres, cavité buccale, pharynx femmes	1,4	1,8	2,2

L'hôpital a une opportunité à saisir en chirurgie du cancer grâce à la révision du SROS 3. La révision du volet cancer du SROS 3 parue en septembre 2008 prend en compte les modifications apportées par la réglementation. Deux décrets du 21 mars 2007⁷ fixent les nouvelles conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement. Les autorisations de chirurgie du cancer sont désormais soumises à des seuils d'activité minimale précisés dans un arrêté du 29 mars 2007⁸ (voir ci-dessous les seuils par type de localisation).

Les chirurgies du cancer actuellement pratiquées dans l'établissement sont : la chirurgie digestive, la chirurgie du sein, la chirurgie ORL, la chirurgie thoracique, et la chirurgie orthopédique (chirurgie réparatrice ou palliative des métastases osseuses, chirurgie des tumeurs malignes primitives des parties molles). Des interventions chirurgicales lourdes et complexes sont réalisées (interventions multi-équipe, robotique chirurgicale ou endoscopique, technique de reconstruction et réhabilitation complexe).

Nombre d'interventions en chirurgie du cancer en 2007 :

Activité de chirurgie des cancers	Seuils annuels d'activité minimale	Avicenne Activité 2007
Chirurgie digestive	30	107
Chirurgie du sein	30	64
Chirurgie ORL	20	39
Chirurgie thoracique	30	107

⁷ Décret n° 2007-388 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

Décret n° 2007-389 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

⁸ Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

L'hôpital Avicenne est au dessus des seuils pour ces quatre activités. Or le volet cancer du SROS prévoit un nombre d'implantations limitées pour la chirurgie du cancer dans le territoire de santé 93-2 :

Localisation	Nb d'établissements pratiquant des interventions en 2007⁹	Implantations autorisées¹⁰
Digestif	5	5
Sein	5	3
ORL	6	Entre 2 et 3
Thorax	3	2

Un certain nombre d'implantations vont disparaître et l'hôpital a intérêt à se positionner sur ces segments d'activité. En particulier, la chirurgie thoracique est peu représentée car elle nécessite un plateau technique plus spécialisé. La chirurgie ORL est également peu représentée en Seine-Saint-Denis¹¹.

L'hôpital dispose d'un avantage car la prise en charge des cancers est structurée grâce à des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), la participation au réseau Oncologie 93, la mise en place d'un dispositif d'annonce pour 100% des patients dès 2009, un centre de coordination en cancérologie (3C). De plus, les nouveaux équipements acquis par l'hôpital permettent d'avoir un plateau technique de haut niveau pour la cancérologie – tomographe à émission de positons (TEP), imagerie par résonance magnétique (IRM), équipements de bronchoscopie et de thoracoscopie, etc. Ainsi, l'hôpital Avicenne remplit les critères d'agrément définis par l'Institut national du Cancer pour la pratique de la chirurgie des cancers (annexe 3). La chirurgie en cancérologie constitue une marge de développement de l'activité chirurgicale et un potentiel de recrutement pour le bloc.

- B) La constitution du groupe hospitalier de Seine-Saint-Denis redéfinit la distribution de l'activité chirurgicale entre l'hôpital Avicenne et l'hôpital Jean Verdier.

Le projet de constitution du groupe hospitalier de la Seine-Saint-Denis annoncé officiellement par le directeur général de l'AP-HP, Benoît Leclercq en juillet 2008 prévoit le regroupement de trois hôpitaux de la Seine-Saint-Denis : Avicenne (Bobigny), Jean

⁹ Données issues du SROS de cancérologie – Septembre 2008.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ *Ibid.*

Verdier (Bondy) et René Muret Bigottini (Sevran). Seuls Avicenne et Jean Verdier disposent de blocs opératoires ; René Muret Bigottini est un établissement de gériatrie

Pour l'instant, Jean Verdier a converti son plateau technique pour réaliser exclusivement de la chirurgie ambulatoire. De plus, l'établissement dispose d'une maternité. De son côté l'hôpital Avicenne a démarré timidement la chirurgie ambulatoire depuis 2007.

Le projet de groupe hospitalier implique la réalisation d'un projet médical commun aux établissements. Les différents partenaires se sont accordés pour répartir l'activité chirurgicale entre Jean Verdier et Avicenne selon les modalités suivantes : Jean Verdier concentrerait l'activité de chirurgie ambulatoire et l'hôpital Avicenne assurerait l'activité de chirurgie lourde ainsi que quelques vacations destinées à la chirurgie ambulatoire.

Ainsi, la dynamique territoriale pousse plutôt l'hôpital Avicenne vers une chirurgie traditionnelle lourde, avec un fort potentiel en chirurgie du cancer. Cependant, l'hôpital ne pourra bénéficier de ces orientations que s'il parvient à résoudre les dysfonctionnements du bloc.

1.2 La situation financière de l'hôpital remet en cause l'organisation actuelle du bloc opératoire qui pénalise le développement de l'activité.

Le bloc opératoire d'Avicenne rencontre comme tous les hôpitaux des enjeux en termes d'amélioration de la qualité, de développement de l'activité ou d'optimisation des ressources. La situation financière critique de l'établissement impose de revenir sur les pratiques de gestion actuelles (1.2.1). D'autant plus que le déficit d'organisation dégrade la qualité de la prise en charge et les conditions de travail (1.2.2). L'hôpital doit démontrer sa capacité à évoluer pour gagner en efficacité, développer son activité et répondre de manière adéquate aux besoins pour justifier le projet de rénovation et d'expansion du bloc opératoire (1.2.3).

1.2.1 Le maintien de l'organisation actuelle est incompatible avec le déficit de l'hôpital.

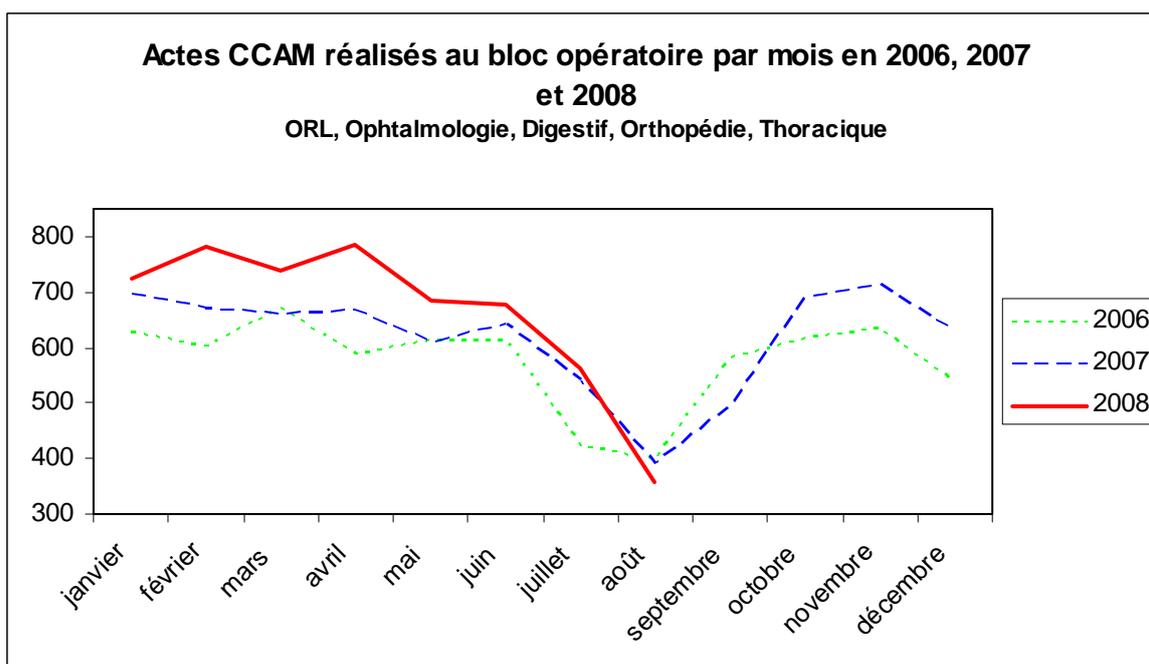
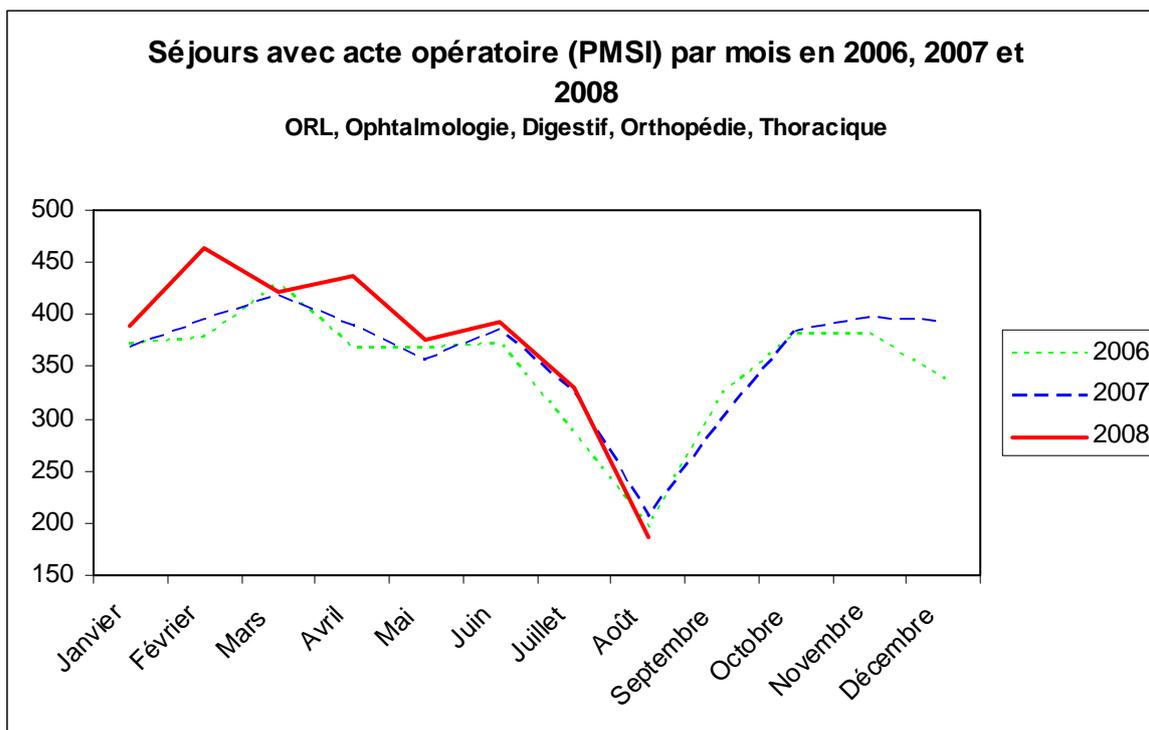
Le fonctionnement actuel du bloc opératoire est très consommateur de ressources sans que cela ne se traduise par un accroissement de l'activité ou de la qualité de la prise en charge. Au contraire, les efforts consentis en faveur du bloc opératoire notamment en matière d'intérim creusent le déficit de l'établissement et pourtant l'activité du bloc opératoire stagne (A). Une telle organisation n'est plus possible dans un contexte de restriction budgétaire (B).

A) Le bloc est sur-consommateur de ressources au regard de son activité.

Le bloc consomme des ressources humaines et matérielles qui ne sont pas corrélées à l'activité du bloc. Les données d'activité et les données financières indiquent que les moyens supplémentaires alloués au bloc opératoire ne se sont pas concrétisés en une augmentation de l'activité.

Afin de pallier le manque de personnel infirmier spécialisé, le bloc fait appel à du personnel intérimaire. En moyenne, 4 à 5 vacations d'IBODE intérimaires étaient allouées quotidiennement en 2007 et pendant les cinq premiers mois de 2008. Le recours à l'intérim a permis de maintenir l'ouverture de 8 salles d'opération pendant cette période. Malgré les moyens disponibles pendant cette période, l'activité du bloc n'a pas progressé significativement comme le montrent les données d'activité qui comparent les actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) réalisés au bloc ou les séjours chirurgicaux issus du programme médicalisé du système d'information (PMSI)¹² entre 2006 et 2008 :

¹² Nombre de séjours avec un acte classant opératoire réalisés dans les services de chirurgie.



De plus, les données recueillies pendant les périodes de fermeture exceptionnelle de salles d'opération comparées aux données d'activité en temps normal révèlent que l'activité réalisée est relativement indépendante du nombre de salles ouvertes. Pendant les mois de juillet et août 2008, le bloc a fermé un nombre de salles plus important que l'année précédente sans baisse d'activité significative. De même en

octobre 2007 pendant l'enquête *Benchmarking* de la MeaH, seules 6 salles d'opération étaient ouvertes contre 8 en 2006, pourtant les données d'activité sont comparables :

Activité chirurgicale	Mois	2006			2007			2008		
		Nb de salles	Total activité	Activité / nb salles	Nb de salles	Total activité	Activité / nb salles	Nb de salles	Total activité	Activité / nb salles
Séjours chirurgicaux PMSI	Juillet	8	285	36	8	299	37	6	329	55
	Août	4	260	65	4	278	70	3	187	62
	Octobre	8	344	43	6	370	62			
Actes CCAM réalisés au bloc	Juillet	8	423	53	8	542	68	6	562	94
	Août	4	396	99	4	391	98	3	356	119
	Octobre	8	615	77	6	687	115			

Sources : PMSI et direction des finances.

L'évolution des séjours des services d'hospitalisation, issue du PMSI, indique une progression de l'activité. Les données 2008 semblent plutôt bonnes en raison du développement de l'activité ambulatoire qui produit une augmentation générale de l'activité. Ainsi entre janvier et août 2008 le pôle chirurgie qui comprend les services d'ORL, d'ophtalmologie, de chirurgie orthopédique et de chirurgie générale et digestive a réalisé 10% de séjours en plus par rapport à l'année précédente. Cette augmentation correspond au démarrage de l'activité ambulatoire (+76%) mais à une stagnation de l'hospitalisation complète (+0%).

Ainsi, les moyens consacrés à l'intérim ne se sont pas traduits par un réel accroissement de l'activité et il n'y a pas de corrélation entre le nombre de salles ouvertes et les données d'activité. Or, la non maîtrise des moyens humains et matériels mis à disposition du bloc n'est plus compatible avec la situation financière de l'hôpital.

- B) Le déficit de l'hôpital exige une rationalisation des moyens mis en œuvre pour le fonctionnement du bloc opératoire.

L'hôpital est dans une situation financière critique. La notification de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2008 par le siège de l'AP-HP a été très défavorable, en particulier sur l'objectif des charges de personnel (titre 1). Les cibles de dépenses sont calculées en fonction des recettes prévues par rapport aux objectifs d'activité assignés à chaque établissement tout en intégrant le niveau des charges de l'année antérieure.

L'hôpital Avicenne est ainsi tenu de réduire son déficit de 7 millions d'euros (pour un déficit total de 24 millions en 2007), notamment grâce à un effort sur les charges de personnel de 1,6 million d'euros.

L'hôpital Avicenne est en dépassement par rapport à la cible en particulier sur le personnel permanent. De plus, au moment de la notification de l'EPRD au mois de mai 2008, le plafond des dépenses d'intérim était déjà consommé à hauteur de 71%. La maîtrise de la masse salariale est devenue une priorité absolue mais les charges à caractère médical (titre 2) et les charges à caractère général et hôtelier (titre 3) sont également en dépassement par rapport à la cible et les dépenses doivent être contrôlées.

Le décalage entre les recettes et les dépenses de l'hôpital indique que la production des soins est plus chère à l'hôpital Avicenne. Les restructurations s'imposent sur tous les secteurs y compris les blocs opératoires qui participent aux dépassements sur tous les titres de dépenses :

Dépenses du bloc opératoire	Année 2007				Cumul au 31 août 2008			
	Cible	Réalisé	Ecart vol.	Ecart %	Cible	Réalisé	Ecart vol.	Ecart %
Titre 2 charges à caractère médical	3 382 634	3 982 908	600 274	18	2 384 336	2 331 635	52 701	2
Titre 3 charges à caractère général et hôtelier	35 358	37 064	1 704	5	24 280	26 392	2 112	9

Source : situation financière – direction des finances

Dès la fin du mois de juin 2008, le recours à l'intérim a été drastiquement diminué sur l'ensemble de l'hôpital. Cette mesure s'applique également au bloc opératoire qui est le principal consommateur d'intérim : le bloc a dépensé plus d'un million d'euros d'intérim en 2007, et près de 550 000 euros entre janvier et août 2008. Jusqu'à la fin de l'année, les intérimaires sont comptées et les instrumentistes ne sont accordées que pour les interventions les plus lourdes. Les acteurs du bloc ont été placés brutalement devant la nécessité d'améliorer l'organisation et la gestion des blocs grâce à l'effort de tous pour maintenir un certain niveau d'activité. Cet électrochoc ne vient toutefois que confirmer des constats qui sont faits depuis longtemps sur la désorganisation des blocs.

Le fonctionnement des blocs est coûteux sans que la satisfaction des utilisateurs (chirurgiens, anesthésistes et personnel du bloc) et la qualité des soins ne soient augmentées.

1.2.2 La désorganisation générale des blocs est au détriment de la qualité des soins et des conditions de travail.

L'insatisfaction des utilisateurs du bloc opératoire provient en grande partie de l'absence de rigueur générale qui provoque des dysfonctionnements récurrents (A). La désorganisation a un fort retentissement non seulement sur les conditions de travail au sein du bloc mais également sur le processus de soins (B).

- A) La désorganisation incombe en partie aux comportements individuels et collectifs qui se sont installés progressivement.

Les blocs opératoires performants reposent sur une coopération, une flexibilité mais aussi une rigueur qui font en partie défaut à l'hôpital Avicenne.

Le cloisonnement entre les disciplines et la notion de territoire sont encore très présents parmi les acteurs du bloc opératoire d'Avicenne. La plupart des chirurgiens est attachée à « sa salle, son intervention, son IBODE, etc. ». Les échanges entre chirurgiens sont souvent limités et passent par l'intermédiaire du cadre supérieur. Le clivage entre chirurgiens et anesthésistes alimente les blocages. Des améliorations du secteur chirurgical ont été entravées par des luttes de pouvoir et des mésententes internes. L'agrandissement du bloc, le déplacement des services de chirurgie dans des locaux neufs ont été bloqués par certains praticiens pour qui ces évolutions étaient défavorables. L'intérêt de l'institution est souvent écarté au profit d'avantages acquis pour une personne ou pour une discipline. La résistance au changement est d'autant plus lourde que les certains acteurs ne souhaitent pas toujours résoudre les dysfonctionnements qu'ils dénoncent.

La dérive principale qui génère la désorganisation du bloc est l'absence de discipline chez les intervenants. Les pratiques les plus gênantes pour le fonctionnement optimal du bloc opératoire sont celles qui bouleversent le déroulement du programme opératoire. Le cahier de doléances qui a été mis en place en 2007 évoque régulièrement les problèmes de ponctualité et les déprogrammations. Les retards des chirurgiens et des anesthésistes sont fréquents. Au-delà du désagrément que génère l'attente, les retards affectent

l'enchaînement du programme opératoire. L'audit réalisé en 2006 indique que seules 12% des premières interventions commencent avant 9h30¹³.

L'organisation dépend beaucoup des comportements individuels. Le fonctionnement manque parfois de professionnalisme. L'individualisme et les fonctionnements autonomes tels qu'ils se sont développés ont des répercussions sur le climat de travail au bloc mais aussi sur le processus de prise en charge du patient.

- B) La désorganisation du bloc opératoire nuit à la qualité des soins et des conditions de travail.

Les dérives au bloc opératoire affectent directement la qualité de la prise en charge : reports de bloc, délais d'attente au bloc, etc. Encore récemment, la famille d'une patiente âgée de 76 ans a déposé une réclamation car la chirurgie pour fracture d'un col fémoral a été reportée six jours de suite.

Ces dysfonctionnements sont révélateurs d'un non respect du travail des autres intervenants et peuvent entraîner des tensions et des conditions de travail dégradées.

Les pressions sont déjà fortes au bloc opératoire. L'activité en relation avec des patients et la gestion de situations critiques (urgences, interventions vitales, etc.) sont sources de stress. Les procédures sont strictes. L'atmosphère est confinée. Les professionnels qui travaillent au bloc n'évoluent pas dans un environnement anodin. La désorganisation du bloc et l'effectif restreint présentent un risque supplémentaire d'épuisement des professionnels. Si l'organisation doit se soumettre aux comportements des uns et des autres, la situation devient épuisante. Tous les intervenants n'ont pas conscience que leurs pratiques ont des répercussions sur le travail des autres.

Les chirurgiens programment leurs interventions sans tenir compte de la disponibilité du matériel. Ils devraient pourtant demander l'avis de l'IBODE référente de la spécialité qui connaît le matériel disponible. Chaque matin, il faut s'assurer si les boîtes sont disponibles notamment pour les disciplines d'urgence car des boîtes ont pu être utilisées pendant la garde. Au besoin on peut intervertir les malades en attendant que la boîte

¹³ Adopale, *Étude d'optimisation du fonctionnement du bloc opératoire, Rapport de diagnostic*, 19 septembre 2006.

remonte de stérilisation. Certains anesthésistes font entrer les patients sans se soucier de savoir si le personnel est là, si le matériel est disponible, si la salle est prête, etc.

La désorganisation affecte la prise en charge et pèse sur les professionnels. Elle est également un frein au développement de l'activité chirurgicale qui est déterminant pour garantir le maintien de l'investissement dans les futurs blocs.

1.2.3 L'amélioration de la performance du bloc opératoire est cruciale pour faire face aux évolutions prévues dans le cadre de la rénovation et de l'expansion du bloc opératoire.

L'activité du bloc opératoire pâtit des dysfonctionnements récurrents. Le potentiel de développement ne peut pas être exploité. Dans la perspective des travaux de restructuration du bloc opératoire, la stagnation de l'activité est un signal négatif. L'amélioration de la performance du bloc opératoire est nécessaire pour permettre un développement de l'activité (A) qui permettrait de justifier le projet d'expansion du bloc opératoire (B).

A) Le fonctionnement du bloc opératoire est un frein au développement de l'activité.

Les indicateurs produits à la suite de l'enquête de la MeaH, le taux réel d'occupation des salles (TROS) et le taux de débordement¹⁴, soulignent la saturation du bloc. Le TROS est régulièrement autour de 85% et le taux de débordement dépasse 5% (seuil recommandé par la MeaH). En juillet 2008, le TROS a atteint 86% et le taux de débordement 7% ce qui se traduit par des heures supplémentaires de la part du personnel. Il faut être prudent dans l'interprétation de ces résultats. Le TROS et le taux de débordement doivent être recoupés avec d'autres informations. Étant donné le niveau d'activité obtenu au sein de l'établissement, le temps d'occupation des salles ne semble pas être suffisamment consacré à la production de soins. Les ressources matérielles et humaines deviennent un facteur limitant pour l'activité parce qu'elles ne sont pas optimisées.

¹⁴ Définitions des indicateurs de la MeaH. TROS : somme des durées d'interventions (depuis l'entrée en salle du patient jusqu'à la fin de la remise en l'état), rapportée à la durée d'ouverture des salles.

Taux de débordement : temps d'occupation des salles consacré à la production de soins au-delà des vacances offertes aux praticiens.

- B) Le développement de l'activité est nécessaire pour justifier l'expansion du bloc opératoire.

Une analyse sur le dimensionnement des futurs blocs à partir de la situation existante et du potentiel d'activité doit être réalisée avec le soutien de la MeaH au mois d'octobre 2008. La MeaH a en effet développé un outil d'aide à la décision pour les investissements de blocs opératoires¹⁵. L'investissement consenti par le siège de l'AP-HP dans le projet de restructuration des blocs opératoires est conditionné à un développement de l'activité chirurgicale.

Certes, les travaux de rénovation et d'expansion du bloc opératoire viendront résoudre certaines difficultés. Toutefois, la performance des blocs opératoires pendant la période transitoire est cruciale. Premièrement, l'efficacité des blocs doit être améliorée pour participer à la résorption du déficit de l'hôpital. Deuxièmement le développement de l'activité chirurgicale est nécessaire pour accroître les recettes de l'hôpital. Troisièmement, la bonne organisation du bloc est indispensable pour prévenir la désaffection des équipes paramédicales et médicales. Quatrièmement, la performance du bloc doit justifier le dimensionnement des blocs futurs. Cinquièmement, le bon fonctionnement des blocs garantit le maintien d'un appui financier de l'AP-HP.

* * *

Le bloc opératoire d'Avicenne est dominé par la situation financière critique de l'hôpital. Le développement de l'activité chirurgicale serait une condition pour générer des moyens supplémentaires mais le bloc opératoire souffre d'une désorganisation généralisée qui pénalise l'activité. Pourtant le potentiel existe en raison du bassin de population. La poursuite des projets chirurgicaux est intimement liée à l'amélioration des conditions au bloc opératoire. Malgré des constats en faveur d'une réorganisation, le bloc se heurte à une réalité locale contraignante qui entraîne l'inertie.

¹⁵ Horizons bloc est une application excel pour analyser la performance du bloc et ajuster le projet de restructuration.

2 L'organisation des blocs et les ressources disponibles génèrent un fonctionnement contraint qui ne garantit pas de marges de manœuvre pour gérer les aléas.

L'analyse de l'organisation souligne les raisons historiques qui dégradent les conditions de travail et affectent la prise en charge. Pour compléter ce panorama, l'analyse des processus permet de dégager les points critiques qui causent les dysfonctionnements dans le circuit et au sein du bloc opératoire. Les contraintes structurelles entraînent une organisation sous tension fortement soumise aux aléas (2.1). L'absence de marges de manœuvre est d'autant plus sensible que l'anticipation est inexistante (2.2).

2.1 Les contraintes et les dysfonctionnements qui pèsent sur le bloc opératoire limitent les marges de manœuvre nécessaires pour gérer les aléas.

La gestion du bloc opératoire, complexe par nature (2.1.1), est extrêmement contrainte à l'hôpital Avicenne par les locaux et le déficit en personnel (2.1.2).

2.1.1 La gestion du bloc opératoire est par nature complexe en raison de la multitude d'intervenants et des aléas.

- A) La gestion du bloc opératoire est complexe en raison de la multiplicité des intervenants et des interfaces.

La gestion du bloc opératoire nécessite une bonne articulation des différents intervenants et une maîtrise des interfaces avec les autres secteurs. Les problèmes viennent de ce que la plupart des professionnels ne s'intéressent pas au travail des autres. Chacun s'occupe d'une partie du processus de soins sans se soucier des répercussions que son travail peut avoir sur la suite du parcours du patient.

Le bloc peut apparaître comme un environnement isolé voire hermétique en raison des règles d'hygiène et de sécurité. Les professionnels qui travaillent au bloc ont souvent des contacts restreints avec l'extérieur. Cependant les fortes interactions entre le bloc opératoire et les autres secteurs de l'hôpital impliquent que les dysfonctionnements ne restent pas circonscrits au bloc opératoire. Les autres secteurs sont également affectés

par les problèmes du bloc qui se répercutent sur la prise en charge du patient. L'analyse du circuit patient révèle des points critiques notamment aux interfaces. Le schéma ci-dessous reprend les étapes du circuit du patient :

ACTEUR	CIRCUIT DU PATIENT	DYSFONCTIONNEMENTS
IDE	Préparation du patient	Préparation parfois incomplète ou manquante en raison d'un changement de programme dont le service n'est pas averti
IBODE	Commande du brancardage	Vérification de la salle et du matériel
Brancardage centralisé	Brancardage du service au bloc	Commande faite par le bloc qui ne sait pas toujours où est couché le malade ni quel type d'accompagnement est nécessaire (lit ou brancard)
AS	Accueil patient Transfert sur brancard bloc	Vérification de l'identité du patient, si patient à jeun Dossier du patient parfois incomplet
IADE	Interrogatoire en salle de préanesthésie	
AS	Installation en salle d'opération	Délais allongés si AS indisponible
Équipe anesth.	Induction	Incertitude sur la durée d'induction Retard éventuel de l'anesthésiste
Équipe chirurg.	Intervention	Retard éventuel du chirurgien
Équipe anesth.	Réveil	
AS + anesth.	Sortie de salle d'opération Conduit en salle de réveil	
AS IBODE IADE	Nettoyage de la salle Remise en état de la salle Remise en état du matériel	

Les dysfonctionnements qui apparaissent (liste non exhaustive) soulignent la nécessité d'une bonne communication entre les intervenants. Le partage de l'information et la concertation sont essentiels pour garantir la fluidité du parcours. Tous les services concernés doivent connaître la programmation et être avertis des modifications de programmes. Les conseils de bloc rappellent régulièrement que « tout changement de programme opératoire doit faire l'objet d'une communication concertée entre les services

(cadres de soins ou cadres supérieurs ou infirmières), les chirurgiens (opérateur responsable), les anesthésistes et les cadres infirmiers du bloc opératoire. »¹⁶

Les services d'hospitalisation sont responsables de la préparation des patients. Il faut qu'ils aient connaissance du déroulement du programme pour les patients soient prêts au moment où le brancardage arrive dans le service. Les IBODE font les commandes de brancardage, il faut qu'elles sachent dans quels services sont couchés les patients. Les patients doivent avoir eu l'ensemble des informations pour éviter les déprogrammations. L'enchaînement des différentes étapes pose souvent problème. La communication n'est pas toujours performante entre les différents secteurs.

Les interfaces imparfaitement maîtrisées se répercutent au bloc. Par exemple, si le patient n'a pas été correctement préparé dans le service d'hospitalisation, le délai d'induction sera allongé, ce qui retarde l'ensemble du processus. L'articulation des acteurs à l'intérieur du bloc doit prendre en compte la diversité des contraintes et des besoins de chacun.

Une intervention chirurgicale mobilise un nombre de professionnels considérable à l'intérieur même du bloc : chirurgien, anesthésiste, IBODE, IADE, aide soignant. 10 ou 12 personnes peuvent être présentes en même temps dans une salle d'opération. Chacun a un rôle déterminé :

- L'aide soignant participe à la prise en charge du patient. Il est chargé de l'accueil du patient dans le bloc opératoire et de son installation en salle d'opération. Il assure le nettoyage des salles après l'intervention. Il collabore avec les IBODE.
- L'IBODE ou l'infirmière diplômée d'État (IDE) a trois missions différentes : circulante, instrumentiste et aide opératoire. Elle a la responsabilité d'une salle d'opération et prépare les interventions.
- L'IADE assiste le médecin anesthésiste, gère le matériel d'anesthésie-réanimation et surveille le patient pendant la durée de l'anesthésie.
- L'anesthésiste est présent au moment de l'induction et pour le réveil du patient.
- Le chirurgien réalise l'intervention souvent aidé d'internes et d'externes.

Il est extrêmement important que l'ensemble des intervenants connaisse la fonction des autres et cherche à collaborer pour faciliter l'ensemble du processus.

¹⁶ Conseil de bloc opératoire, 8 décembre 1999.

La coordination interne et externe est défailante à l'hôpital Avicenne car le fonctionnement du bloc dans sa globalité est rarement une préoccupation. La communication entre les intervenants et entre les secteurs est négligée alors même que la survenue d'aléas nécessite de partager l'information.

B) Les aléas font partie intégrante de la gestion du bloc opératoire.

Les aléas peuvent provenir des patients, des personnels, du matériel. Les modifications de programme sont inéluctables : urgences, contre-indications chez un patient, intervention plus longue que prévue, réveil du patient moins rapide, etc.

De même les arrêts inopinés peuvent empêcher l'ouverture d'une salle. L'absence d'opérateurs ne permet pas d'assurer les urgences. Les boîtes d'intervention peuvent avoir été toutes utilisées et il faut attendre le retour de la stérilisation pour pouvoir faire une intervention, etc.

L'organisation du bloc opératoire est complexe et nécessite une bonne coordination. Les problèmes de locaux et d'effectifs de l'hôpital Avicenne constituent des contraintes supplémentaires qui contribuent à la désorganisation générale.

2.1.2 La complexité habituelle de la gestion du bloc opératoire est renforcée par des locaux inadaptés et le déficit de personnel infirmier spécialisé.

Les contraintes structurelles (A) et les problèmes de personnel (B) qui existent à l'hôpital Avicenne sont autant de tensions supplémentaires sur l'organisation. Les perspectives de recrutement d'IBODE sont limitées (C).

A) L'architecture est un frein à une bonne organisation.

Les locaux ne facilitent pas le fonctionnement des blocs. Les blocs sont sur deux étages et la salle de réveil est sur un troisième étage. Le bloc central comprend 4 salles au rez-de-chaussée du bâtiment Larrey B (Bloc B0). Le bloc de spécialités comprend 3 salles d'intervention, 1 salle septique et une salle d'endoscopies digestives au 5^{ème} étage du bâtiment Larrey B (Bloc B5). La salle de réveil est située au 4^{ème} étage. Un ascenseur est

réservé pour assurer la desserte de la salle de réveil depuis les blocs. La stérilisation centrale est située au 1^{er} étage. Le personnel perd du temps dans les allers et retours entre les différents lieux.

La configuration des blocs ne permet pas de réaliser un circuit patient optimal. Les patients arrivent et repartent par le même chemin. En principe il vaut mieux éviter que les patients qui attendent croisent les patients qui viennent d'être opérés, pour éviter d'accroître leur stress. En raison de l'exiguïté des locaux, le matériel est stocké partout y compris dans le sas de pré-anesthésie. Les patients attendent dans des espaces encombrés. Le personnel perd du temps à déplacer du matériel pour pouvoir faire passer les brancards. Par ailleurs, la salle de réveil a une capacité trop limitée. Par conséquent, les patients sont réveillés dans les blocs, ce qui fait perdre du temps sur le déroulement du programme opératoire.

Les blocs sont vétustes, en particulier le bloc du rez-de-chaussée sur lequel les travaux sont impossibles à cause de la présence de la salle d'urgence qui doit rester ouverte 24 heures sur 24, 365 jours sur 365. Les derniers travaux remontent à une dizaine d'années. Le bloc du 5^{ème} étage qui ferme pendant les vacances d'été subit des travaux d'entretien régulièrement, mais cela reste insuffisant.

B) Le déficit en personnel infirmier spécialisé crée des tensions sur l'organisation.

Le diagnostic réalisé en juin 2006 précise que 28% des IBODE et 27% des IADE sont des intérimaires. La situation s'est améliorée pour les IADE mais le recours à l'intérim se maintient pour les IBODE. Le problème de recrutement des IBODE dépasse le cadre d'Avicenne. Le nombre d'IBODE qui sort des écoles est insuffisant pour répondre à la demande.

L'emploi d'intérimaires pose plusieurs difficultés. Les IBODE ne connaissent pas toujours les spécialités sur lesquelles elles sont affectées, elles ne viennent pas toujours, elles ne s'investissent pas, elles ne connaissent pas le matériel. Par conséquent, les titulaires doivent s'adapter, changer de salle au besoin, etc. Les intérimaires sont en priorité recrutées pour assurer les vacances du week-end afin de garantir aux chirurgiens du personnel compétent pour réaliser les interventions programmées. L'organisation est contrainte de se plier aux exigences des intérimaires.

La charge de travail pèse sur le personnel permanent du bloc opératoire. Les IBODE circulantes sont très prises en salle puisque de nombreuses interventions sont réalisées sans IBODE instrumentistes. Elles doivent également assurer la reconstitution des boîtes chirurgicales en stérilisation tant que le marquage à l'instrument n'est pas effectif. Les IBODE n'ont plus de temps pour participer à la gestion des stocks et aux demandes d'approvisionnement.

Le risque de démobilisation des IBODE doit être pris en compte. Les dysfonctionnements récurrents et les comportements individuels qui désorganisent le fonctionnement des blocs finissent par être péniblement ressentis. Le manque d'effectifs a pour conséquence de rendre le travail éclaté entre plusieurs tâches ou plusieurs salles. Les professionnels peuvent avoir l'impression d'être en permanence sous pression et de ne pas accomplir leur travail correctement¹⁷.

La majorité des IBODE participe aux efforts pour faire tourner le maximum de salles d'opération et la stérilisation (heures supplémentaires, changements d'horaires, formation des nouvelles, etc.). Quelques unes sont plus récalcitrantes ; elles refusent de faire des heures supplémentaires et peuvent recourir à des arrêts maladie en cas de contrariété. Les arrêts intempestifs posent de grosses difficultés d'organisation étant donné le nombre restreint d'IBODE titulaires. Dès qu'un arrêt imprévu survient, le recours à l'intérim est nécessaire. Les contrôles devraient être possibles pour prévenir cette situation.

C) Les perspectives de recrutement d'IBODE sont limitées.

L'environnement n'est pas favorable au recrutement des IBODE. Les IDE sont de plus en plus encouragées à réaliser leur stage de chirurgie au bloc opératoire pour découvrir les fonctions d'IBODE. Il faut donc tâcher d'accueillir le mieux possible les stagiaires malgré les effectifs réduits. Les IBODE qui pourraient être intéressées arrivent dans un environnement désorganisé et sont accueillies par des intérimaires qui connaissent mal le bloc opératoire.

Par ailleurs, la mutualisation des IBODE pose un problème de motivation et un problème de compétence. La collaboration étroite avec un chirurgien ressort parmi les motivations des IBODE qui les conduisent vers le bloc opératoire. La mutualisation n'est pas

¹⁷ DUALÉ C., TAHÉRI H., SHOEFLER P., 2005, « Mobiliser les acteurs jusqu'où ? Le syndrome d'épuisement professionnel au bloc opératoire », *Risques et Qualité*, vol. II, n° 2, pp. 112-116.

nécessairement de nature à renforcer l'attractivité de la fonction. De plus, les évolutions techniques imposent que les IBODE maîtrisent une spécialité. Il est préférable dans ces conditions de maintenir deux IBODE référentes par spécialité avec un noyau d'IBODE polyvalentes.

Le bloc opératoire offre peu d'atouts pour recruter de nouvelles IBODE. Quelques incitations peuvent jouer en faveur de l'hôpital Avicenne : les journées de travail en 10 et 12 heures ; l'accès à l'école de formation des IBODE. Les journées de travail en 10 et 12 heures restent une exception au sein de l'établissement qui a récemment adopté un rythme quotidien de 7h36 pour l'ensemble du personnel. Certaines personnes peuvent être intéressée par des journées en 10 et 12 heures en raison de leurs contraintes personnelles (vie familiale, domicile éloigné, etc.). L'hôpital propose une formation à l'école d'IBODE aux IDE qui souhaitent rester au bloc opératoire, ce qui leur donne une spécialité à valoriser.

Les marges de manœuvre sont donc inexistantes du côté des locaux ou du personnel. Les indicateurs du TROS et du taux de débordement cités plus haut révèlent l'absence de marge de manœuvre du bloc opératoire. Les contraintes structurelles alimentent les dysfonctionnements et le ressenti difficile de la part des intervenants. La variable d'ajustement est devenue le recours à l'intérim, même si la solution reste insatisfaisante car l'emploi des intérimaires favorise les dysfonctionnements.

2.2 La gestion du bloc souffre d'un manque de respect des règles établies et d'une anticipation inexistante.

La complexité de la gestion du bloc est renforcée par une relative inefficacité des règles de fonctionnement. La programmation hebdomadaire et la régulation quotidienne du programme ont fait l'objet de règles formalisées inscrites dans la charte du bloc opératoire. Cependant, la structure de coordination fonctionne mal en raison de l'absence de rigueur des intervenants (2.2.1). De plus, l'organisation est gérée sans aucune anticipation du niveau de ressources et du niveau d'activité (2.2.2).

2.2.1 La coordination et la programmation du bloc fonctionnent imparfaitement dans la mesure où les règles restent largement inappliquées.

La coordination actuelle du bloc opératoire est structurée autour d'un responsable du bloc opératoire et d'une cellule de régulation. Les règles de fonctionnements qui ont été confirmées à la suite de l'audit de 2006 (A) n'ont pas suffi à supprimer les dysfonctionnements récurrents du bloc opératoire (B).

- A) L'organisation actuelle repose sur une structure de coordination théoriquement conforme aux recommandations¹⁸.

La circulaire relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé du 19 mai 2000 rappelle la composition et les missions du conseil de bloc¹⁹ en matière de programmation, résolution des dysfonctionnements et rédaction de la charte de fonctionnement du bloc. Le premier conseil de bloc de l'hôpital Avicenne s'est tenu le 20 octobre 1999. Il fonctionnait sur la base d'un conseil restreint réuni tous les quinze jours et un conseil élargi réuni deux fois par trimestre. Sa mission était de « veiller à un déroulement harmonieux de l'activité du bloc opératoire [...], de repérer les dysfonctionnements pour en dégager les raisons conjoncturelles et les raisons structurelles et y apporter, dans la mesure du possible, des solutions adéquates. »²⁰ En novembre 2000, la charte du bloc opératoire fixe les règles de fonctionnement en ce qui concerne l'établissement des programmes, la gestion des interventions non programmées et le déroulement des programmes opératoires. La charte du bloc opératoire a été régulièrement révisée et complétée. En 2002, sont intégrés les principes d'occupation des salles d'opération et les modalités de gestion quotidienne du bloc opératoire.

Différentes formes de responsabilités médicales du bloc ont été exercées jusqu'à aujourd'hui, notamment pour la gestion des urgences. Dans un premier temps, la fonction de chef de bloc a été mise en place par le service d'orthopédie pour gérer le programme

¹⁸ Circulaire n°DH/FH/ n° 2000-264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé.
Bruno DEPORCQ (ed), *Organisation des blocs opératoires*, Direction du personnel et des relations sociales de l'AP-HP, octobre 1998.

MeaH, *Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques – Recueil des bonnes pratiques organisationnelles*, septembre 2006.

¹⁹ Annexe 4.

²⁰ Compte-rendu de la réunion du conseil du bloc opératoire 20 octobre 1999.

opératoire de la discipline²¹. La responsabilité du bon déroulement quotidien du programme opératoire a ensuite été confiée à un représentant des chirurgiens et un représentant des anesthésistes²². Les représentants sont désignés pour chaque jour de la semaine lors du staff de programmation commun aux disciplines. Il a également été tenté d'instaurer un conseil d'urgence siégeant chaque matin à 8h30 au sein du bloc opératoire pour établir le programme de la salle d'urgence en fonction des priorités²³. Enfin, un responsable de bloc, anesthésiste, a été nommé à la suite de l'audit réalisé en 2006.

Plusieurs mesures ont en effet été engagées à la suite de cet audit. La charte du bloc opératoire, remise à jour en septembre 2007, reprend les principes de fonctionnement qui avaient été suggérés, certains ayant d'ailleurs déjà été proposés par des conseils de bloc antérieurs. La charte prévoit qu'une cellule de planification doit se tenir tous les trimestres pour gérer les absences prévisibles et observer l'activité de chaque spécialité. Les réunions de programmation communes reposent sur les programmes établis lors d'un staff commun chirurgien/ anesthésiste sur un format unique partagé par toutes les disciplines. Une cellule de régulation constituée d'un chirurgien, d'un anesthésiste et d'un cadre doit gérer les aléas au cours de la journée et mettre en adéquation les ressources et l'activité. Le démarrage des salles est organisé pour que les interventions chirurgicales puissent débuter à 8h30.

Les principes d'organisation qui sont censés réguler le bloc opératoire de l'hôpital Avicenne sont relativement conformes à la circulaire et aux travaux réalisés sur l'organisation des blocs opératoires, notamment par la MeaH. Les différentes études préconisent :

- des règles de fonctionnement connues et acceptées par tous ;
- une cellule de coordination chargée de formaliser les règles ;
- un coordonnateur médical pour faire respecter les règles ;
- un cadre de bloc pour adapter les ressources et l'activité (régulation quotidienne).

Au-delà de la coordination et de la régulation, des processus de gestion contribuent à l'optimisation du bloc opératoire : la planification, la programmation et l'évaluation. La programmation est particulièrement nécessaire dans la gestion quotidienne du bloc. Elle poursuit trois objectifs : premièrement mettre en adéquation les ressources humaines et matérielles disponibles et les prévisions d'activité ; deuxièmement réguler l'activité ;

²¹ Conseil du bloc opératoire, 20 octobre 1999.

²² Conseil du bloc opératoire, 13 février 2002.

²³ Conseil du bloc opératoire, 4 novembre 2004.

troisièmement permettre le partage d'une information commune entre le bloc opératoire, les services de consultation, les services d'hospitalisation, le brancardage, la salle de réveil, etc.

Plusieurs conditions doivent être remplies. Tout d'abord, le programme doit être établi en fonction des disponibilités des salles, des IBODE, des opérateurs et le cas échéant du matériel. Ensuite, la programmation doit être réaliste et prendre en compte toutes les dimensions d'une intervention y compris la durée de l'induction, la durée du pansement, la remise en état de la salle, etc. Enfin, le programme opératoire doit être respecté sous réserve des aléas et des urgences qu'ils proviennent de l'organisation ou du patient. Toutes les modifications doivent être concertées et transmises aux acteurs concernés si l'on veut que le programme puisse remplir ses fonctions d'optimisation des ressources, de partage de l'information et de régulation de l'activité. La stabilité de la programmation donne une plus grande visibilité aux acteurs du bloc et permet de mieux préparer les interventions à venir. La qualité de la programmation et du partage de l'information permettent d'assurer un enchaînement fluide des étapes du processus de prise en charge et donc une meilleure qualité des soins et une optimisation des ressources.

- B) La formalisation des règles n'a pas suffi à résoudre les difficultés de fonctionnement du bloc car les règles sont suivies de manière très aléatoire.

En reprenant les comptes-rendus des conseils de bloc depuis 1999, il apparaît que les problèmes soulevés aujourd'hui existent depuis plusieurs années et que les structures de coordination n'ont pas suffi à les résoudre. Les comptes-rendus de réunions entre la direction et les cadres de bloc font également figurer un certain nombre de points toujours d'actualité. Sont ainsi évoqués régulièrement les retards au démarrage du bloc, les modifications de programme, les difficultés de concertation entre tous les acteurs du bloc, les défaillances dans la préparation de certains patients, l'intégration des urgences dans le programme quotidien de chaque spécialité, la manipulation de l'amplificateur de brillance par les IBODE, la nécessité de réaliser des travaux de rénovation au bloc, les problèmes de stérilisation, le paiement des heures supplémentaires, etc. Tous ces problèmes ont visiblement été traités sans succès jusqu'à aujourd'hui. La situation s'est enfoncée faute de changements dans les pratiques. L'inertie est d'autant plus importante que les acteurs ne croient plus tellement à une évolution promise depuis de nombreuses années.

La seule manière de gérer les aléas est d'appliquer un certain nombre de règles. La planification et la prévision permettent d'anticiper les blocages liés à la rareté des ressources²⁴ et de retrouver des marges de manœuvre. Le problème qui se pose à l'hôpital Avicenne est que les règles qui existent ne sont pas appliquées et que l'autorité est contestée.

Malgré un staff commun à toutes les disciplines le vendredi matin à 7h45 pour arrêter le programme opératoire de la semaine à venir, la programmation a un caractère très fluctuant. Certes, un taux incompressible d'aléas explique une partie des changements. Mais, le programme opératoire devrait avoir une certaine fiabilité pour donner de la visibilité aux acteurs du bloc.

Tout d'abord, les programmes ne sont pas uniformisés entre les disciplines. Le support est différent, la période couverte est différente, les informations sont plus ou moins complétées. Par exemple, le programme de chirurgie orthopédique couvre la période du mardi au lundi suivant.

Ensuite, les programmes ne sont pas toujours réalistes. Les horaires indiqués sont souvent minimisés notamment en chirurgie digestive. Les temps d'intervention ne prennent pas en compte les temps d'induction ou de remise en état de la salle.

De plus, la programmation est incomplète et ne comprend pas toujours les informations essentielles. Le nom des opérateurs n'est pas systématiquement précisé. Les dispositifs médicaux nécessaires ne figurent pas toujours. En outre, la programmation ne prend pas suffisamment en compte les contraintes liées à la chirurgie ambulatoire. Il n'existe pas de salle dédiée pour les interventions de chirurgie ambulatoire qui sont intégrées au programme des autres salles. Les programmes ne précisent pas toujours s'il s'agit d'une intervention à réaliser en ambulatoire. En principe, la chirurgie ambulatoire devrait être placée en début de programme pour que les patients puissent être pris en charge dans le service d'ambulatoire avant 17h et repartir dans la journée. Toutefois, afin de préserver le maximum de temps pour les interventions lourdes, celles-ci sont placées de préférence en début de programme ce qui reporte les interventions de chirurgie ambulatoire l'après-midi.

²⁴ ADDA G., 2005, « Fonctionnement optimal du bloc opératoire du futur : indicateurs et bonnes pratiques », *Risques et Qualité*, vol. II, n° 2, pp. 87-94.

Enfin, certains seniors programment des interventions lourdes avec des temps d'intervention réduits alors que c'est l'interne qui démarre l'opération. Dans la mesure où celui-ci n'a pas les mêmes compétences ni la même rapidité, la durée d'intervention est allongée. Le fait d'être un CHU impose certes un enseignement à destination des internes mais cette exigence de formation doit être prise en compte dans les programmes.

Les responsables successifs du bloc opératoire n'ont pas eu la possibilité d'exercer une autorité suffisamment structurante sur l'ensemble du personnel que ce soit du côté de l'encadrement médical ou de l'encadrement soignant. Les personnes qui pourraient avoir une autorité reconnue n'ont pas une disponibilité suffisante pour assurer une présence quasiment constante au sein du bloc opératoire. La dimension universitaire de l'hôpital entraîne la présence de professeurs des universités praticiens hospitaliers (PU-PH) qui ne sont pas à plein temps à l'hôpital. Au-delà de l'activité universitaire, les chirurgiens et les anesthésistes peuvent également être investis dans des missions auprès du siège de l'AP-HP ou d'instances nationales, etc.

Au sein des services de chirurgie, les chefs de service n'ont pas toujours le pouvoir de gérer les tensions entre certains chirurgiens. Dans ce contexte, les programmes opératoires ne sont pas établis en concertation avec tous les acteurs et ne sont pas réalistes.

C) L'hôpital cultive un rapport à l'autorité hiérarchique particulier.

Dans la mesure où le fonctionnement actuel dépend d'une histoire, d'une structure et des individus, une analyse de la réorganisation des blocs opératoires d'Avicenne doit également prendre en compte la culture de l'établissement. Les blocs opératoires mobilisent un panel considérable de professionnels et sont assez exemplaires des modes de fonctionnement implicites qui existent dans l'hôpital. En raison des enjeux de pouvoir attachés aux blocs opératoires, on retrouve là une synthèse des stratégies des acteurs.

L'hôpital Avicenne cultive un rapport à l'autorité hiérarchique particulier. Le sentiment d'appartenance à une communauté unie empêche les personnes qui chercheraient à se distinguer par leur travail de se manifester. L'émulation par la concurrence n'existe pas. L'encadrement de l'hôpital fonctionne selon ce principe-là. Par conséquent, le pouvoir des cadres est effacé et contesté. Les personnels font ce qu'ils veulent et n'ont pas l'habitude de rendre des comptes. Les règles de fonctionnement parallèles régissent l'organisation

au côté des règles formelles qui ne sont pas appliquées. De plus, l'hôpital se complait dans un discours d'exception. L'histoire originale, la situation géographique, la population prise en charge placent l'hôpital à part. Tout est justifié par cette situation particulière qui devient un prétexte à l'inaction. Avicenne ne se sent pas lié par les règles qui s'appliquent à tous les autres hôpitaux. L'hôpital a particulièrement du mal à se plier aux nouvelles modalités de régulation des hôpitaux qui introduisent la comparaison et la concurrence entre les établissements.

Enfin, un projet de réorganisation implique de modifier les pratiques des personnes qui dirigeaient le système antérieur et qui redoutent de perdre de l'influence dans le nouveau système. C'est pourquoi certains acteurs influents ont plus intérêt à faire obstacle aux réformes. Le paradoxe est de solliciter les personnes qui ont contribué à la dégradation du fonctionnement pour mettre en œuvre une nouvelle organisation. La conduite du changement se heurte à une double difficulté ; d'une part, l'autorité est vacante et d'autre part, le système valorise l'inertie.

2.2.2 L'anticipation est inexistante faute d'outils de prévision.

La gestion des contraintes nécessiterait une anticipation des niveaux de ressources et des niveaux d'activité. Les programmes ne sont pas réalisés à partir de prévisions (A) faute de données exploitables (B).

A) L'anticipation est inexistante.

La gestion du bloc se heurte à un véritable problème d'anticipation. D'une part, aucune prévision ne porte sur le volume d'activité. D'autre part, les plannings des personnels et les commandes d'intérimaires ne sont pas gérés en fonction de l'activité prévisionnelle.

Les prévisions d'activité ne sont pas anticipées. Par exemple, les congés et les congrès des chirurgiens ne sont intégrés très en amont de la programmation. La gestion se fait au jour le jour en partant plutôt d'un nombre de salles historique par discipline, que d'une programmation d'interventions.

Les plannings du personnel ne sont pas adaptés aux prévisions d'activité. Avant les restrictions sur l'intérim, les commandes n'étaient pas conditionnées à une prévision d'activité imposant l'ouverture d'une salle supplémentaire. Beaucoup d'aides-soignants

partent en congés en septembre au moment de la reprise de l'activité pendant qu'ils sont en surnombre à certains moments de l'été où les blocs sont fermés. Étant donné les efforts consentis par l'ensemble du personnel pour pallier la pénurie de personnel (changements d'horaires, heures supplémentaires, etc.), les cadres ne sont pas en position de négocier les jours de congés du personnel.

Situation comparative des effectifs d'aides-soignants

	Nombre de salles ouvertes	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	MOYENNE PAR JOUR
Semaine du 21 au 25 juill. 2008	4	6	8	9	9	8	8,0
Semaine du 22 au 26 sept. 2008	6	6	7	7	7	6	6,6

Source : planning des personnels du bloc

Depuis la limitation drastique du recours à l'intérim, les ouvertures de salles sont calculées en fonction des moyens disponibles. Cependant, les éléments prévisibles de variation de l'activité ne sont toujours pas intégrés. Par conséquent, le bloc subit totalement les aléas. Si un arrêt inopiné survient ou si le programme d'urgences est particulièrement chargé, tout est désorganisé. En effet, en raison de l'absence de rigueur des uns et des autres, la planification des salles et la programmation hebdomadaire ne permettent pas d'encadrer les choses. Non seulement, il n'y a pas de mise en adéquation des ressources et de l'activité, mais il n'y a pas non plus d'apport de visibilité pour garder quelques marges de manœuvre en cas d'imprévu.

B) Les indicateurs de pilotage ne sont pas disponibles.

Les données médico-économiques sont lacunaires ou du moins dispersées et peu exploitées.

Les cadres du bloc opératoire ne disposent pas en routine des indicateurs qui leur permettraient d'avoir une visibilité plus grande sur l'évolution de l'activité et des dépenses. Les cadres reçoivent mensuellement les dépenses d'intérim et les dépenses de titre 2 charges à caractère médical et de titre 3 charges à caractère général et hôtelier. Elles suivent le nombre d'intervention à partir du cahier de bloc et remplissent manuellement les tableaux permettant d'obtenir le TROS et le taux de débordement. Ces indicateurs sont affichés au sein du bloc opératoire.

Les données qui existent ne sont pas recoupées. Le département de l'information médicale diffuse mensuellement les séjours réalisés par les services d'hospitalisation.

Apparaît l'activité des services de chirurgie avec une valorisation des recettes correspondantes. La direction des finances diffuse les dépenses du bloc opératoire et l'activité du plateau médicaux-technique : actes CCAM et indices de coûts relatifs (ICR) réalisés au bloc opératoire, actes d'anesthésie.

Plus marginalement les données disponibles proviennent de l'audit réalisé en 2006 et de l'enquête *Benchmarking* de la MeaH réalisée en 2007. Ont été mesurés à ces occasions des indicateurs portant sur l'organisation et sur la productivité : démarrage des salles, ouverture des salles, taux d'occupation, taux de débordement, nombre d'interventions, productivité des différentes catégories de personnel, recours à l'intérim paramédical. Ces indicateurs ont pour la plupart été mesurés une seule fois à l'occasion des audits.

La comptabilité analytique publiée par le siège de l'AP-HP apporte une comparaison des coûts des blocs opératoires de tous les sites, mais la dernière version fiable remonte à 2005.

Aucune analyse n'a été réalisée jusqu'à présent à partir de toutes ces données existantes. Les indicateurs les plus suivis sont les indicateurs MeaH sachant que leur analyse doit être prise avec précaution car le taux d'occupation des salles ne permet pas de tirer de conclusions sur le niveau de l'activité. Le temps d'occupation peut être élevé en raison des durées d'induction ou des délais de remise en état de la salle.

* * *

L'état actuel du bloc opératoire est le fruit de difficultés structurelles mais aussi de mauvaises habitudes. Il n'est pas possible en l'état d'agir sur les problèmes structurels de locaux même si quelques améliorations de l'entretien peuvent être apportées à la marge. Toutefois, une amélioration de l'organisation peut aider à améliorer les choses et à faire face aux années de transition avant l'ouverture des nouveaux blocs opératoires. En particulier, les actions prioritaires doivent porter sur la structuration d'un pilotage renforcé pour apporter de la rigueur à l'organisation et favoriser une dynamique de changement.

3 L'amélioration du fonctionnement du bloc opératoire repose sur un renforcement du pilotage autour d'un objectif partagé.

Dans la mesure où les locaux ne sont pas amenés à évoluer fondamentalement tant que les nouveaux blocs ne sont pas construits, les actions prioritaires doivent concerner l'organisation au sein de la structure existante afin d'améliorer le travail au quotidien et de rationaliser l'emploi des ressources. L'organisation comprend une dimension matérielle (règles de fonctionnement) et humaine (responsabilités des différents acteurs). Afin de parvenir à faire évoluer le bloc opératoire dans son fonctionnement quotidien, les acteurs du bloc doivent en lien avec la direction de l'hôpital s'accorder sur un objectif partagé. L'essentiel demeure dans le renforcement du *management* au sein du bloc pour fédérer autour de ce projet commun, mettre en œuvre les décisions organisationnelles, analyser la performance du bloc, prendre les mesures d'amélioration nécessaires.

La conduite du changement est plus difficile à mener sans évolution de l'environnement. Toutefois, un nouvel élément organisationnel tel que l'informatisation du programme opératoire constitue une opportunité pour revoir les habitudes de travail. L'ampleur du projet de réorganisation des blocs opératoires dépasse le seul cadre de l'informatisation qui ne constitue qu'un outil pour faciliter le pilotage. La prise de conscience de la nécessité de revoir l'organisation du bloc est progressivement admise (3.1). Les acteurs du bloc doivent s'emparer eux-mêmes du problème et s'accorder sur les modalités du pilotage du bloc (3.2).

3.1 La prise de conscience de la nécessité de modifier les pratiques et l'informatisation du bloc opératoire constituent des leviers d'amélioration du fonctionnement du bloc.

La volonté de réformer l'organisation est réelle chez un certain nombre d'acteurs du bloc opératoire (3.1.1). De plus, le déploiement du logiciel de bloc qui permettra l'informatisation du programme opératoire contraint les professionnels à modifier leurs pratiques (3.1.2).

3.1.1 La volonté d'un certain nombre d'acteurs et la mobilisation de la direction maintiennent une dynamique en faveur de la réorganisation du bloc.

Les comptes-rendus de réunions du conseil de bloc témoignent de la capacité des acteurs du bloc à faire des propositions pertinentes pour améliorer le fonctionnement du bloc opératoire. Le conseil de bloc signale régulièrement la nécessité d'envisager une programmation à long terme prenant en compte les déficits prévisibles en personnel et les travaux de rénovation et la nécessité de prévoir les pics d'activité. Le conseil de bloc a également manifesté sa volonté de trouver une meilleure organisation afin de maintenir un certain niveau d'activité malgré la pénurie de personnel infirmier spécialisé. Ces démarches ne se sont pas concrétisées dans de réelles modifications des pratiques. Mais le resserrement des contraintes peut engendrer une réorganisation.

- A) Le resserrement des contraintes financières a permis une prise de conscience de la nécessité de revoir l'organisation du bloc.

Quelques efforts d'organisation ont été constatés. Le pourcentage de premiers patients arrivés au bloc opératoire avant 9h et le pourcentage de premiers patients incisés avant 9h30 a progressé depuis les résultats de l'audit en 2006. Une mesure réalisée sur les semaines du 26 au 30 mai 2008 et du 2 au 6 juin 2008 fait ressortir une tendance significative à l'amélioration : 82% des premiers patients arrivent au bloc avant 9h et 24% des premiers patients ont été incisés avant 9h30 contre 12% en 2006²⁵. La pression financière doit renforcer cette dynamique. La diminution drastique du recours à l'intérim a été très durement vécue par les acteurs du bloc. Toutefois, cette mesure a généré des efforts de la part de tous pour maintenir un certain niveau d'activité pendant l'été. Le fonctionnement à capacité réduite montre qu'une amélioration est possible.

Certains chirurgiens sont inquiets de voir l'activité chirurgicale condamnée à l'hôpital Avicenne alors que les compétences chirurgicales et soignantes sont là. Par exemple, le service de chirurgie thoracique cherche à développer des activités de pointe avec des techniques innovantes. Il participe à des équipes de recherche de l'hôpital Pitié-Salpêtrière à Paris.

Les efforts d'organisation ont échoué jusqu'à présent mais aujourd'hui plusieurs éléments permettent de donner une nouvelle impulsion. La pression financière est telle que l'hôpital n'a pas d'autre choix que de se réformer. De plus, si la situation n'évolue pas, l'activité

chirurgicale pourrait être menacée ce qui aurait un retentissement sur l'ensemble de l'hôpital.

- B) La direction des soins et la direction générale sont mobilisées pour faire aboutir un projet de réorganisation des blocs.

Le soutien de la direction est essentiel pour l'amélioration du fonctionnement du bloc. Par exemple, la direction des ressources humaines a su apporter son appui aux cadres du bloc dans la gestion du personnel ce qui permet de faire avancer les choses. La disponibilité de la direction est perçue comme un soutien par l'encadrement. Les effets de la mobilisation de la direction se font sentir également sur le personnel médical. La pression financière aidant, les chirurgiens ont pris conscience des efforts de réorganisation à mettre en œuvre et accepté les modalités de fonctionnement contraintes (fermeture de salles supplémentaires) proposées par la direction pendant la période des vacances d'été.

Toutefois, la direction doit veiller à ne pas se substituer aux acteurs du bloc. Elle peut s'engager sur des moyens et sur un accompagnement, mais elle ne peut pas remplacer les intervenants du bloc qui sont les seuls à maîtriser le fonctionnement du bloc.

- C) Le bloc opératoire dispose d'une équipe d'encadrement au complet disponible pour participer à la mise en œuvre d'une nouvelle organisation.

L'équipe d'encadrement est désormais au complet. Une cadre de proximité assure depuis juillet 2007 la gestion du bloc du 5^{ème} étage et une IBODE faisant fonction de cadre exerce au bloc central depuis août 2005. La cadre supérieure a pris ses fonctions en janvier 2007. Il existe une bonne complémentarité entre les trois cadres. La cadre du bloc central connaît bien l'organisation, la cadre du bloc du 5^{ème} étage a pris en main le fonctionnement du bloc de spécialités et la cadre supérieure apporte une vision globale extérieure car elle n'est pas IBODE de formation.

La présence de cadres permet de limiter l'apparition de dérives dans les comportements des uns et des autres. Les cadres introduisent une rigueur dans la gestion du bloc

²⁵ Annexe 5.

(gestion des plannings, gestion des commandes) et dans l'organisation que ce soit pour la programmation ou la régulation quotidienne des interventions.

La réorganisation des blocs opératoires n'est possible que si une équipe d'encadrement stable est capable de prendre en main la mise en œuvre des mesures et d'accompagner les équipes de personnel.

D) Le personnel du bloc doit être également sollicité.

Le personnel du bloc peut être force de propositions. Les États généraux du bloc opératoire organisés début 2008 ont réuni un nombre de participants conséquents un samedi. Le personnel connaît les contraintes et les difficultés de fonctionnement. Il a montré son implication : réalisation d'heures supplémentaires, participation à l'effort collectif pour faire des journées en 10 ou 12 heures, etc. Dès que de grosses urgences surgissent ou qu'il faut faire face à des difficultés de fonctionnement le personnel fait preuve de bonne volonté. Il existe une volonté et un dynamisme des équipes à valoriser en les impliquant plus largement dans le projet de réorganisation.

La volonté de l'ensemble des acteurs est un pré-requis pour améliorer l'organisation. En effet, les efforts d'adaptation, de coordination et de discipline ne peuvent porter leurs fruits que s'il existe d'une part une fédération des intervenants du bloc autour d'un projet de réorganisation et d'autre part un accompagnement de la direction.

3.1.2 L'informatisation des blocs opératoires représente un levier pour modifier l'organisation.

Les outils informatiques viennent en appui de la démarche d'optimisation des blocs opératoires. Le logiciel « Informatisation de Programme Opératoire » (IPOP) est un outil développé par le CHU de Grenoble et diffusé au sein des établissements de l'AP-HP. IPOP vise à améliorer la communication et la coordination entre les acteurs qui interviennent au bloc opératoire afin de réguler les flux et d'optimiser l'utilisation des ressources matérielles et humaines. IPOP doit ainsi améliorer la qualité de la prise en charge, les conditions de travail et l'efficacité économique. IPOP prend en charge le processus opératoire de la consultation à la sortie de la salle d'opération et permet de :

- garantir au patient un recueil des informations nécessaire complet et une prise en charge plus fluide (diminution des annulations et des délais d'attente) ;

- simplifier la conception du programme opératoire et le partage de l'information entre les professionnels (réduction des tâches redondantes notamment de ressaisie) ;
- mettre en adéquation les programmes et les ressources humaines et matérielles disponible et augmenter l'efficacité de l'organisation ;
- disposer d'indicateurs de performance pour faciliter le pilotage du bloc opératoire.

En outre, le programme ainsi conçu prend en compte tous les éléments autour de l'intervention et prévoit un temps théorique d'intervention standardisé. Cela permet d'éviter que les programmes soient surchargés.

Le déploiement d'IPOP est une vaste opération ambitieuse qui concerne tous les services de chirurgie et sites interventionnels. L'installation d'IPOP nécessite des pré-requis techniques et un renouvellement du matériel informatique. L'ensemble des utilisateurs doivent être formés : chirurgiens, anesthésistes, secrétaires, cadres des services d'hospitalisation, cadres de bloc, IBODE, IADE, aides-soignants. Le personnel des services de consultation aura également accès au logiciel.

La phase de préparation et la mise en place du logiciel s'étalent sur une période de 8 à 10 semaines. La réunion de lancement a eu lieu le 24 septembre 2008. Dans un premier temps, les responsables du projet proposent une étude organisationnelle du 29 septembre au 24 octobre 2008. Dans un second temps, le paramétrage de l'outil prendra en compte les besoins préalablement définis. Les fonctionnalités concernant la phase pré-opératoire seront disponibles le 1^{er} décembre 2008. L'installation sera terminée le 19 décembre 2008.

IPOP reste un outil au service d'une politique de l'établissement à l'égard du bloc opératoire. Le paramétrage d'IPOP est le reflet de l'organisation cible que souhaitent mettre en place les acteurs du bloc et non l'inverse. Les intervenants et les responsables du bloc doivent en amont se mettre d'accord sur les règles à appliquer, ce qui détermine ensuite les droits et fonctionnalités dont chacun dispose dans l'outil : possibilité de programmer des interventions en surnombre, possibilité de remplacer une intervention par une autre, etc.

3.2 Les acteurs du bloc doivent adhérer à un objectif partagé porté par un pilotage renforcé.

Le bloc opératoire doit avoir un objectif afin de fédérer les acteurs et leur donner une visibilité à court et long terme. Cet objectif doit être partagé par tous et être assorti de moyens sur lesquels s'engagent les différents intervenants. L'objectif assigné au bloc opératoire doit émaner d'une réflexion interne au bloc opératoire (3.2.1) et être porté par une structure de coordination et de pilotage renforcée (3.2.2).

3.2.1 La définition d'un objectif partagé par les acteurs du bloc opératoire permet de susciter l'adhésion à une démarche de réorganisation.

A) Les acteurs du bloc doivent décider ensemble d'un objectif commun.

Dans un premier temps, il est nécessaire de clarifier l'existant : nombre de salles, nombre de personnel médical et non médical, activité réalisée, coûts, etc. La charte du bloc opératoire comprend à ce titre des informations qu'il convient de vérifier, voire de réviser.

Ensuite, la participation de tous les acteurs du bloc opératoire est requise pour définir l'objectif assigné au bloc opératoire. Plusieurs objectifs peuvent être proposés que ce soit en termes d'activité, de conditions de travail, etc. Par exemple, il peut être décidé de réaliser une intervention supplémentaire par opérateur et par jour ou encore d'améliorer les conditions d'exercice au bloc opératoire :

Objectifs	Délais	Moyens nécessaires et engagements réciproques	Indicateurs de résultat	Gains attendus
1 intervention supplémentaire par chirurgien par jour	6 mois	Personnel Installation Outils (programmation, etc.)	Nb d'interventions réalisées par chirurgien par jour	Développement de l'activité Financement de moyens supplémentaires
Amélioration de la programmation	2 mois	Prévisions d'activité Prévisions des ressources Programmation réaliste Respect de la programmation Renforcement de la communication	% d'interventions connues à J-4 % d'interventions reportées ou déprogrammées	Amélioration des conditions de travail Optimisation de l'occupation des salles Optimisation des ressources humaines disponibles
Amélioration des conditions de travail	3 mois	Personnel Installation Outils (programmation, etc.)	% des premiers patients incisés avt 9h	Meilleur environnement de travail Augmentation du nombre d'interventions

Un intervenant extérieur peut être sollicité pour animer un séminaire d'une demi-journée destiné à définir l'objectif partagé du bloc opératoire.

La contribution des différents acteurs à l'atteinte de l'objectif doit être définie. Les partenaires doivent s'engager sur les moyens et les délais alloués à la réalisation de l'objectif. À cet égard, l'investissement de la direction doit être réel. Si un certain nombre de règles doivent être respectées, il faut que le pouvoir décisionnel soit en mesure de prendre les décisions en conséquence.

L'évaluation des résultats doit être conduite au terme du délai à partir des indicateurs qui auront été définis au préalable. Quelques indicateurs doivent être sélectionnés pour suivre la réalisation de l'objectif et corriger le cas échéant les moyens mis en œuvre, les délais de réalisation, etc.

Les professionnels (chirurgiens, anesthésistes, personnel infirmier spécialisé, aides soignants, cadres) doivent pouvoir exprimer ce dont ils ont besoin pour travailler et réaliser cet objectif commun. L'adhésion de chacun au projet sera ainsi facilitée.

B) La communication à destination des acteurs du bloc ne doit pas être négligée.

Le bloc souffre d'une absence de visibilité à court et long terme. Le personnel soignant et médical manque de perspectives sur l'avenir du bloc opératoire. Le blocage de l'intérim, les difficultés de recrutement de personnel titulaire, les incertitudes sur le futur bloc opératoire contribuent à alimenter les inquiétudes et les frustrations des professionnels. Les nouveaux blocs opératoires sont prévus depuis de nombreuses années. En 2001, le début des travaux avait été annoncé pour 2003. Les locaux neufs devaient être terminés fin 2004, tandis que les travaux de rénovation devaient s'achever fin 2005. La perspective du nouveau bloc est sans cesse plus lointaine. La vétusté et l'exiguïté des locaux actuels, l'entretien défaillant favorisent le sentiment d'un laisser aller et soulignent l'absence d'engagement en faveur d'un objectif commun affiché.

C'est pourquoi il est essentiel non seulement de réunir les acteurs du bloc pour définir un objectif mais également de leur donner des perspectives. Il faut redonner confiance aux acteurs et les mobiliser sur un projet qu'ils contribuent à élaborer. La communication autour de l'objectif du bloc permet de clarifier la situation et de donner une direction claire tout en mettant fin aux inquiétudes sur l'avenir du bloc opératoire.

La définition d'un objectif facilite la mobilisation des acteurs. De plus, les responsables peuvent vérifier que les engagements pris par les participants sont respectés.

3.2.2 Le renforcement du pilotage est un impératif pour améliorer l'organisation.

Des correctifs à apporter à l'organisation découleront de l'objectif que définiront les acteurs du bloc. Cependant, l'amélioration du fonctionnement du bloc opératoire dépend de la qualité du pilotage (A), de la définition des responsabilités de chacun (B), de la mise à disposition d'outils de gestion efficaces (C) et d'un souci de communication (D).

- A) Le *management* du bloc doit être renforcé autour d'un responsable et d'une structure de coordination.

La complexité de l'organisation d'un bloc opératoire, la multiplicité des intervenants, la survenue des aléas plaident pour la désignation d'un responsable qui puisse avoir autorité sur tous les acteurs du bloc opératoire. Cette responsabilité peut s'envisager selon plusieurs scénarios : une responsabilité unique ou une responsabilité partagée.

La responsabilité du bloc opératoire peut être confiée à un binôme chirurgien-anesthésiste. Il semblerait qu'un consensus se dégage en faveur de cette option au sein de la communauté médicale. Le responsable du bloc ne peut toutefois être présent au bloc en permanence. Il doit donc être aidé dans la gestion quotidienne du bloc par une structure de coordination cohérente et efficace qui assure la gestion des urgences et la régulation quotidienne de la programmation.

Le bloc opératoire a besoin d'un responsable qui gère la source principale d'aléas, c'est-à-dire les urgences. La difficulté qui se pose est de déterminer la priorité entre les urgences d'orthopédie et de digestif. Les conflits entre chefs de clinique qui affirment que leur patient est prioritaire sont récurrents. Les urgences thoraciques sont plus rares mais elles ne sont jamais contestées car il s'agit alors de risques vitaux.

Comme le relèvent certains acteurs du bloc, l'identification quotidienne d'un responsable chirurgical fonctionne mal. Dans la mesure où ce responsable est différent chaque jour, il ne s'implique pas véritablement dans la gestion des urgences. De plus, cette personne est mal identifiée par les personnes qui pourraient y avoir recours. La responsabilité du bloc doit au contraire être assumée par un arbitre qui remplit les conditions suivantes :

- être accepté par les chirurgiens et pouvoir affronter les chefs de cliniques ;
- pouvoir se prononcer sur la hiérarchie des urgences en fonction des indications chirurgicales ;
- assurer la fonction pendant une durée minimum d'une semaine, la continuité de la fonction permettant l'identification du responsable et la connaissance des patients qui n'ont pas été opérés la veille qui pourraient donc être prioritaires ;
- être présent sur l'hôpital toute la semaine pendant laquelle il est responsable.

La régulation des urgences pourrait ainsi incomber à un senior des trois spécialités concernées par les urgences selon une alternance hebdomadaire conformément à la proposition faite par un chirurgien digestif et un chirurgien orthopédique lors d'une réunion de programmation hebdomadaire.

Par ailleurs, il est justifié que les cadres (cadres de santé et cadre supérieure) assurent la régulation du programme au quotidien. Elles maîtrisent tous les paramètres à prendre en compte. Afin de voir si un patient peut être pris en charge, elles vérifient auprès des différentes catégories de personnel de la faisabilité de l'intervention en fonction du temps, du matériel, des personnes disponibles.

B) Les responsabilités de chacun doivent être clairement définies.

L'identification claire des responsabilités de chacun est essentielle pour assurer un fonctionnement optimal du bloc opératoire. Le rôle de l'encadrement est crucial pour accompagner le changement, redonner confiance et redresser les comportements qui entravent le bon fonctionnement de l'organisation. En ce qui concerne le corps médical, les chefs de service de chirurgie doivent réaffirmer leur autorité managériale auprès de leurs équipes.

Les cadres sont responsables de l'organisation du bloc opératoire, de la gestion des ressources humaines et matérielles et de la régulation quotidienne du bloc opératoire.

Pour le personnel soignant du bloc opératoire, les fiches de poste existent mais elles n'ont pas été révisées depuis 2002. Elles devraient être mises à jour par l'encadrement notamment en ce qui concerne les aides-soignants. Les fiches de poste ne sont pas suffisamment détaillées et donnent un prétexte à certains agents pour refuser de faire certaines tâches. L'accent doit également porter sur les interdépendances qui existent entre les différentes fonctions au sein du bloc opératoire pour que chaque acteur prenne conscience de sa participation à un processus global et à un objectif commun. Les fiches de poste devraient servir de support à l'évaluation annuelle des agents. Il serait d'ailleurs intéressant de faire participer les différentes catégories d'agents à la définition des fiches de poste ce qui permettrait de réfléchir aux organisations de travail avec les intéressés. Par exemple, faut-il qu'un aide-soignant soit chargé quotidiennement des courses extérieures ? En effet, dans l'organisation actuelle tous les agents sont censés s'occuper de toutes les tâches. Lorsqu'il faut porter un tube d'examen au laboratoire, les agents perdent du temps à se déshabiller et à se rhabiller.

Les chefs de service ont la responsabilité de constituer un tableau de service et de vérifier que les équipes médicales sont présentes. L'autorité du chef de service doit permettre d'apporter de la rigueur dans les comportements des chirurgiens au bloc opératoire.

Enfin, le rôle du conseil de bloc doit éventuellement être réaffirmé. Il n'assure pas pleinement ses missions :

veiller au déroulement harmonieux de l'activité du bloc opératoire
diffuser et faire appliquer les règles de fonctionnement du bloc opératoire
repérer les dysfonctionnements, les analyser et y apporter des solutions
optimiser la planification des salles d'opération

Étant donné la complexité de la gestion du bloc opératoire, le respect des règles de fonctionnement est indispensable. Il s'agit de faire connaître les responsabilités de chaque maillon de la chaîne en rappelant les enjeux pour le patient, le service, le bloc, l'hôpital. Il s'agit également de rappeler les gains potentiels pour les uns et les autres.

C) Les outils adéquats doivent venir en appui au pilotage.

Le pilotage ne peut être réalisé qu'à partir de données objectives. L'analyse doit ensuite être conduite sur l'identification des causes afin de trouver des solutions.

Les indicateurs pertinents doivent être sélectionnés pour suivre trois types d'information : la capacité du bloc opératoire, la qualité des processus, l'activité.

On distingue quatre types d'indicateurs. Les indicateurs de structure mesurent les moyens mis en œuvre pour répondre aux objectifs fixés. Les indicateurs de processus renseignent sur l'amélioration des organisations par rapport aux objectifs fixés. Les indicateurs de résultats mesurent la performance globale de la structure en termes d'organisation, de qualité et de productivité. Enfin les indicateurs de satisfaction informent sur le niveau de qualité des prestations²⁶. Au travers de cette typologie, la nécessité de définir un objectif aux blocs opératoires est évidente. Elle permet de stimuler les acteurs du bloc et d'évaluer ensuite la performance de l'organisation. L'existence d'un objectif permet aussi de sélectionner quelques indicateurs parmi une multitude de données.

Le pilotage du bloc doit reposer sur des indicateurs fiables obtenus simplement. En ce qui concerne l'activité et l'organisation, on peut citer :

²⁶ « Indicateurs, Évaluer la qualité » in *Décision Santé* – Supplément au n° 244– Avril 2008, p. 8.

Indicateurs de structure	Nombre de salles
	Taux de vacation offert (TVO)
	Temps réel d'occupation de la salle (TROS)
	Taux de débordement
Indicateurs de processus	Délai d'attente entre l'arrivée au bloc et l'entrée en salle
	% d'interventions reportées pour défaut de matériel ou de personnel
	% d'interventions reportées pour défaut de préparation
Indicateurs de résultats	% de patients maintenus au bloc pour défaut de place en SSPI
	Nombre de patients pris en charge
	Nombre d'actes réalisés et somme des ICR
	Ration activité programmée/ activité non programmée
	Durée moyenne d'intervention

Les acteurs du bloc ont besoin de connaître l'activité du bloc notamment pour améliorer la programmation. À cet égard, l'apport du logiciel de bloc doit être souligné. En effet, IPOP permet d'informatiser le programme opératoire et mais aussi de connaître plus finement l'activité grâce à des indicateurs obtenus en routine.

De plus, les indicateurs permettent de se comparer par rapport à un objectif. La T2A renforce la nécessité d'avoir une connaissance précise de l'activité et l'occupation des blocs afin de pouvoir optimiser l'utilisation des blocs et augmenter les recettes d'activité. De nombreux autres indicateurs peuvent aussi être retenus pour connaître la qualité de la prise en charge par exemple. Dans un contexte de pénurie des IBODE, un indicateur de suivi de l'absentéisme peut être intéressant. La conjoncture actuelle invite également à suivre attentivement la situation des dépenses par rapport à la cible fixée d'après la déclinaison de l'EPRD.

Des supports simples réunissant les informations obtenues par diverses sources (IPOP, PMSI, suivi des dépenses, etc.) doivent être travaillés en concertation avec les cadres pour permettre un pilotage du bloc opératoire. Exemple de tableau de bord mensuel :

	Cible	2008	2007	Ecart cible	Evol/ n-1
Actes CCAM					
Thoracique					
ORL					
Stomatologie					
Ophthalmologie					
Orthopédie					
Digestif					
Total					
Occupation des salles					
TVO					
TROS					
Taux de débordement					
Situation financière					
Personnel					
<i>PM</i>					
<i>PNM</i>					
<i>mensualités de remplacement</i>					
<i>heures supplémentaires</i>					
<i>interim</i>					
Dépenses médicales					
<i>DMI T2A</i>					
Dépenses hôtelières et générales					
Total T1+T2+T3					
Personnel non médical					
ETP rémunérés					
Taux d'absentéisme MO < 6j					
Qualité de l'organisation					
Taux de transfert des urgences pour indisponibilité chirurgicale					
Taux d'interventions connues à J-4					
Délai d'attente entre l'arrivée du patient et l'entrée en salle					
% de report pour défaut de préparation					
% de report pour défaut de matériel ou de personnel					

D) La communication et la formation ne doivent pas être négligées.

Pour favoriser l'adhésion des acteurs, la communication est un levier important. L'absence de visibilité est souvent un facteur d'inertie. Au contraire, la communication autour d'un objectif et des résultats atteints permet de mobiliser les intervenants. La communication à partir des indicateurs a l'avantage de susciter un échange sur des données fiables et concrètes et de sensibiliser sur les gains obtenus.

La formation est également essentielle. Le déploiement d'IPOP doit impérativement s'accompagner d'une formation efficace pour que les utilisateurs s'approprient les outils. Il faudra que l'encadrement soit vigilant et accompagne les personnels car le calendrier de déploiement est très serré.

* * *

Conclusion

Le bloc opératoire de l'hôpital Avicenne rencontre des problématiques classiques d'organisation et de performance. Les contraintes et la culture propres à l'établissement ont progressivement pérennisé la désorganisation et le manque de discipline. Cependant, le contexte est inédit. La pression financière est telle que pour la première fois les acteurs locaux prennent conscience que les réorganisations sont inéluctables. La désorganisation du bloc opératoire génère des pertes de recettes qui ne sont plus compatibles avec le déficit de l'hôpital. Elle empêche l'activité chirurgicale de se développer malgré le potentiel existant. Les marges d'augmentation de l'activité chirurgicale sont réelles en raison du bassin de population du territoire de santé et en raison des compétences chirurgicales et soignantes disponibles à l'hôpital. L'optimisation du fonctionnement des blocs opératoires est ainsi cruciale pour la pérennité de la chirurgie à l'hôpital Avicenne.

L'amélioration de l'organisation et de la performance du bloc opératoire ne peut reposer que sur une adhésion des acteurs au changement. En effet, les règles existent, certains outils sont disponibles mais les processus de gestion restent inefficaces. Les actions à mettre en place ne doivent pas rester une énième fois sans effet. Certes, l'informatisation du programme opératoire est une forte contrainte. De fait, le déploiement du logiciel IPOP impose de modifier les pratiques de manière radicale. Toutefois, l'informatisation reste un outil. Le logiciel ne règlera pas les dysfonctionnements sans un engagement des acteurs en faveur du changement. Un pilotage renforcé semble essentiel pour ramener une rigueur dans les pratiques et donner une visibilité aux acteurs du bloc. Il faut réussir à susciter une volonté commune au sein de la communauté chirurgicale et soignante de participer à l'amélioration de l'organisation. La communication autour des résultats obtenus est un levier à utiliser. La communication à partir d'indicateurs de performance peut favoriser les échanges, stimuler les acteurs et engendrer un cercle vertueux. La communication doit également insister sur les gains attendus même s'ils sont modestes. Par exemple, les efforts de chacun en faveur de l'amélioration du fonctionnement du bloc opératoire procureront un environnement de travail serein et de qualité.

Le travail de réorganisation en profondeur commence seulement. De nombreux chantiers sont à mener dans les mois et les années à venir. Dans un premier temps, il paraît prioritaire de se concentrer sur le pilotage du bloc opératoire et trois actions d'amélioration portant sur la programmation hebdomadaire, la régulation quotidienne et la communication. En structurant ainsi l'organisation du bloc opératoire, de nouvelles marges de manœuvre devraient être dégagées. L'organisation ne devrait plus être un frein au développement de l'activité. Ensuite, il serait intéressant de poursuivre la réflexion

en s'intéressant plus aux caractéristiques mêmes de l'activité réalisée. Des projets sont à conduire pour optimiser la planification des salles en fonction du niveau d'activité des disciplines et pour structurer la chirurgie ambulatoire. Les résultats de l'analyse sur le dimensionnement des futurs blocs pourront être des leviers pour réfléchir aux orientations à prendre en matière d'activité chirurgicale.

Cependant, l'objectif d'augmentation de l'activité finit forcément par entrer en contradiction avec l'objectif de réduction des moyens. Le bloc fonctionne avec une capacité de plus en plus réduite (nombre de salles, nombre d'IBODE) et ne peut pas augmenter son activité sans moyens supplémentaires. Le personnel reste un facteur clé de succès. Il faut pouvoir disposer des compétences et des équipes pour réaliser l'objectif qui est assigné. Le développement de l'activité passe nécessairement par un investissement initial qui ne porte des fruits qu'ensuite. La logique actuelle qui est d'octroyer des moyens une fois le financement produit atteint ses limites lorsqu'un établissement a certes une masse salariale en dépassement mais une structure d'emploi incohérente avec les objectifs qu'il doit atteindre. À un moment donné il faudra que le cercle vicieux puisse être rompu.

Bibliographie

Ouvrages :

- EXPERT P., 2004, *La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle*, Paris : Berger-Levrault, 221 pages.

Textes officiels :

- AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION D'ÎLE-DE-FRANCE, 2006, *Schéma régional d'organisation sanitaire 3*, Paris.
- AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION D'ÎLE-DE-FRANCE, 2008, *Schéma régional d'organisation sanitaire, « Volet cancérologie »*, Paris, 108 pages.
- DIRECTION DES HÔPITAUX. Circulaire n°DH/FH/ n° 2000-264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer. Journal officiel, 22 mars 2007.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer. Journal officiel, 22 mars 2007.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

Articles et revues :

- *Décision Santé*, 2008, *Bloc opératoire. Viv(r) le progrès*, supplément au n° 244.
- ADDA G., 2005, « Fonctionnement optimal du bloc opératoire du futur : indicateurs et bonnes pratiques », *Risques et Qualité*, vol. II, n° 2, pp. 87-94.
- BARNABÉ M.-N., MAUPETIT B., THIERRY J.-P., 2005, « Informatisation du bloc : l'exemple du groupe hospitalier Simone-Veil » (entretien), *Le Point sur...*, n° 102, pp. 11-12.

- BERTRAND V., TOBIA P., 2001, « La mise en place d'une politique d'achat et de maintenance des dispositifs médicaux aux blocs opératoires de Poissy/Saint-Germain-en-Laye : un gage de sécurité », *Techniques hospitalières*, n° 662, pp. 24-26.
- BEUTTER P., 1999, « Les outils informatiques dans la gestion du bloc », *Revue hospitalière de France*, n° 1, pp. 70-73.
- CHRISTOPHE R., 1999, « Organisation d'un bloc opératoire », *Revue hospitalière de France*, n° 1, p. 56.
- DUALÉ C., TAHÉRI H., SHOEFFLER P., 2005, « Mobiliser les acteurs jusqu'où ? Le syndrome d'épuisement professionnel au bloc opératoire », *Risques et Qualité*, vol. II, n° 2, pp. 112-116.
- GARNERIN P., 2005, « Vers un suivi en 'temps réel' de l'activité du bloc opératoire : impact sur la qualité et la sécurité des soins ? », *Risques et Qualité*, vol. II, n° 2, pp. 101-107.
- MATHIS D., 2005, « Le point sur... le bloc opératoire », *Le Point sur...*, n° 102, pp. 15-16.
- NATHAN G., 1999, « Le bloc opératoire au sein du projet médical », *Revue hospitalière de France*, n° 1, pp. 49-50.
- PERNICENI T. et BOUREL P., 1999, « Évaluation médicale et bloc opératoire », *Revue hospitalière de France*, n° 1, pp. 62-65.
- SFEZ M. et BAZIN G., 2005, « Qualité et sécurité au quotidien au bloc opératoire », *Risques et Qualité*, vol. II, n° 2, pp. 69-73.
- SINDA P., 2001, « Organisation du bloc opératoire du site de Saint-Germain-en-Laye », *Techniques hospitalières*, n° 662, pp. 20-23.
- TABARY N., 2001 « Organisation des blocs opératoires du site de Poissy », *Techniques hospitalières*, n° 662, pp. 16-19.

Rapports et études :

- DEPORCQ B. (ed.), 1998, *Organisation des blocs opératoires* (rapport de la Direction du personnel et des relations sociales de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris), Paris, 83 pages.
- KRIEF J., 2007, *Étude d'optimisation de fonctionnement des blocs opératoires* (rapport d'Audit du cabinet Adopale pour l'hôpital Avicenne), Paris, 17 pages.

- MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS, 2006, *Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques. Recueil des bonnes pratiques organisationnelles observées*, Paris, 85 pages.
- MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS, 2006, *Qualité et efficacité, l'hôpital avance. 30 « belles histoires » de réorganisation des hôpitaux et cliniques*, Paris, 40 pages.
- TONNEAU D. et LUCAS A., 2006, *Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques. Rapport final* (rapport de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers), Paris, 57 pages.

Liste des annexes

Annexe 1 : Répartition des salles d'opération à l'hôpital Avicenne

Annexe 2 : Liste des entretiens réalisés dans le cadre du mémoire

Annexe 3 : Critères d'agrément pour la pratique de la chirurgie des cancers

Annexe 4 : Circulaire n° DH/FH/2000/264 du 19 mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé

Annexe 5 : Indicateurs relatifs au démarrage des salles du bloc opératoire

ANNEXE 1 :

Répartition des salles d'opération de l'hôpital Avicenne

Salle 1 (B0) : urgences

Salle 2 (B0) : chirurgie orthopédique (lundi et vendredi)
chirurgie viscérale (mardi)
chirurgie thoracique (mercredi et jeudi)

Salle 3 (B0) : chirurgie thoracique

Salle 4 (B0) : chirurgie orthopédique

Salle 5 (B5) : chirurgie digestive

Salle 6 (B5) : chirurgie ORL (mardi, mercredi, jeudi, vendredi)
chirurgie digestive (lundi)

Salle 7 (B5) : chirurgie ORL

Salle 8 (B5) : ophtalmologie

ANNEXE 2 :

Entretiens réalisés dans le cadre du mémoire avec les personnes ou catégories de personnes suivantes :

Au sein du bloc opératoire :

Aide-soignant

Infirmière de bloc opératoire

Infirmière anesthésiste

Cadre supérieure de bloc opératoire

Cadre de santé au bloc opératoire

Anesthésiste

Responsable du bloc opératoire

Dans les services de chirurgie :

Chirurgien digestif

Chirurgien thoracique

À la direction :

Directrice de l'établissement

Directrice des soins

Cadre expert en soins

À l'extérieur :

Responsable des blocs opératoires à l'AP-HP

ANNEXE 3 :

Critères d'agrément définis par l'institut national du cancer (INCa): pour la pratique de la chirurgie des cancers (ARHIF, 2006, SROS. Volet cancérologie, p. 106) :

« I) Les 8 critères généraux applicables à toute chirurgie carcinologique sont :

- la qualification des chirurgiens dans la spécialité d'intervention et la justification d'une activité régulière dans ce domaine, quel que soit l'établissement dans lequel elle est réalisée,
- la présentation du dossier patient en RCP en présence d'au moins un des chirurgiens participant au traitement,
- le dossier patient contiendra le compte rendu de la RCP, un compte rendu anatomopathologique et un compte rendu opératoire contenant au moins les éléments définis par l'INCa,
- l'organisation permettant de réaliser des examens histologiques extemporanés,
- en cas de besoin, l'accès organisé à une tumorothèque,
- le plan de formation pour le personnel soignant,
- mise en place de la démarche qualité (réunions régulières de morbi- mortalité),
- l'autoévaluation annuelle des pratiques au moyen d'indicateurs, relatifs notamment à l'activité par chirurgien, définis par l'INCa et dans le cadre du suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

II) Ces critères généraux seront complétés, pour les autorisations de chirurgie du cancer soumises à seuil, par les critères spécifiques suivants :

- **chirurgie carcinologique mammaire** : l'accès organisé – sur place ou par convention – aux techniques de plastie mammaire, de détection du ganglion sentinelle, de repérage mammaire et à un service de médecine nucléaire. Une radiographie de la pièce opératoire peut être réalisée sur place
- **chirurgie carcinologique digestive** : discussion du dossier patient et indications opératoires validées en RCP avec présence du chirurgien pour les cancers de l'œsophage, du foie, du pancréas, et du rectum sous péritonéal, et appréciation de l'adéquation du plateau technique à l'intervention prévue et à la continuité des soins postopératoires,
L'accès, sur place ou par convention, à l'endoscopie digestive opératoire et à la radiologie interventionnelle est organisé.
- **chirurgie carcinologique urologique** : accès sur place ou par convention à la radiologie interventionnelle urologique,
- **chirurgie carcinologique thoracique** : accès organisé, sur place ou par convention, à une unité d'endoscopie trachéo-bronchique, à la chirurgie thoracoscopique et à l'imagerie par TEP et IRM,
- **chirurgie carcinologique gynécologique** : discussion du dossier patient et indications opératoires validées en RCP avec présence du chirurgien pour les cancers de l'ovaire ; et appréciation de l'adéquation du plateau technique à l'intervention prévue et à la continuité des soins postopératoires, accès assuré à la coeliochirurgie,
- **chirurgie carcinologique ORL et cervico-faciale et chirurgie carcinologique maxillo-faciale** : accès, sur place ou par convention, à la chirurgie endoscopique et, pour la pratique de la chirurgie carcinologique maxillo-faciale, à un laboratoire de prothèse maxillo-faciale. »

ANNEXE 4 :

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

Extraits :

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

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

- I chirurgien intervenant au niveau du bloc opératoire,
- I médecin anesthésiste réanimateur, désignés sur proposition de la Commission médicale d'établissement (CME) ;
- le responsable de l'organisation du secteur opératoire ; ce responsable pouvant être le cadre de santé infirmier, surveillant chef s'il existe ou un cadre de santé infirmier surveillant ;
- le cadre de santé infirmier anesthésiste diplômé d'État, s'il existe, ou un cadre de santé infirmier de bloc opératoire désigné sur proposition de l'infirmier général, directeur du service de soins infirmiers ou sur proposition de la sage-femme coordinatrice pour les personnels de blocs obstétricaux ;
- le responsable du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou son représentant y participe en tant que de besoin.

Les membres sont désignés pour une durée de trois ans renouvelable.

Le Président du conseil de bloc opératoire est le responsable de l'organisation du secteur opératoire. Cette instance doit se réunir au moins une fois par mois sur convocation de son président et établir par période hebdomadaire le planning d'occupation des salles d'opérations. D'autres membres peuvent être invités à titre consultatif en leur qualité d'experts selon l'ordre du jour. Les missions du conseil de bloc opératoire doivent permettre la mise en place d'une organisation rationnelle du travail en tenant compte des moyens humains et matériels, de la réglementation relative au temps de travail, à l'exercice professionnel et, aux règles de sécurité sanitaire et anesthésique.

Les missions du conseil de bloc opératoire portent notamment sur :

a) la programmation du tableau opératoire en tenant compte :

- des moyens en personnels
- des règles de sécurité anesthésique
- du type d'intervention (risque septique, âge des patients) et des caractéristiques des patients ; en liaison, notamment, avec les services de consultations, le service de chirurgie ambulatoire, les services de réanimation, les secteurs d'hospitalisation.

b) la résolution des dysfonctionnements dans les établissements publics de santé ;

c) la mise en place des protocoles d'hygiène et la validation des protocoles thérapeutiques spécifiques au bloc opératoire ;

d) la rédaction d'une charte de fonctionnement et d'organisation interne du bloc opératoire ;

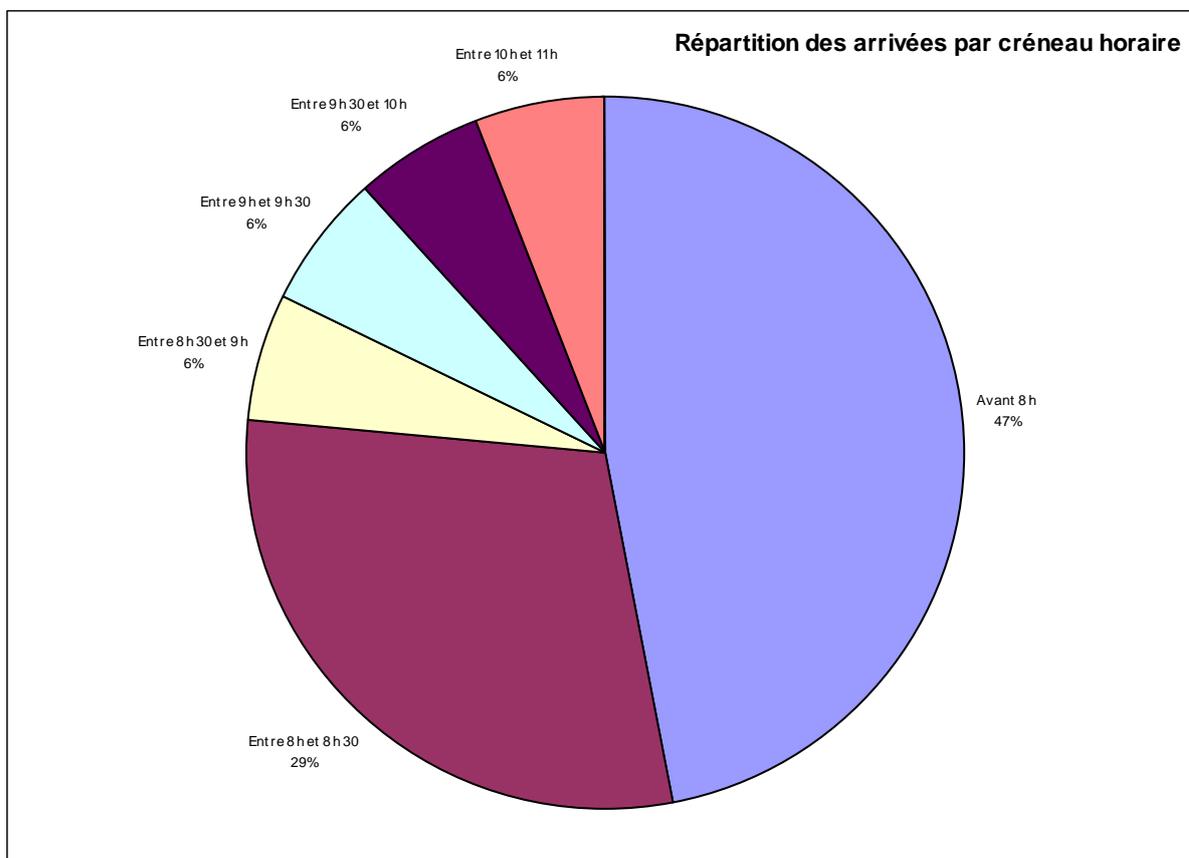
e) la proposition d'actions de formation continue médicale et paramédicale en lien avec l'évolution des techniques, l'adaptation des compétences, et des objectifs de développement de l'établissement.

Chaque année, le conseil de bloc opératoire établit un rapport d'activité du bloc opératoire et le transmet à la CME.

ANNEXE 5 : Indicateurs relatifs au démarrage des salles d'opération

Relevés réalisés sur les semaines du 26 au 30 mai 2008 et du 2 au 6 juin 2008

Répartition des arrivées des premiers patients au bloc opératoire :



Heure d'incision des premiers patients :

