



**EHESP**

---

**Directeur des Soins**

Promotion : **2011**

Date du Jury : **décembre 2011**

---

***« Définir une unité d'œuvre au bloc opératoire :  
un outil de mesure au service de  
la qualité des soins ».***

---

**Véronique CAHÉREC**

---

## **R e m e r c i e m e n t s**

---

***À Josette, Christel et Pilar déclencheuses de réactions***

«C'est leur pertinence qu'on reproche aux impertinents.»

***A Gérard et Philippe, chirurgiens s'il en est, mais tellement plus que ça***

«Les grands hommes sont soucieux d'éthique, les petits d'étiquette.»

***Claude FRISONI***

***À Jacques, qui m'a convaincue que « l'unité d'œuvre »***

«Une civilisation qui s'avère incapable de résoudre les problèmes que suscite son fonctionnement est une civilisation décadente.»

***Aimé CESAIRE***

***À ma famille et associés, avec tout mon amour***

« Les hommes se plaisent à penser qu'ils peuvent se débrouiller seuls, mais l'homme, le vrai, sait que rien ne vaut le soutien et les encouragements d'une bonne équipe ».

***Tim ALLEN***

---

# S o m m a i r e

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Contexte</b> .....	<b>5</b>
1.1 Quelques notions sur l'économie de la santé pour le pilotage des établissements .....	5
1.2 Identifier les outils de mesures, qui influent sur les fonctionnements hospitaliers .....	6
1.2.1 Du programme médicalisé du système d'information.....	6
1.2.2 ...À la définition des unités d'œuvre par fonction de production .....	8
1.3 Les outils de suivis et de pilotage : CREA et TCCM .....	9
1.4 Les indicateurs spécifiques de l'organisation au bloc opératoire .....	10
1.4.1 Le bloc opératoire : une organisation complexe mais maîtrisable.....	10
1.4.2 L'organisation des ressources humaines, un axe d'amélioration de la prestation .....	12
1.5 Problématique et organisation de l'étude.....	13
1.5.1 La problématique .....	14
1.5.2 Les hypothèses.....	15
1.5.3 La méthodologie.....	16
<b>2 L'étude de terrain</b> .....	<b>18</b>
2.1 Description des terrains d'enquête .....	18
2.1.1 L'établissement A.....	18
2.1.2 L'établissement B.....	19
2.2 Analyse des entretiens et des observations .....	19
2.2.1 L'impact et l'appropriation des outils de performance organisationnelle dans les blocs opératoires .....	20
2.2.2 La connaissance des pratiques est autant un outil de valorisation qualitative que de suivi économique .....	26

<b>3</b>	<b>Des outils pour relier qualité des soins et maîtrise des coûts .....</b>	<b>36</b>
3.1	Les outils existants et la qualité des soins.....	36
3.1.1	Développer la qualité par le programme opératoire .....	37
3.1.2	L'industrialisation des processus par l'utilisation d'un système d'information .....	39
3.2	Le pilotage médico économique .....	41
3.2.1	Déterminer une unité d'œuvre au bloc opératoire .....	41
3.2.2	S'approprier l'unité d'œuvre pour piloter la structure .....	46
	<b>Conclusion.....</b>	<b>53</b>
	<b>Sources et Bibliographie .....</b>	<b>55</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>59</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

A.R.S (H)	Agence Régionale de Santé (ou d'Hospitalisation)
CA(H)	Comptabilité Analytique (Hospitalière)
CAP	Cadre Administratif de Pôle
CSMB	Consommation de Biens et Produits Médicaux
CP	Chef de Pôle
CG	Contrôleur de Gestion
C(S)S	Cadre (Supérieur) de Santé
CREA	Compte de Résultats Analytiques
CREO	Compte de Résultats par Objectifs
DG	Directeur Général d'un EPS
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DS	Directeur des soins
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
ENC (C)	Échelle Nationale des Coûts (à méthodologie Commune)
E.P.S	Établissement Public de Santé
E.P.R.D	État Prévisionnel des Dépenses et des Recettes
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHS	Groupe Homogène de Séjour
IADE	Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État
IBODE	Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'État ou panseuse
M.C.O	Médecine, Chirurgie et Obstétrique
O.C.D.E	Organisation de Coopération et de Développement Économique
O.M.S	Organisation Mondiale de la Santé
P.I.B	Produit Intérieur Brut
P.M.S.I.	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SSPI	Salle de Surveillance Post-Interventionnelle
T2A	Tarifcation À l'Activité
TCCM	Tableau de Coût Case-Mix

## Introduction

Les termes « efficience » et « performance » hospitalières sont devenus d'usage courant lorsque l'on évoque le monde de la santé ces dernières années. Cela signe, d'une part, la nécessité de répondre aux besoins de santé de la population, tout autant que de connaître les ressources utilisées pour y répondre. D'autre part, cela démontre l'importance de la maîtrise des dépenses du coût d'un bien inestimable, qui est aussi considéré comme un droit : la santé.

En effet, selon la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S), il est établi que : *« la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, constitue l'un des « droits fondamentaux » de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».*

En ce sens les États organisent les moyens nécessaires à la garantie de ce droit. Le poids représenté par les dépenses de santé a entraîné la création d'une branche spécifique de l'économie : « l'évaluation médico-économique ». Elle permet d'appliquer les méthodes et outils de la science économique au domaine de la santé. Cette approche permet d'analyser l'efficacité du système de santé en vue de l'attribution et du partage des ressources. Pour se faire elle introduit la notion de performance organisationnelle en prenant exemple sur le monde de l'entreprise. L'identification des besoins et la définition des priorités de santé sont des préalables indispensables.

Les différents textes portant réforme hospitalière, se sont enchaînés rapidement mais sur quarante ans, ils ont créé de nombreuses modifications. Les derniers ont été pensés pour mettre en place un système de mesure et de contrôle tout en assurant la réponse aux besoins de santé. L'organisation de la répartition de l'offre de soins et la maîtrise des dépenses de santé sont les fils guides de cet ensemble et des pans entiers de l'organisation hospitalière ont été modifiés.

Cependant, les premiers bilans effectués, par les établissements de santé (ES) eux-mêmes, montrent comme il est difficile pour un hôpital de connaître le rapport entre la qualité de sa production de soins et le coût des ressources employées. C'est pour étayer cette connaissance qu'ont été mis en place les systèmes tels que le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) et la Tarification À l'Activité (T2A).

Ces outils vont permettre d'obtenir des informations quantifiées et standardisées, non seulement pour mesurer l'activité et les ressources d'un établissement, mais aussi pour réaliser des comparatifs qualitatifs et économiques entre différents centres de production.

C'est donc à partir de ces mesures qu'est apparue la notion d'efficience. La santé reste l'objectif prioritaire, mais les ressources consommées sont identifiées et analysées. Il s'agit la notion de maîtrise des coûts et l'apparition du slogan « la santé n'a pas de prix, mais elle a un coût ».

En effet, en 2007 en France, la majorité des établissements hospitaliers publics à orientation « médecine, chirurgie et obstétrique » (MCO) étaient déficitaires<sup>1</sup>. Ce constat a conduit le Chef de l'État à fixer un retour à l'équilibre financier pour l'ensemble des hôpitaux publics en 2012.

Un autre outil important concourant à l'amélioration de la maîtrise des dépenses hospitalières, et par là même de la santé financière des EPS a été pensé : la nouvelle gouvernance<sup>2</sup>. Son enjeu est de rendre responsables et objectifs, les producteurs de soins face aux moyens qu'ils utilisent. Donc, de quitter une culture d'accès aux moyens, induite à la mise en place du prix de journée, pour aller vers une culture de comparaison, nécessaire à l'évaluation des besoins et à la judicieuse utilisation des ressources.

Dans le domaine des établissements MCO, les blocs opératoires ont fait l'objet d'une attention particulière. Utilisateurs de ressources rares et onéreuses, ceux-ci représentent des investissements et dépenses courantes importants. Il s'agit d'un lieu stratégique financièrement, mais surtout central de la sécurité des patients et de l'attractivité d'un établissement. De plus, en raison des moyens spécifiques qu'ils mobilisent, leur fonctionnement a un impact non négligeable sur d'autres services de l'établissement, donc un impact financier dans le cadre de la T2A. En effet, la valorisation de l'activité concerne l'ensemble du séjour du patient dans l'établissement. Ce qui entraîne qu'un bloc qui consomme beaucoup, réduit la part des recettes revenant au service d'hospitalisation. Pour enrayer ces dérives, une analyse s'est révélée indispensable. La performance organisationnelle des blocs opératoires a été l'objet d'un des premiers chantiers de la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MeaH).

Infirmière spécialisée dans les blocs opératoires, puis cadre de santé spécialisé dans leur organisation, j'ai eu la chance de par mon expertise, de participer à ce chantier pilote, qui a abouti à une étude nationale. C'est par ce biais que les indicateurs d'activité qui restaient encore trop confidentiel, ont été reconnus et étendus.

---

<sup>1</sup> Rapport d'information n° 2556, 26 mai 2010, déposé en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale, présenté par M. MALO J, député, 506 p.

<sup>2</sup> Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005, simplifiant le régime juridique des établissements de santé dans le cadre de la réforme sur la gouvernance de l'hôpital

La valeur ajoutée de ces travaux est de conduire les professionnels de ce secteur fermé et dispendieux, à admettre que les dépenses ne sont pas synonymes de qualité de prise en charge.

La conduite d'une politique d'amélioration de la qualité des soins nécessite une connaissance objectivée du fonctionnement de ces plateformes, mais aussi le partage des informations nécessaires pour choisir, puis conduire des restructurations bénéfiques.

A présent, de nombreux centres hospitaliers utilisent ces indicateurs de performance du fonctionnement des blocs, souvent mis en place dans le cadre de retour à l'équilibre financier. Les données ainsi recueillies, mais quelques fois mal interprétées, conduisent à prendre des mesures drastiques.

Pourtant parmi les nombreuses mesures prises et au terme d'un bilan à six, douze ou dix-huit mois, rares sont les objectifs atteints. En effet, ces mesures résultent de décisions stratégiques de la direction, avec peu d'implication des producteurs de soins au bloc opératoire : les chirurgiens, anesthésistes et personnels paramédicaux. Peu accompagnées, les décisions de restructurations sont souvent mal comprises et génèrent un climat délétère à la qualité de prise en charge des patients et à la dynamique de production du bloc.

Dans le cadre des observations sur les mesures prises pour réduire les coûts, on peut relever une étude<sup>3</sup> menée sous l'impulsion de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), en partenariat avec les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH). Les objectifs de la réforme de l'organisation interne des établissements publics de santé<sup>4</sup>, sont de constituer des unités médico-économiques (pôles) pour faciliter la gestion par les professionnels de terrain et ainsi mieux répondre aux besoins des patients. Mais ils permettent aussi de responsabiliser les acteurs, de leur permettre de s'approprier une culture et des outils de pilotage favorisant la qualité des soins. Pourtant il appert que peu de responsables médicaux, paramédicaux ou administratifs de pôle sont en mesure d'utiliser les outils de pilotage.

De par leurs spécificités, les blocs opératoires représentent de réels enjeux pour les établissements MCO. Ils nécessitent que soit poursuivie la construction de bases de connaissances permettant la garantie d'une prise en charge de qualité, avec des moyens adaptés.

---

<sup>3</sup> Élèves directeur d'hôpital, Bilan 2008 de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière, DHOS, 29p

<sup>4</sup> Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005, simplifiant le régime juridique des établissements de santé dans le cadre de la réforme sur la gouvernance de l'hôpital



Dans le cadre de mes précédentes fonctions comme responsable de blocs opératoires, et en détaillant les objectifs de la nouvelle gouvernance : « *face à la nécessité de replacer les producteurs de soins dans une démarche qui leur permettent d'assouplir les organisations et d'assumer leurs responsabilités au service du patient* »<sup>5</sup> J'ai commencé à réfléchir à la construction d'une unité de mesure, qui permette aux producteurs de soins du bloc opératoire d'appréhender la notion d'efficience.

Le choix d'utiliser ce mémoire professionnel, à partir de situations concrètes, avec une analyse du fonctionnement de deux établissements m'a semblé une opportunité.

En effet, la spécificité de la formation des directeurs de soins à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), nous amène à développer des connaissances dans les domaines de la stratégie, de l'analyse médico-économique, mais aussi dans l'intégration des démarches d'amélioration de la qualité des soins.

L'objet de ce travail est de réfléchir sur les outils favorisant l'efficience et le dialogue de gestion au bloc opératoire, afin de garantir la sécurité de prise en charge des patients, malgré un contexte économique contraignant. Il me semble en effet que, dans la mise en place de cette acculturation entre soignants et gestionnaires, le directeur des soins a un rôle primordial.

Ce mémoire professionnel se structure autour du décryptage des outils de gestion et de pilotage, particulièrement au bloc opératoire, dans un contexte de performance organisationnelle (I). Ensuite la présentation d'une étude de terrain (II) permettra d'envisager des propositions d'indicateurs utilisables pour un pilotage par les professionnels (III).

---

<sup>5</sup> Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005, simplifiant le régime juridique des établissements de santé dans le cadre de la réforme sur la gouvernance de l'hôpital

# 1 Contexte

La prégnance « d'économie de santé » dans le quotidien des usagers et professionnels nécessite de faire un point sur certaines données.

## 1.1 Quelques notions sur l'économie de la santé pour le pilotage des établissements

La mesure des moyens investis par un État est déterminée par le pourcentage des dépenses consacrées à la santé en regard du produit intérieur brut (P.I.B). Si on observe attentivement cet indicateur, c'est en raison de son accroissement sur plusieurs dizaines d'années. En effet, on sait qu'en 2009 en France, les dépenses courantes de santé<sup>6</sup> ont représenté environ 223 milliards d'euros, soit 11,7 % du PIB. Ce qui place le pays dans le peloton de tête de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE). Le système de santé français a donc été reconnu comme l'un des meilleurs au monde, la maîtrise des dépenses de santé reste une contrainte indispensable pour lui permettre de poursuivre dans cette voie.

Cependant il est primordial de comprendre qu'un coût de fonctionnement élevé, n'est pas gage de qualité.

En effet, le système français organise la réponse aux besoins de santé en grande partie grâce à la protection sociale et ne peut pas supporter un fonctionnement inflationniste, sans risquer d'être aboli. Aussi depuis 1996, la France a organisé la régulation des dépenses de santé, dans le cadre de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale. La mise en place d'Objectifs Nationaux des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) votés chaque année par le parlement, prévoit un budget pour les différentes activités. Les difficultés de financement ont conduit à transformer les habitudes de soins, pour renforcer la prévention et l'activité ambulatoire.

Dans la classification des dépenses de santé, la consommation de biens et produits médicaux (CSMB), représente les coûts de réponse à la satisfaction des besoins de santé de la population. Elle correspondait à 3,4 % du P.I.B en 1960, est passée à 6,3% en 1980 et égale 9,2 % ou environ 175 milliards d'euros, en 2009. On observe un ralentissement de la progression de la CMBS depuis 2008, sauf pour les soins hospitaliers.

---

<sup>6</sup> FENINA A., LE GARREC M-A, KOUBI M, septembre 2010, « les comptes nationaux de la santé en 2009 », Études et Résultats, n° 736, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)

Ceux-ci ont continué leur progression, pour atteindre une enveloppe annuelle par français, estimée à 930 € en 2009. Les soins hospitaliers sont donc devenus un enjeu majeur de la maîtrise des dépenses de santé.

## **1.2 Identifier les outils de mesures, qui influent sur les fonctionnements hospitaliers**

Les paragraphes suivants sont destinés à donner des informations générales sur l'organisation financière des établissements de santé. Ce travail ne peut détailler l'ensemble des techniques et particularités des financements. Il s'agit de comprendre de façon globale les nouveaux outils de pilotage médico-économiques, afin de faire le lien avec la réalisation des soins. La connaissance des principes d'attribution des recettes, l'importance des fonctionnements dans les services (unité de production) sont des éléments intégrés à la formation des DS. C'est dans ce contexte que le directeur des soins peut se placer comme un partenaire vis-à-vis des chefs de pôles, notamment pour accompagner l'analyse des organisations.

### **1.2.1 Du programme médicalisé du système d'information...**

De nombreux outils de mesures ont été mis en œuvre. Certains émanent de la comptabilité générale, d'autres sont construits à partir des modèles d'évaluation des pays anglo-saxons. Ils se répartissent en deux grandes catégories mais sont indissociables pour une réelle compréhension du fonctionnement médico-économique.

#### ***Une valorisation par pathologie : la mise en place du PMSI***

L'utilisation des systèmes d'informations hospitaliers, avec une optimisation de son outil principal, le programme médicalisé du système d'information (PMSI) a conduit à la mise en place du concept de dépenses. Il a aussi introduit, lors de la mise en place de la T2A, la notion de recettes.

Cette orientation permet d'identifier une activité médicale quantifiée, mais aussi une consommation de ressources, nécessaire à sa réalisation.

On obtient ainsi, un classement de type de patients par pathologie, Groupe Homogène de Malades (GHM). L'ensemble des soins réalisés et moyens utilisés pour ces groupes, vont se décliner en groupes homogènes de séjours (GHS), qui vont permettre de calculer les coûts et donc de valoriser le coût de des soins, en fonction des organisations définies.

Il est donc primordial que l'ensemble du système d'information soit bien renseigné. C'est par cette information que les soignants (producteurs médicaux ou paramédicaux) auront une connaissance du coût de leurs pratiques. Il s'agit de donner un sens à une notion dont tout le monde parle : « l'efficience ».

Grâce à ces méthodes, il a donc été possible de renseigner la valeur de la production médicale, et par extension de la production de soins. La seconde étape est de connaître la répartition des dépenses. Pourtant on ne peut appliquer cette méthode au cas par cas. Il est donc nécessaire de colliger l'ensemble des données pour établir un large panel, qui lissera les écarts extrêmes et permettra d'identifier une valeur représentative pour le plus grand nombre de cas.

### ***L'échelle nationale des coûts***

Pour obtenir cette information, là encore il fallait travailler à partir d'un outil central. Ainsi s'est créée l'échelle Nationale des Coûts (ENC). Cette base de données correspond à la nécessité de répartir les ressources de l'assurance maladie de la façon la plus équitable et réaliste possible. C'est une nouvelle version, l'Échelle des Coûts à Méthodologie Commune, qui doit conduire à une classification regroupant l'ensemble des prestations des établissements publics et privés. Cette base permet un financement de l'activité par des tarifs forfaitaires. Il s'agit donc d'un centre de compilation pour les données de tous les établissements. Ce qui permet au système d'être représentatif de l'organisation de chaque établissement.

On peut obtenir, poste de dépenses par poste de dépenses, tous les éléments afin de définir pour chaque des « coûts de référence », par activité.

L'enrichissement de la base de données est suivi par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) annuellement, avec des recettes et dépenses par activités, ce qui permet une actualisation. La démarche entre donc dans un processus continu.

Cette étude nationale des coûts (ENC et ENCC) doit conduire à rémunérer les prestations de soins, d'après une allocation des ressources d'assurance maladie, la plus représentative des dépenses nationales. Pour cela les séjours sont valorisés, les charges doivent être identifiées, affectées, ventilées, y compris pour les fonctions non soignantes. On obtient donc un plan comptable, basé sur un découpage analytique précis.

## **1.2.2 ...À la définition des unités d'œuvre par fonction de production**

Afin de répartir l'ensemble des dépenses de l'établissement, une nouvelle étape se met en place, basée sur des principes comptables, c'est la Comptabilité Analytique Hospitalière (C.A.H).

L'importance de la maîtrise des coûts doit se faire en améliorant la qualité de prestation ; aussi pour réfléchir et conduire des réorganisations qui respectent cet axiome, il est important d'affiner le niveau de connaissance de la production interne aux établissements. En effet, comme seules les prestations de soins vont générer des recettes, les autres activités « support », telles que l'hôtellerie, la gestion administrative, vont devoir être refacturées aux services producteurs de soins.

La démarche doit permettre de réfléchir sur l'ensemble des coûts et conduire à rationaliser les moyens de soins, mais aussi l'ensemble des moyens utilisés dans l'établissement. Il s'agit donc de concevoir des outils qui permettent aux gestionnaires de pôle de connaître le poids des dépenses par type de grandes fonctions.

La mise en place d'outils qui aident à comprendre au sein de l'établissement comment se répartissent les contributions de chacun, se fait à partir de données comptables. Cependant, les notions de Qualité et Sécurité des soins progressent en parallèle, aussi il est indispensable de calibrer les moyens nécessaires à leur développement.

Le système qui naît de ces deux impératifs correspond à la mise en œuvre de la comptabilité analytique hospitalière.

Chaque secteur de l'établissement est identifié comme Section d'Analyse (SA), qui va être reconnue par la production médicale quantifiable qu'elle génère. Il est donc primordial que le découpage analytique de l'établissement soit réalisé de façon fine et exhaustive. L'ensemble de ces découpages sera ensuite regroupé dans le Fichier Commun de Structure (FICOM), outil informatique de la Comptabilité Analytique Hospitalière (CAH), représentatif de l'ensemble de l'établissement. On obtient une somme d'unités de production pour lesquels il est possible de répartir les différents coûts de l'établissement.

Pour mener cette réflexion sur l'affectation des différents coûts, la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MeaH) à sollicité en 2006 des experts médico-économique. Leur mission était de construire des outils au service du dialogue de gestion entre administrateurs et soignants.

### 1.3 Les outils de suivis et de pilotage : CREA et TCCM7

Une seconde version de ce travail, mise à jour en 2008, a affiné le procédé. Elle a inclus des référents de terrain et de l'EHESP. De plus, elle a, là encore nécessité la réunion de spécialistes, de la MeaH et du Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH), tous sous l'égide de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). La création de cet organisme (ANAP) signe l'importance accordée au suivi interne, mais aussi national, de l'utilisation des ressources.

Dès le premier groupe de travail, la conception de tableaux de bord qui permettent à un établissement d'initier une réflexion interne, mais étayée par des référentiels nationaux a été une priorité.

Une unité réalise une production médicale identifiée, l'ensemble des moyens utilisés pour ce faire, est répertorié (charges directes et indirectes) et va donner lieu à la réalisation d'un tableau récapitulatif : le Compte de Résultats Analytiques (CREA). D'un côté ce qui a été produit, de l'autre ce qui a été dépensé. La répartition permet ainsi d'identifier les fonctionnements entre les unités de production et de rendre lisibles les coûts entre unités.

Le développement des outils communs va permettre la comparaison des charges d'exploitations de différentes structures. Il est possible pour un établissement de se comparer à un établissement virtuel avec une activité identique, mais dont les coûts sont le reflet de la moyenne de tous les établissements. Il s'agit des Tableaux de Coûts Case Mix (ou de Cas Mélangés), TCCM.

L'utilisation par les établissements de ces outils, est un processus continu. L'enrichissement des bases de données par de nombreux utilisateurs autorise des analyses de plus en plus fines.

Ces outils sont destinés à permettre aux responsables de pôle d'identifier les coûts résultants des moyens utilisés et d'avoir des éléments objectifs pour améliorer les fonctionnements, tout en conservant les moyens indispensables à la qualité des soins.

C'est un raisonnement identique qui a prévalu à la mise en place des outils de mesure de la performance au bloc opératoire, développés en parallèle. Cependant les outils de comparaison ont été centrés, plus sur le volet organisationnel, que sur le volet financier.

---

<sup>7</sup> MeaH, EHESP, février 2009, « nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles », Berger-Levrault, 141p

## **1.4 Les indicateurs spécifiques de l'organisation au bloc opératoire**

Lieux fermés notamment en raison de la nécessaire protection vis-à-vis de l'infection, les blocs opératoires sont longtemps restés hermétiques aux évolutions hospitalières. L'impact de procédures qualitatives, particulièrement les procédures d'accréditation, puis de certification, les ont ouverts sur l'extérieur. Il s'agissait d'identifier les pratiques et d'assurer la qualité, mais aussi, car la maîtrise des coûts a rendu nécessaires les échanges pour comprendre les fonctionnements particuliers.

### **1.4.1 Le bloc opératoire : une organisation complexe mais maîtrisable**

Les blocs opératoires ont longtemps été intégrés dans les unités d'hospitalisation et considérés comme des lieux d'où aucune information ne filtrait.

À partir de la fin des années soixante, certains architectes ont magnifié ce lieu en y intégrant des moyens techniques et de communication qui n'existaient nulle part ailleurs dans l'hôpital. C'est le début de la prise de conscience des coûts, car si le bloc devenait un écrin technologique, il fallait regrouper plusieurs activités pour limiter les dépenses de la construction. C'est à partir de ce moment que sont apparus les blocs communs et la notion d'optimisation des moyens. Le regroupement donnait de grandes possibilités techniques, mais créait aussi de nouvelles contraintes. La possibilité d'avoir des plafonds d'observations et des caméras séduisait les opérateurs, mais le fait d'être regroupés avec des confrères, avec lesquels fallait partager les équipes, convenir d'organisations communes, leur est vite apparu difficile.

En effet, si l'investissement financier permettant la construction est considérable, les réflexions pour définir les règles d'utilisation de ce nouvel outil sont parfois mal posées et ignorées des utilisateurs. On obtient donc l'inverse de ce qui est prévu : il n'y a pas d'outil commun pour valoriser des savoir-faire spécifiques, mais un regroupement des fonctionnements individuels de chaque bloc, au sein d'un même lieu.

On a ainsi, obtenu une surenchère de moyens dans les blocs opératoires, sans réelle amélioration de la qualité des soins et sans vision innovante pour l'avenir.

Pourtant en parallèle, l'information aux usagers, notamment par la médiatisation de certains dysfonctionnements, a conduit à exiger des explications sur les fonctionnements.

Ensuite, les difficultés démographiques dans certaines professions spécifiques au bloc opératoire, ont nécessité de revoir leur utilisation, pour aller vers une rationalisation.

Le poids de l'anesthésie a pesé de façon importante sur l'organisation des blocs opératoires et sur l'omnipotence chirurgicale. Différentes expériences ont été tentées à partir des années quatre vingt. Notamment à la mise en place du bloc commun de l'hôpital de Bicêtre (Val de Marne), la définition de règles de partage de cette structure commune sont apparues comme essentielles et ont réellement vu le jour.

La nécessité, de doter les blocs opératoires de moyens de connaître leur fonctionnement, est apparue et des réflexions ont été menées nationalement. Différentes études ont émergées, menées par des professionnels de terrain.

Il s'agissait à l'époque de définir les règles pour le partage d'un outil commun et d'améliorer les fonctionnements des blocs.

Ainsi, c'est plus de dix ans après, lors de la reprise par la MeaH de ces principes d'études que les outils ont pu connaître un véritable essor, permettant d'aborder l'aspect « coût de production ». À partir du chantier pilote<sup>8</sup> sur le fonctionnement des blocs, ont pu émerger le guide des bonnes pratiques organisationnelles, les outils d'évaluation de la performance et les indicateurs de pilotage de ces structures.

Les principaux outils de mesure de la performance des blocs opératoires ont comme indicateur commun le temps. La garantie de la prestation ne peut s'établir sur des quantités de pratiques qui sont très diverses et sur un comparatif entre des producteurs qui n'ont pas un rythme identique. La première étape a donc été de trouver un indicateur plus représentatif de la performance des blocs que le nombre d'interventions. En effet, il faut que le temps passé dans cet environnement coûteux, tant par la technologie présente, qu'en raison de la qualification des personnels y intervenant, soit utilisé à bon escient. Afin d'obtenir un élément fiable et indiscutable, on a retenu le temps, qui représente la durée d'utilisation des ressources a été retenu comme indicateur de mesure.

Suivre en routine le temps utilisé par chaque groupe ou chaque intervenant, a permis d'objectiver l'utilisation du bloc opératoire. Les demandes des médecins pour réaliser une activité doivent correspondre à la mise à disposition de moyens, identifiables par leur présence. Il ne s'agit plus de fonctionner avec un bloc « ouvert » dont les moyens attendent une éventuelle activité, mais bien d'organiser, à partir des besoins des patients,

---

<sup>8</sup> TONNEAU D et LUCAS A, septembre 2006, « gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques », rapport final, MeaH, département chantiers pilotes, 57 p



un fonctionnement qui établit des règles sécuritaires de fonctionnement et rentabilise les moyens.

Il est nécessaire, tant pour la réponse aux besoins de prise en charge des patients, que pour le respect de la législation du travail d'établir des horaires d'ouverture. La qualité de la prise en charge s'organise sur des plages horaires définies, afin d'éviter les dépassements horaires. Pendant ces périodes, les critères de sécurité peuvent ne pas être optimaux, alors qu'il existe un surcoût.

La mise en place de vacations opératoires basées sur une mesure du temps d'utilisation est devenue la base de fonctionnement d'un bloc opératoire performant. Le suivi de la corrélation du temps de vacation offerte (TVO) au temps réel d'utilisation de la salle d'opération (TROS), permet un ajustement de la place laissée au bloc à chaque unité de production selon ses besoins (opératoires ou diagnostics).

Ces étapes à présent reconnues comme outils de base de la mesure de performance des blocs opératoires, visent à s'assurer que la demande d'accès à une salle d'opération corresponde à un besoin objectivé par une production.

#### **1.4.2 L'organisation des ressources humaines, un axe d'amélioration de la prestation**

Un grand nombre de blocs opératoires ont longtemps été représentatifs de manques d'organisations globales, qui créaient des coûts importants sans rien apporter à la qualité de la prestation.

C'est notamment la mise en place des 35 heures qui a mis en évidence l'inadéquation entre l'utilisation des moyens et la productivité obtenue. Ainsi les premiers faits relevés objectivement, même s'ils étaient connus des acteurs de bloc opératoire étaient les coûts engendrés par l'inadéquation des horaires. Le fait de déclarer le bloc « ouvert » à sept heures du matin entraînait la présence de la totalité des personnels paramédicaux et se basait sur le fonctionnement « traditionnel » de la chirurgie hospitalière : « tout doit être prêt à l'arrivée du chirurgien, il ne doit pas attendre ». Pourtant des arrivées médicales décalées par rapport aux horaires paramédicaux, avaient pour conséquence une présence non utilisée pour la production, donc une sous utilisation des ressources. Ce constat, connu des professionnels, mais facilement ignoré, a longtemps pu perdurer en raison de la spécificité des blocs opératoires. Le grand nombre de livraisons, avec des produits dédiés, la complexité des procédures, la commande de matériel à la demande et

surtout le temps passé pour les équipes infirmières, à la stérilisation, ne permettait pas de connaître précisément la charge de travail des personnels. Celle-ci a été mise en évidence lors d'un audit de fonctionnement sur une importante structure. C'est à ce moment qu'est apparue la notion de Temps de Présence des Personnels en Salle d'opération (TPPS). Cet indicateur a ciblé la présence des professionnels para médicaux, uniquement pour l'activité opératoire ; ce qui permet d'évaluer le rapport entre les autres activités et ce, dans tous les grades. Cette notion est nécessaire pour évaluer les besoins en effectifs et la qualité des professionnels en poste.

Le relevé du temps passé au bloc et des moyens en personnels mis à disposition a radicalement fait évoluer l'organisation et les mentalités. De nombreux acteurs du bloc opératoire sont maintenant familiarisés avec ces outils de pilotage. Mais dans le cadre de la politique de rationalisation des moyens, les blocs sont encore des entités très onéreuses et ce, de leur construction jusqu'à leur fonctionnement quotidien.

La poursuite de la recherche de performance, va plutôt s'orienter vers la recherche d'économies. Pourtant les réajustements déjà conduits, laissent un goût amer aux professionnels de bloc opératoire. La sensation que les décisions prises créent des contraintes et ne tiennent pas compte des réalités du bloc opératoire.

Il est primordial que la recherche de maîtrise des coûts ne se fasse pas au détriment de la qualité et de la sécurité des soins. Il est donc important d'aider les professionnels à définir des indicateurs représentatifs du maintien de la qualité et de la sécurité des soins au bloc opératoire, tout en les faisant réfléchir sur leurs pratiques.

## **1.5 Problématique et organisation de l'étude**

Différents constats sont suite aux recherches nécessaires à la délimitation du sujet et à son éclairage théorique. Ils amènent des interrogations pour cibler la problématique, délimiter le cadre de l'étude et poser différentes hypothèses.

### 1.5.1 La problématique

Les blocs opératoires représentent un poids important sur les finances d'un établissement MCO. Les blocs opératoires sont des lieux de ressources onéreuses et en raréfaction pour certaines d'entre elles (médecins anesthésistes par exemple).

Les indicateurs de performances des blocs opératoires ont permis de familiariser les personnels et utilisateurs du bloc aux nécessités de rationalisation des moyens.

L'ENCC, les CREA et TCCM, par leur méthodologie de construction donnent des informations importantes sur les moyens médico-techniques utilisés pour la prise en charge des patients. La banque de données permet, non seulement, d'identifier la plupart des moyens mis à disposition pour la réalisation des actes au bloc opératoires, mais aussi de les comparer avec la production nationale, et ce dans un processus continu.

Le niveau de connaissance de la consommation des ressources doit être défini et représentatif de ce que l'on cherche à mesurer. En effet, identifier un indicateur spécifique du coût d'une prestation doit permettre de retenir une technique de calcul simple, reproductible pour affecter à chaque producteur les dépenses liées à son activité. C'est là qu'entre en jeu la définition des unités d'œuvre.

Des indicateurs ont donc été définis pour la majorité des productions de l'ES. Dans certains secteurs de l'hôpital, la détermination d'indicateurs s'est avérée évidente. Pour évaluer le coût de production des blanchisseries, le coût du kilo de linge qui a été retenu ; pour les cuisines c'est celui du repas. Cependant, évaluer le prix des moyens est problématique dans certains services, dont le bloc opératoire. Aussi, est-il difficile de faire apparaître le lien entre le coût des ressources et la qualité des soins.

Pourtant cela reste le levier indispensable pour améliorer la qualité et le coût d'une prestation. En effet c'est à partir de l'identification d'indicateurs indiscutables, qui ont entraîné des réflexions objectives, qu'ont pu être engagées les discussions pour l'amélioration des structures, telles que le regroupement de plateaux logistiques, création de plate-forme de restauration ou de stérilisation.

Il est donc admis que l'identification d'unités d'œuvre développées pour certains secteurs, a permis de réajuster les fonctionnements. La définition des indicateurs avec les professionnels de terrain peut améliorer la pertinence des outils.

Le directeur des soins, de par sa formation spécifique et sa position en tant de membre de l'équipe de direction, dispose d'une place privilégiée pour conduire ce type de réflexion avec les professionnels du bloc opératoire.

## 1.5.2 Les hypothèses

Dans cette optique, la formation suivie pour être DS, apporte des bases méthodologiques solides. Mener une réflexion qui permette de construire des indicateurs, avec des critères métrologiques facilement identifiables est envisageable. De tels outils de mesure pourraient faciliter la prise de décision objective, face aux problématiques des blocs opératoires. La construction d'indicateurs va être étudiée, dans ce mémoire professionnel.

On sait qu'il existe à présent, des outils de mesure de la performance organisationnelle du bloc opératoire. Pourtant les producteurs restent souvent sur une impression d'injustice face aux mesures prises à un niveau stratégique. Ceci car les décisions ne sont pas uniquement prises, sur les outils spécifiques au bloc. Ce qui permet de poser première hypothèse :

Les outils de pilotage institutionnels ont un impact sur l'organisation générale des blocs opératoires.

Les précédents travaux sur la performance ont retenu le temps comme outil de mesure. Valoriser cet outil revient à souligner sa pertinence et son adaptation aux mesures faites au bloc opératoire. Les termes de TVO, TROS sont devenus des éléments reconnus pour le partage des plages disponibles du bloc opératoire.

Il existe déjà sur les tableaux de bord des établissements étudiés, l'identification du nombre d'heures de bloc consommées par Section d'Analyse Clinique (SAC).

Ce nombre d'heures calculées, bien qu'il soit factuel, ne permet pas réellement d'améliorer l'efficacité. Il reste à identifier un élément qui interroge les pratiques en vue de garantir la qualité de prestations, et qui permette aussi d'établir les coûts de façon fiable.

Sur le principe de la définition d'unité d'œuvre, on peut donc s'interroger sur celle à retenir dans les blocs opératoires, pour qu'elle soit considérée et utilisée comme un réel outil d'amélioration de la qualité des soins.

Une première réflexion menée en partenariat avec les chefs de pôle et le contrôleur de gestion du dernier établissement où j'étais en poste comme cadre supérieur, m'a permis de suggérer que le coût horaire soit individualisé par discipline.

L'idée qui préside à cette suggestion est de poursuivre la connaissance entre les moyens mis à disposition et le prix affecté à l'activité. En effet, on peut estimer que valoriser financièrement les moyens nécessaires aux pratiques avec les professionnels de bloc

opérateur, va permettre une prise de conscience globale dans la réalisation des pratiques. Ce qui conduit à poser la seconde hypothèse :

L'utilisation d'indicateurs spécifiques dans les blocs opératoires permet d'identifier le coût de pratiques de qualité.

La définition d'une unité d'œuvre qui identifie les moyens affectés à chaque discipline utilisatrice va permettre de s'interroger sur le lien entre les ressources mises à disposition et la qualité de la prestation. Ce qui permet de présupposer que la connaissance du coût des moyens utilisés engage les professionnels dans une démarche d'efficacité. La valorisation des pratiques spécifiques permet d'argumenter les moyens pour une prise en charge optimale du patient. On peut ainsi en déduire la troisième hypothèse :

Identifier le coût horaire du bloc opératoire par discipline, aide au pilotage de la structure dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins.

Le directeur des soins est à l'interface de la maîtrise des coûts hospitaliers et de la qualité des soins. Il a un rôle dans l'accompagnement des responsables de pôle lors de la construction de plans d'amélioration de la productivité, notamment au bloc.

C'est pour lui, une opportunité de veiller à la conduite de restructurations dans le respect des indispensables critères de qualité et de sécurité des soins attendus dans ce secteur.

### **1.5.3 La méthodologie**

Après avoir posé ce cadre théorique et défini la problématique, il a été nécessaire de sélectionner une méthodologie qui permette de cerner les hypothèses de recherche. Cette sélection a conduit à identifier des limites au travail réalisé.

### ***De la sélection des données ...***

Le cadre de la recherche se limitera aux blocs opératoires communs. Pour cela une pré enquête<sup>9</sup> a été conduite afin de repérer des établissements publics de santé, MCO, qui étaient déjà familiarisés avec les outils MeaH et l'utilisation des CREA et TCCM. L'objectif était de mesurer l'impact de ces outils sur le fonctionnement des blocs opératoire et leur pertinence dans les restructurations conduites.

En raison du temps imparti et sur les conseils du binôme de guidance, seuls deux établissements ont été étudiés. Afin d'établir des constats relatifs aux hypothèses de l'étude plusieurs étapes ont été nécessaires. Le travail de recherche s'est établi à partir d'un recueil d'observation et de documents<sup>10</sup>. C'est à partir de ce recueil qu'ont été construits les entretiens semi-directifs<sup>11</sup> auprès des chefs de pôle, cadres supérieurs de pôle et cadres de bloc, directeurs des finances, contrôleurs de gestion et directeurs des soins. Ces entretiens ont conduits à la rencontre de quatorze personnes.

### ***... Aux limites du travail***

Les établissements choisis pour l'enquête disposaient d'outils de gestion utilisés par des équipes sensibilisées à la maîtrise des coûts, donc un public averti.

Les différences de fonctionnement, liées au statut des établissements, peuvent aussi avoir un impact sur les financements, notamment la génération de recettes par des crédits spécifiques pour les CHU : les financements des Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation.

La situation financière des établissements et le recours à des expertises (audit de bloc opératoire) influent aussi sur le comportement vis-à-vis de la réflexion sur l'organisation et les coûts du bloc opératoire.

De plus, le fait d'enquêter uniquement sur deux établissements donne un échantillon très restreint pour l'étude des hypothèses posées.

Au total, l'ensemble des filtres construits pour conduire l'étude dans un temps réduit et sous la forme d'un travail professionnel, crée une limite à cette recherche.

---

<sup>9</sup> Annexe 1 : Guide de pré enquête

<sup>10</sup> Annexe 2 : Grille d'observation et de recueil documentaire

<sup>11</sup> Annexe 3 : Guide d'entretien

## **2 L'étude de terrain**

L'analyse de l'enquête va veiller à répondre point par point aux différentes hypothèses posées, dans la première partie.

### **2.1 Description des terrains d'enquête**

Les deux établissements enquêtés ne se trouvent pas dans la même région. Ils ont tous deux participé à une mission de la MeaH sur la performance des blocs opératoires.

Dans chaque établissement les outils de mesure sont bien implantés et permettent de rediscuter de la répartition des vacations opératoires entre les disciplines utilisatrices du bloc.

#### **2.1.1 L'établissement A**

La participation à l'enquête MeaH date de 2007, pour ce centre hospitalier de 950 lits et places, dont 140 de chirurgie. La conclusion de cette expertise a permis de valoriser l'organisation mise en place qui tient compte des besoins de chaque discipline pour établir les plages d'accès.

Le bloc opératoire accueille la chirurgie de l'adulte pour sept disciplines chirurgicales, réparties en trois pôles. On remarque une stabilité des équipes chirurgicales, les médecins anesthésistes-réanimateurs sont, pour la majorité, des vacataires et il existe un important turn-over dans les équipes paramédicales.

Le directeur général a tenu à développer les tableaux de bord mensuels de suivi de l'activité, des moyens et des dépenses, qui parviennent aux responsables de pôle médicaux et paramédicaux ; on note l'absence de cadre administratif.

Le pôle locomoteur est sous la responsabilité d'un chirurgien avec une forte personnalité, dont l'impact sur le bloc opératoire est important. Cependant les outils de performance ont permis de réajuster l'organisation du bloc. Il est observé que l'entité « bloc opératoire » n'est relié à aucun service de chirurgie, mais s'intègre dans un pôle avec l'anesthésie, le service ambulatoire et les consultations externes.

## 2.1.2 L'établissement B

Ce Centre Hospitalier Universitaire d'environ 1300 lits et places, dont 300 de chirurgie, a participé à l'enquête MeaH sur la performance des blocs opératoires en 2008. Il est à noter qu'il avait en 2001, sollicité un cabinet privé pour un audit de fonctionnement du bloc opératoire. Cela a entraîné de grands bouleversements dans l'organisation, mais les structurations qui en ont découlé et l'accompagnement qui a suivi, ont permis d'améliorer le fonctionnement.

Le bloc opératoire accueille la chirurgie de l'adulte pour onze disciplines chirurgicales, réparties en quatre pôles. Le bloc opératoire dépend de l'un des pôles, celui de chirurgie qui représente le plus grand nombre d'heures de plages opératoires (240). Deux autres pôles, celui de Neurosciences et tête et cou, ainsi que celui Pneumo-Cardio-vasculaire et Maladies Métaboliques, disposent d'activités réglementées, qui précisent le nombre de salles d'opération à affecter, les nombre et qualité des personnels par intervention et l'organisation des présences (journées, gardes et astreintes) par grade.

Des tableaux de bord concernant les ressources humaines paramédicales sont communiqués aux responsables de pôles, ainsi qu'au cadre supérieur du bloc opératoire, qui est le seul à les prendre mensuellement en considération. Pour les réajustements et discussions que cela occasionne il s'appuie sur le responsable médical de l'unité fonctionnelle « bloc opératoire », qui dépend du chef de pôle.

Le suivi annuel des coûts de fonctionnement, en regard de l'activité produite, est fait par la présentation et l'analyse des CREA et TCCM, en prévision des contrats de pôles et de la préparation de l'EPRD.

## 2.2 Analyse des entretiens et des observations

Pour l'ensemble des personnes rencontrées dans le cadre de l'étude, les blocs opératoires restent des milieux spécifiques difficilement accessibles à des non initiés.

La première hypothèse interroge sur les indicateurs utilisés : **Les outils de pilotage institutionnels ou spécifiques au bloc opératoire ont un impact sur l'organisation générale des blocs opératoires.**



## 2.2.1 L'impact et l'appropriation des outils de performance organisationnelle dans les blocs opératoires

Comme décrit précédemment, les études sur les performances organisationnelles des blocs opératoires ont été les premières initiées dans la recherche d'efficacité et de rationalisation des coûts hospitaliers. Aussi, n'est-il pas étonnant que les personnels de direction, aient été forts diserts lors des entretiens. L'utilisation des indicateurs de mesure de la performance des blocs opératoires, font à présent partie, pour les deux établissements rencontrés des éléments de suivi et d'alerte de la production d'activités opératoires, centre de production important des MCO.

### ***Les contraintes de la structure et des équipements***

Cette utilisation d'outils reconnus par le corps administratif des établissements, a un impact sur le discours des personnels soignants. Si on peut considérer que le niveau de gestion des personnes responsables, mais aussi utilisatrices, des blocs opératoires, rencontrées demande une vision médico économique, on peut toutefois observer une forte appropriation des propos financiers. L'ensemble des entretiens avec les soignants a permis de constater que les contraintes pesant sur les moyens sont comprises et acceptées : *« les contraintes démographiques et financières ne permettent plus des fonctionnements désorganisés, comme on en a connu dans les blocs »*.

On peut considérer que l'intégration d'un discours de raison, face aux impératifs financiers est portée par les catégories administratives rencontrées. Mais on note aussi qu'elle est très fortement reprise par les soignants : *« on sait que l'on [le bloc opératoire] coûte cher, chaque année, on nous annonce un déficit dans le pôle et c'est à cause du bloc »*.

Pourtant on repère rapidement que l'axe de préoccupation majeure, identifié par les soignants est centré sur le matériel et la structure elle-même.

Les dépenses en équipements identifiés pour le bloc, deviennent la raison pour laquelle le bloc opératoire est montré du doigt. Certains considèrent même cela comme une fatalité, liée aux spécificités de la structure : *« Le moindre matériel qui entre au bloc coûte au moins deux fois plus cher que pour un service de soins conventionnel »*.

Au vu de cette préoccupation, évoquée pour l'ensemble des personnes rencontrées, des précisions sur la connaissance des coûts de matériels ou de travaux ont été demandées dans le cadre de l'entretien semi-directif.

Les réponses sont alors restées très floues, même pour les responsables médicaux et paramédicaux de pôle. Les seuls professionnels qui ont donné des réponses spontanées et fiables sur le coût des équipements ont été les cadres de santé de bloc opératoire et les chefs de pôles qui avaient une activité médico-chirurgicale dans le bloc.

L'idée présentée par les soignants était que les dépenses pour les équipements demandaient un gros investissement, pour lequel les crédits ne pouvaient être dégagés. Il y avait donc un écart entre le matériel utilisé et le matériel nécessaire. Mais seule la notion financière était abordée, sans préciser l'impact sur la qualité de la prestation. La seule concession à l'aspect financier, dans les propos évoqué par l'enquêtrice, portait sur la réalisation plus rapide de certains gestes avec du matériel plus récent et plus évolué technologiquement.

Le ressenti des équipes sur les coûts est que la majorité de ceux-ci est représenté par les équipements. Les utilisateurs vont même en faire une explication majeure, sans y associer de données précises : « *je ne sais pas combien coûte une colonne coelio<sup>12</sup>, mais je sais que c'est cher* ».

D'ailleurs cela conduit pour certains, à une acceptation du manque d'équipement, comme une fatalité financière : « je demande le changement de l'ampli<sup>13</sup>, depuis deux ans, mais tant que la durée légale du tube est respectée, je n'en aurai pas de plus performant, pourtant il faut voir le nombre d'indisponibilité pour pannes ! ».

Il semble que si le sujet des équipements soit aussi vite évoqué, c'est en lien avec la mise en place des plans hospitaliers 2007 et 2012. Le constat de désengagement de l'État à partir de 1985 dans les aides d'investissements en santé, a conduit à observer un important niveau de vétusté du patrimoine hospitalier. Le plan hôpital 2007 avait pour objectifs de « *permettre une mise à niveau accélérée des investissements des hôpitaux en aidant les établissements à réaliser des opérations qui ne se seraient pas réalisées dans les cinq ans pour des raisons de contraintes budgétaires* <sup>14</sup> ».

Ce plan quinquennal, a été suivi du plan hôpital 2012, dont l'un des objectifs est « *de poursuivre la modernisation technique des établissements de santé engagée avec le plan Hôpital 2007, dont il constitue le prolongement* »<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup> Colonne de vidéo-chirurgie, qui permet la réalisation d'interventions sur différentes parties et organes du corps. Très souvent utilisée pour l'abdomen, le petit bassin, les genoux, ...

<sup>13</sup> Amplificateur de brillance : appareil de radiologie qui permet une vision radiologique directe. Très utile en per opératoire, pour la progression d'un matériel ou produit radio opaque. Comme de nombreux équipements de radiologie, la durée de vie est soumise à autorisation.

<sup>14</sup> Plan « Hôpital 2007 », Présentation des mesures, septembre 2003

<sup>15</sup> Lancement du Plan Hôpital 2012, octobre 2008, « *Au cœur de la modernisation du paysage hospitalier français* », Mme BACHELOT-NARQUIN

Pourtant l'accompagnement portait sur la modernisation de l'organisation et de la gestion des hôpitaux publics, dans sa globalité et non uniquement sur l'investissement.

Ainsi, il est clairement énoncé dans le descriptif de la mise en place du plan hôpital 2007 que c'est : « *En s'appuyant sur le recueil de l'information du PMSI (Programme de médicalisation du système d'information), que le Gouvernement s'engage résolument dans l'harmonisation des modes de financement dont le début de la généralisation interviendra en 2004. Les bénéfices attendus de ce changement du mode de financement pour les structures de soins sont de trois ordres :*

- *Une dynamisation des structures de soins en particulier publiques : en devenant plus simple, **le mode de financement permet une meilleure responsabilisation des acteurs et crée une incitation à s'adapter***
- *Une équité de traitement entre les secteurs ;*
- ***Le développement des outils de pilotage médico-économiques** (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés.*

Les principes des textes « L'adaptation des acteurs par la responsabilisation vis-à-vis de leur fonctionnement », qui serait lisible grâce au recueil d'informations par le PMSI, n'est donc pas l'élément phare retenu par les utilisateurs.

C'est l'aspect investissement qui appert le plus dans les apports le premier plan. Cette impression ressentie par les soignants de bloc opératoire est un peu pondérée par la lecture qui est faite du plan 2012. C'est à ce niveau que les chefs de pôle et les cadres supérieurs de santé relient les indicateurs de performance. Tous citent plus ou moins dans leur intégralité la phrase : « *Ce premier bilan du Plan Hôpital 2012, [...], illustre l'importance des besoins d'investissements hospitaliers, leur diversité mais également **leur impact potentiel sur l'amélioration de la performance médico-économique du secteur hospitalier français.*** ».

## ***L'utilité et l'utilisation des outils***

C'est par ce biais qu'ont été utilisés les outils de mesure de la performance des blocs opératoires et c'est ce qui explique que la notion de performance se rattache dans l'esprit des responsables, à la notion économique, plus qu'à celle de la qualité de la prestation et donc des soins.

Le premier élément cité comme élément de construction de la performance est l'adoption d'une charte de fonctionnement : « sans la charte, nous serions encore comme au regroupement, il y a quatorze ans. Tout le monde faisait ce qu'il voulait ! »

On voit donc le poids de la réglementation dans l'organisation de la structure, mais aussi les difficultés de la mise en place des obligations : « *La validation du programme, doit permettre d'éviter les dérives et donc les surcoûts. Pourtant malgré un décret et une circulaire il y a encore trop d'inconnus dans la réalisation du programme quotidien* ».

La volonté, pour les responsables, de faire rentrer dans le rang d'un fonctionnement partagé la majorité des utilisateurs, s'organise autour des textes réglementaires et des recommandations des sociétés savantes.

On note cependant que les remarques de désorganisations sont majoritairement dirigées à l'encontre des chirurgiens. Ce groupe professionnel est encore considéré comme la catégorie, qui s'adapte le moins aux modifications et s'accroche à un fonctionnement individuel, voire individualiste : « *les moyens spécifiques et chers ne peuvent plus attendre le bon vouloir de certains* ».

Ces comportements sont de prime abord, associés aux dysfonctionnements, voire à la difficulté d'atteindre des objectifs d'activité : « *la désorganisation chirurgicale, c'est un malade reporté, voire annulé. Donc un lit pris plus longtemps si le patient accepte de rester. Sinon c'est carrément une activité en fuite* ».

La relation entre activité et mise à disposition de ressources humaines est faite par l'ensemble des interviewés : *ne pas atteindre nos objectifs c'est risquer une discussion sur le nombre de postes lors du contrat [de pôle]* ».

Ce n'est que dans un second temps qu'apparaît le lien avec la qualité de prise en charge : « *bien sûr, ce n'est pas bien pour le patient qui est resté à jeun, pour rien* ». Et souvent suite à une question cherchant à affiner les propos : « *c'est votre sujet aussi !, vous parlez performance, pas qualité* ».

On voit donc, la difficulté pour les responsables d'associer les notions de coût, de performance et de qualité des soins.

En revanche, les outils de mesure tels que le TROS et TVO, sont très bien situés par l'ensemble des personnes interrogées. Celles-ci les associent directement à la performance économique du bloc opératoire notamment en raison du contexte dans lequel ils ont été présentés, puis utilisés : les études de réorganisation.

Les premières expertises, dont sont issus les modèles de calcul MeaH<sup>16</sup>, ont été vécues comme de véritables intrusions et elles ont conduits à un sentiment de culpabilité : « *en gros si on les [les experts] écoutait, cela reviendrait à dire qu'on cachait des moyens dans les blocs pour ne rien faire* ».

Aussi, on peut constater que : « cette impression de mal faire », née lors de la réalisation des premières études s'est atténuée.

Les outils mis en place sont devenus des leviers de changement, principalement pour la répartition des moyens nécessaires. Il est observé que les TROS et indicateurs similaires, sont publiés en conseil de bloc, dans les réunions d'équipes paramédicales et servent aussi la répartition annuelle des vacations opératoires.

Dans ces secteurs fortement impactés par de nombreux remaniements, la tension au sujet des indicateurs peut aussi devenir un motif de mécontentement. Notamment quand malgré les suivis internes, le besoin d'économie conduit encore à demander une expertise extérieure. Ainsi pour les médecins rencontrés, dans l'un des établissements l'incohérence de la situation est flagrante : « *Nous en sommes à notre troisième audit de fonctionnement et on nous demande encore des efforts* ».

Ce sentiment d'incompréhension et de remise en cause, génère un profond mécontentement des soignants rencontrés, qui se couple à un sentiment de non reconnaissance des difficultés présentes.

Par exemple, le manque de développement de l'ambulatoire, alors que des problèmes d'accueil ont lieu dans la structure d'hospitalisation. Pourtant pour les acteurs du bloc, les bilans soulignent à chaque fois « *la faute du bloc* » et sans parler des conséquences sur le quotidien : « *il est dévalorisant de s'entendre dire que les équipes du bloc, c'est l'armée mexicaine, alors que les malades n'arrivent pas à jeun.* ».

---

<sup>16</sup> Annexe 4 : pages 7 à 9 du rapport TONNEAU D et LUCAS A, septembre 2006, « gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques », MeaH, département chantiers pilotes, 57 p

Dans le même temps les gestionnaires des deux ES signent eux aussi leur incompréhension, quant aux résultats des restructurations conduites, grâce aussi au suivi des indicateurs de performance : *« les propositions de réduction d'effectifs ont été actées. Pourtant l'impact sur les résultats financiers ne sont pas à la hauteur de l'attendu. »*

Ces indicateurs de performance sont spontanément cités, tant par les responsables administratifs, que par les soignants rencontrés. Chacun les associe rapidement au poids financier de la gestion des ressources humaines.

Concernant le rôle des outils de suivi dans le pilotage des blocs, de nombreuses attentes portaient sur les moyens en personnels. En effet, les pressions concernent directement les responsables de pôles, cadres supérieurs et membres de l'équipe de direction, qui suivent les difficultés de recrutements de certaines catégories professionnelles. Mais aussi parce que la présence de personnel qualifié est devenue un véritable challenge, notamment à certaines périodes.

Il est établi que ces dernières années, quelques professions ont fait l'objet de désertification, en raison des contraintes et des risques qui y sont liées. Ainsi dans chacun des ES observés, les postes d'anesthésistes réanimateurs ne sont pas tous pourvus.

Là encore, les outils de suivi de la performance peuvent se révéler des atouts d'attractivité : *« maintenant, on peut tout voir : les derniers MAR [Médecins Anesthésistes Réanimateurs] rencontrés pour des VAC [vacations de remplacement], me demandent si on suit le TROS, et si les interventions démarrent à l'heure prévue ! ».*

Il est établi dans les critères de fonctionnement des blocs opératoires, que le suivi de l'activité, et celui de l'utilisation optimale du temps opératoire mis à disposition, permet d'estimer et d'ajuster les besoins en fonction des prévisions. C'est un critère de choix dans la décision de pourvoir un poste, car il permet d'estimer le niveau d'organisation et le risque de conflits : *« depuis l'affichage des indicateurs à l'entrée du bloc, la pression a baissé, car les tricheurs sont repérés ».*

Au total on comprend que les outils de mesure de la performance des blocs opératoire se sont intégrés dans le fonctionnement des blocs, comme des outils de pilotage organisationnels.

Pourtant les attendus de ce suivi, s'ils sont compris par les soignants et *a fortiori*, par les administratifs, ne donnent pas entièrement satisfaction, voire sont vécus comme décevants. Cette impression est due à l'insatisfaction entre les efforts consentis et les résultats sur les coûts affectés au bloc opératoire.

Il apparaît donc que les réflexions entre moyens mis à disposition et la production réalisée sont une nouvelle étape à mettre en place. Il s'agit à présent d'avoir une connaissance qui permette d'affiner l'affectation des dépenses à l'intérieur de cette structure complexe, qu'est un bloc opératoire commun. Cette réflexion est formulée par la seconde hypothèse :

L'utilisation d'indicateurs spécifiques dans les blocs opératoires permet identifier le coût de pratiques de qualité.

### **2.2.2 La connaissance des pratiques est autant un outil de valorisation qualitative que de suivi économique**

Nous avons donc pu observer que les utilisateurs du bloc et les gestionnaires se sont approprié les outils de mesure de la performance organisationnelle. Et ce, jusqu'à les utiliser comme levier de changement, de choix de structure ou d'outil de régulation dans les répartitions de d'utilisation des salles d'opération. Toutefois, comment être sûr que ces outils permettent de mettre en œuvre l'esprit des textes réglementaires ?

En effet, le principe de la nouvelle gouvernance vise à permettre aux soignants, par l'intermédiaire de la structuration en pôles, d'être acteurs de leurs choix. Les éléments à leur disposition permettent d'améliorer leur connaissance du fonctionnement, voire de le faire évoluer, mais sont-ils suffisants afin de faire des choix éclairés et de pouvoir s'adapter ?

Dans cette optique, il a donc semblé important que le niveau de connaissance du coût des pratiques soit repéré lors des observations réalisées et des entretiens conduits. Pour ce faire deux parties seront abordées, les matériels et les personnels.

## ***Les consommables et équipements***

Face à ces questions, on note plusieurs niveaux de réponses. Ainsi certains éléments, de par leur spécificité, sont facilement et rapidement identifiés par tous : *« il est facile de connaître la consommation des implants cardiaques, ils sont sur une ligne budgétaire particulière. »*. L'information demande que le système d'information soit précis, ce qui est souvent le cas, mais aussi que les personnels de bloc soient impliqués dans la démarche : *« sur les trois services d'orthopédie, je ne peux préciser l'affectation que si l'implant est relié à un numéro de séjour. D'ailleurs je préfère ça ! »*.

Pouvoir relier l'affectation à partir du numéro de séjour, c'est assurer que la dépense soit reliée directement à la recette. Aussi, pour les gestionnaires, qui travaillent ce sujet avec les pharmaciens, responsables des produits médicaux stériles, l'imputation à une unité fonctionnelle dès la commande est une préoccupation : *« Nous recherchons un moyen de tracer le service utilisateur dès que le bloc fait sa commande, mais c'est impossible, d'après les cadres, pourtant se serait plus simple pour le suivi des dépenses. »*.

La position des cadres de santé et des médecins responsables des blocs est très ferme sur le sujet : *« Les pharmaciens nous demandent d'identifier le service demandeur quasiment dès la commande, or si c'est possible pour certains matériels, c'est carrément insoluble pour d'autres. En plus, s'il faut garder une cohésion du groupe IBODE et des réserves centralisées de matériels, comment faire des commandes séparées et éviter que les personnels mutualisent ? Séparer les commandes, demande de séparer les stocks, sans pour autant éviter que les IBO[DE], ou AS, se servent chez le voisin. Ça n'a aucun sens ! On nous demande une chose et son contraire. »*

Certains utilisateurs font des demandes spécifiques et négociées ; aussi, dans ce cas, l'utilisation du produit par ce service devrait être garantie. Pourtant ce n'est pas toujours le cas, bien que cela soit nécessaire, par respect pour les médecins qui sélectionnent, argumentent et suivent l'évolution du matériel et sa consommation. *« Personne ne voulait soutenir la demande, du Dr ZZ, mais une fois le matériel présent, ses confrères voulaient l'utiliser. Les IBODE étaient prises entre deux feux : comment dire que le matériel prévu était absent car utilisé par d'autres ; mais comment refuser du matériel justifié par la technique à ceux qui n'avaient pas été prévoyants ? »*.

On observe à partir des consommations du bloc opératoire, qu'il y existe pour les matériels deux possibilités, soit être facturés par rattachement au séjour du patient, soit être facturés à une unité fonctionnelle. Dans ce cas les dépenses devront être réparties sur l'ensemble des séjours, de chaque discipline, on ne sait pas réellement quelles sont les répartitions : *« Si on prend le cas des compresses stériles par dix, sous double*



*emballage, c'est la consommation du bloc qui est répartie entre les différentes spécialités, depuis le logiciel de la pharmacie. On ne cherche même pas à savoir, qui consomme quoi, ce serait trop compliqué ».*

Pourtant cela ne peut pas être toujours le cas, certains matériels ne disposent pas de traçabilité car leur utilisation est trop courante. De plus leur commande se fait en grande quantité et l'utilisation par patient n'est pas repérable. Le cas de ces produits est traité par la valorisation de l'acte, et pour partie du séjour, lui-même dans les codages CCAM et PMSI.

On voit donc que l'ensemble des éléments ne peut pas faire l'objet d'un suivi détaillé, ni au bloc, ni sur les services de facturation : *« Quand on commande des ligatures que tout le monde utilise, on ne précise pas dans quelle spécialité elles vont servir. Et même si on le faisait, cela pourrait changer lors de l'utilisation, un fil reste un fil, on l'utilise où on en a besoin. »*. La prise en charge du patient et la réponse aux soins priment dans le quotidien.

De plus, il est souligné par les acteurs du bloc opératoire des deux établissements rencontrés, que l'approvisionnement est [trop] souvent en retard par rapport aux besoins (et aux commandes faites) : *« Le flux tendu c'est notre quotidien, on [la direction] nous demande de limiter les stocks, mais si on attend pour faire les commandes, on se retrouve en rupture. »*.

Dans la pratique quotidienne, les personnels, vont donc privilégier l'utilisation du produit, pour réaliser leurs soins et non chercher à respecter des dotations pour en suivre l'aspect financier.

C'est une question entière et importante, qui a un retentissement sur la performance organisationnelle. Ce niveau de détail, apporte-t-il une réelle valeur ajoutée à la connaissance des coûts ? Les recettes dévolues aux interventions dans le cadre de la classification commune des actes médicaux doivent tenir compte de l'utilisation des ressources permettant la réalisation courante de l'acte. Tout comme l'aiguille, le tube de recueil, l'antiseptique et le pansement sont « compris » dans la rémunération d'un prélèvement sanguin.

L'aspect pratique et l'opérationnalité doivent être favorisés par rapport au quotidien : *« On ne va pas détailler le prix des sacs poubelle ! Ce qui compte c'est d'en suivre la consommation pour éviter les pertes ou les mauvaises utilisations. Le coût il faut le partager entre tout le monde »*.

Ce constat démontre un nouvel aspect des préoccupations des professionnels face aux coûts qui leur sont imputés. Après avoir ressenti de la culpabilité, par le manque d'arguments à présenter en regard des dépenses<sup>17</sup>, le suivi des consommations et donc des coûts a été repris en main par les responsables. La diversité de leurs activités ne leur permet pas un suivi personnel. Souvent c'est une organisation avec un agent du service, qui devient responsable de la prestation. Celui-ci s'organise pour assurer le contrôle des commandes à la facturation.

L'un des établissements a développé un suivi informatisé, qui permet un archivage et un comparatif selon les mois et les années. L'outil informatique a comme intérêt de permettre un gain de temps dans le suivi, mais aussi de pouvoir utiliser les données recueillies pour améliorer la connaissance des coûts. Ainsi l'un des établissements a créé un fichier sur un tableur pour relier les consommations de produits hôteliers aux nombres d'interventions : *« Depuis que nous avons mis en parallèle des consommations mensuelles de produits hôteliers et le nombre d'interventions, on [les services économiques] ne peut plus réduire nos commandes, elles sont justifiées. On ne peut pas travailler sans matériel. »*.

Ce ressenti des utilisateurs est aussi celui des gestionnaires : *« Il est vrai que se sont sur des services « coûteux » comme le bloc et la réa[nimation], que les suivis de consommations sont les plus fins et les plus argumentés. Leurs arguments se tiennent, ils savent où ils en sont. »*.

L'autre point concernant les produits utilisés au bloc opératoire se porte sur les équipements, particulièrement sur l'équipement biomédical spécifique au bloc opératoire. Ces appareils dépendent du budget d'investissement, c'est-à-dire qu'ils correspondent à une durée d'utilisation supérieure à une année et dépassent un prix butoir fixé par la réglementation. Dans ce cas le prix d'achat est réparti sur plusieurs années (environ cinq ans) afin de permettre d'épargner, en vue d'achat pour le remplacement, avant l'obsolescence. Il peut être modifié en fonction de la réglementation liée à l'utilisation, comme pour le matériel de radiologie.

Il est donc possible d'estimer le prix annuel de base de ce matériel. Cette description est celle de l'idéal, et il existe des écarts dans la pratique : *« L'une des colonnes [de coelioscopie] a douze ans, elle n'est plus du tout adaptée. Elle est plus souvent en panne, qu'opérationnelle, et nous coûte plus cher en réparation que si on en achetait une neuve. »*

C'est pourquoi, face à ce type de matériel, il ne faut pas occulter le coût de la maintenance, voire des réparations, qui sont à présent facilement identifiables grâce aux

---

<sup>17</sup> Cf. paragraphe 3, page 4

services biomédicaux. Ceux-ci ont pu améliorer la connaissance des équipements hospitaliers, ce qui permet aussi d'augmenter la précision et la sécurité dans le soin.

On sait quel matériel est utilisé pour quel patient, en fonction d'un plan de répartition dans la structure.

Ces équipements sont souvent très onéreux, aussi il est important, avec l'utilisation des outils de performance de pouvoir repérer quelles sont les possibilités de partage, entre disciplines : *« nous avons choisi de répartir les plages opératoires pour alterner les utilisations d'ampli [amplificateur de brillance] »*.

On peut donc repérer facilement le coût de suivi et de maintenance d'un équipement biomédical et en relier l'utilisation avec une discipline en fonction de la répartition des vacations opératoires.

L'évolution des avancées technologiques et techniques demande parfois des équipements supplémentaires ; un service peut faire la demande d'un robot chirurgical, un autre prévoir de doubler les équipements présents jusqu'à présent pour une intervention donnée (double colonne vidéo). Ces demandes qui correspondent à des recommandations d'experts ou de sociétés savantes, ne cadrent pas avec les moyens de l'établissement. Aussi l'information sur les coûts des équipements, faite auprès des demandeurs est-elle primordiale pour qu'ils saisissent les risques et bénéfices pour l'ensemble des utilisateurs du bloc. La valeur ajoutée pour le patient est démontrée par les recommandations.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, l'information transmise permet de prendre des décisions sur des éléments justifiés pour la prise en charge des patients. L'ensemble des demandes, au sein d'un pôle fait l'objet de mesures d'évaluation. Aussi pour ce faire, la connaissance des prix d'achat, d'utilisation, de maintenance, devient incontournable : *« en regard de la vétusté de certains équipements, il a fallu freiner la chir XXX, qui voulait un enregistreur vidéo dédié ; nos priorités étaient ailleurs, ce n'est pas le film qui améliorera le résultat de l'intervention »*.

On peut donc constater le changement de comportements des utilisateurs dans l'utilisation des matériels. En revanche, il n'y a pas d'intérêt pour eux à répartir avec précision l'affectation par unités fonctionnelles des matériels polyvalents.

On voit donc à travers la recherche d'identification des coûts, l'impact sur les pratiques. Et ce, non seulement d'un point de vue fonctionnel, ce qui est déjà important dans ces milieux à fortes tensions ; mais aussi, pour que les équipes puissent assurer une prestation qualitative et sécuritaire.

D'ailleurs la connaissance sur la répartition des ressources au bloc opératoire, ne concerne évidemment pas uniquement les équipements et matériels, mais aussi les ressources humaines.

### ***Les ressources humaines***

En effet, selon différentes études<sup>18 19</sup>, la part de dépenses représentées par les personnels au sein d'un ES varie entre 64 et 67 % des charges d'exploitation des hôpitaux et 26 % des dépenses de l'assurance maladie de l'exercice étudié, soit entre 1994 et 2006. Le suivi des dépenses en personnels est donc indispensable dans une recherche d'efficacité des fonctionnements.

Le bloc opératoire dispose de métiers habituels dans les ES, mais aussi de métiers spécifiques, dont la répartition est organisée en fonction des pratiques, de la réglementation, mais aussi en fonction des habitudes de chacun des intervenants, particulièrement en ce qui concerne le personnel infirmier. Dans ce travail, l'emploi des infirmier(e)s spécialisé(e)s par rapport à la réglementation ne sera pas traité, en regard du respect de la réglementation par les établissements étudiés.

Le point qui est recherché est la capacité des acteurs du bloc opératoire à déterminer le nombre et la qualité des personnels mis à disposition dans les activités du bloc et en vue de la réalisation des interventions chirurgicales ; ainsi que l'incidence économique de ces choix.

Les deux terrains d'enquête disposent de moyens différents d'organiser la répartition des équipes. Ainsi, on observe une différence entre les établissements dans l'emploi des infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) pour la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI).

Dans l'établissement (A) c'est par manque chronique d'IADE, que ceux-ci sont « réservés » aux salles d'opération, pour permettre le déroulement de l'activité opératoire, qui crée des recettes. Il s'agit là d'un choix de décideurs, imposé aux IADE, qui ressentent la perte d'une partie de leur fonction.

---

<sup>18</sup> Cours des Comptes, mai 2006, Rapport public thématique : « les personnels des établissements publics de santé »

<sup>19</sup> Institut de Recherches et Documentation en Économie de la Santé, novembre 2010, « l'emploi dans le secteur hospitalier, données de cadrage ».

Le fait de ne pas participer à la décision concernant leur affectation les place dans une attitude revendicatrice vis-à-vis des pratiques. Pour l'ensemble des décideurs il semble évident, que l'exclusivité de fonction qui concerne les IADE pour les salles d'opération en fait une ressource rare à utiliser à bon escient. À aucun moment cela n'a été clairement formalisé aux IADE eux-mêmes qui ont un ressenti complètement différent, exprimé par leur cadre : « *Les IADE se font désirer pour intervenir en SSPI, lorsqu'une IDE a quelques difficultés. Ils considèrent qu'ils ne sont pas des bouche-trous techniques, puisqu'on [l'encadrement, le système] les empêche d'y aller en temps normal.* » Ce comportement est bien sûr repris par les cadres, mais la scission entre l'équipe d'IADE et les décideurs est telle, que ceux-ci ne se placent plus dans la transmission d'un savoir-faire, qu'ils « *conservent pour le bloc* » et non pour le patient.

Cela conduit les IADE à rechercher des postes dans d'autres établissements et on observe une fuite de cette catégorie de personnels, ainsi que des tensions.

Il existe ici, un manque de clarté dans l'organisation fonctionnelle, notamment dans les motifs qui ont prévalu à sa mise en place, qui nuisent à l'effet recherché.

Dans l'établissement (B), les calculs d'effectifs avaient été faits pour permettre que la SSPI soit tenue par des IADE. Ceci a été étudié, afin de tenir compte des différents champs d'exercice de ces infirmiers, mais aussi afin de fournir une qualité optimale de prestation dans ce lieu. Le service d'anesthésie fait l'objet de résultats financiers cités comme « catastrophiques », reliés entre autres au coût de la SSPI. Mais cela a aussi une incidence sur les soins, en cas de manque d'effectifs IADE et pour assurer le travail infirmier en SSPI, les salles d'opération sont fermées. Ce qui a pour conséquence de ralentir la prise en charge des patients et de limiter les recettes. De plus cela peut avoir un retentissement important sur la fidélisation des patients, car un patient reporté cherche souvent un autre établissement pour traiter son cas.

Dans les deux cas étudiés pour les IADE, on observe que le manque de synergie entre les personnels, les décideurs et le manque d'éléments objectivés pour négocier des organisations ou définir des choix, ont un impact sur les pratiques et un retentissement économique sur la structure.

En ce qui concerne les infirmier(e)s de bloc opératoire diplômé(e)s d'État (IBODE), il existe aussi des problématiques, qui sont bien souvent liées aux organisations chirurgicales.

La répartition des IBODE pour une intervention chirurgicale est à présent souvent définie dans la charte de bloc opératoire, véritable « table de la loi » du fonctionnement et point de contrôle recherché, lors de la visite de certification.

Longtemps l'IBODE a été perçue comme liée à la présence du chirurgien, alors qu'elle est présente pour la prise en charge du patient, dont le temps chirurgical au bloc opératoire ne représente qu'environ cinquante pour cent<sup>20</sup>.

La polyvalence des domaines d'activités de l'IBODE, qui concernent les fonctions de circulante, d'instrumentiste et d'aide opératoire, crée un flou dans la définition des besoins en effectifs sur cette catégorie. Si la présence d'au minimum une IBODE par salle d'intervention est claire pour tous, en raison de la présence indispensable pour la prise en charge du patient, la définition d'un nombre complémentaire manque encore de précision. Les chirurgiens ont encore des réticences à préciser leurs besoins pour les catégories instrumentistes et aide opératoires, mais aussi à organiser leur programme opératoire, pour que ces moyens soient optimisés : « *Nous n'avons obtenu la liste des interventions à instrumenter que pour quatre services sur douze ; les autres préfèrent rester dans le vague* ».

Ce manque de lisibilité, voire d'organisation, donne un côté aléatoire à la répartition des moyens, alors que le fonctionnement pourrait correspondre à la valorisation de pratiques et donc améliorer la qualité des soins. Cependant pour répartir les dépenses, et en l'absence de propositions des acteurs de terrain, les responsables et gestionnaires ont utilisé des techniques qui favorisent certains et en défavorisent d'autres : « *Comme nous n'arrivions pas à savoir combien de personnels affecter, nous avons fait des forfaits. Du forfait 1 au forfait 4, il y a un nombre croissant de personnes ; ce qui donne un tarif, que nous négocions en début d'année, avec le Directeur des Affaires Financières (DAF), en fonction des résultats de l'année précédente.* »

Les chirurgiens contestent en partie cette affectation financière, mais n'ont pas fait de contre-proposition, leur permettant de valoriser la qualité de la prestation dans les moyens employés.

Il existe cependant des secteurs où l'attribution des moyens, notamment en personnel est réglementée. Ce qui peut renforcer les tensions entre chirurgiens, dans l'organisation quotidienne : « *Si les moyens sont définis en neurochirurgie et pas en orthopédie, alors que certaines de leurs interventions sont similaires, ce n'est pas le fait des responsables de bloc. Ils [les orthopédistes] n'ont qu'à faire valoir leurs besoins au ministère.* »

---

<sup>20</sup> Annexe 4 : page 8 du rapport TONNEAU D et LUCAS A, septembre 2006, « gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques », MeaH, département chantiers pilotes, 57 p

Pour les autres catégories de personnels les questions posées sont identiques. Le rapport entre la qualification et la valeur ajoutée dans la pratique n'a pas été expressément étudiée. Chacun reste sur sa problématique, les gestionnaires sur l'organisation des moyens pour limiter les coûts. Ainsi, le nombre d'aide-soignant par salle n'est pas établi en fonction de la charge de soins dans les disciplines, mais par rapport à la répartition d'un effectif global : « *Au vu de l'effectif aide-soignant et des plages opératoires à couvrir, nous avons dû faire passer qu'il n'y aurait qu'une personne pour quatre salles* ». Cette répartition tient donc compte d'une égalité dans la distribution des moyens, mais peut-on dire d'une équité, par rapport à la qualité de soins ?

Du côté des praticiens et intervenants au bloc opératoire, aucun argument, par rapport aux besoins induits par la qualité des pratiques n'est démontré. On remarque, cependant que dans une salle d'opération, un patient pris en charge sur table orthopédique, demande une installation d'environ une heure, en présence du chirurgien (ou de son assistant). Si l'aide-soignant doit se partager entre quatre salles, ce temps va s'allonger, entraînant une augmentation du temps d'anesthésie pour le patient.

Pourtant il n'y a pas d'utilisation des outils de mesure de la performance pour expliquer ces augmentations d'utilisation du TROS. L'attitude habituelle consiste plutôt en une plainte face à l'incohérence des décisions prises et au manque de moyens. Les utilisateurs du bloc vivent l'organisation mise en place, comme « *des mesures imposées* ».

Pourtant il s'agit plutôt de mise en application de contraintes réelles, souvent difficiles à expliquer, pour lesquelles une réflexion professionnelle et pragmatique serait nécessaire : « *Les professionnels de terrain ont toute légitimité pour faire valoir le coût induit par la non qualité, s'ils acceptaient de se placer comme partenaires et non comme opposants* ».

C'est le cas des obligations réglementaires mises en place par les sociétés savantes, qui ont mis en exergue la valorisation des pratiques professionnelles dans la définition des besoins.

Les coûts des personnels sont comparés lors des présentations chiffrées en vue des négociations de contrats de pôle, et les deux ES étudiés présentent des surcoûts par rapport à l'établissement virtuel représenté dans le TCCM. Le résultat présente plus 25% pour l'établissement (A), mais plus 85 % pour l'établissement (B).

Un travail sur la valorisation des actes doit être conduit dans des deux structures, afin de s'assurer que les actes réalisés apportent les recettes prévues.

Pourtant aucune des deux ne pourra échapper à des mesures de réduction des coûts de production. Il semble à présent nécessaire de repérer les éléments objectifs qui permettront de définir, le plus précisément possible, les coûts par discipline pour éviter que ce soit l'ensemble de l'organisation qui soit impactée. Cet aspect est incontournable pour assurer un maintien de la qualité des pratiques.

Il a été établi que les grandes lignes de dépenses sont repérables dans le fonctionnement des blocs. Ils le sont aussi dans le suivi des dépenses de cette structure.

Aussi après avoir décrypté dans la partie théorique les concepts de dépenses / recettes, nous avons pu entrevoir l'importance du suivi par la comptabilité analytique. Les données économiques et la répartition en sections d'analyse, qui représentent chaque unité fonctionnelle utilisatrice du bloc opératoire, sont des éléments indispensables.

Après avoir observé l'importance des outils de mesure et leur limite dans le quotidien des professionnels, il semble possible de faire des propositions, qui prennent en considération les nécessités d'appropriation par les équipes d'éléments de pilotage médico-économiques.

Ceux-ci, selon les termes de la nouvelle gouvernance, leur « *permettront de s'adapter* », mais aussi de réfléchir sur les pratiques, valoriser les coûts représentés par les choix organisationnels, dans l'optique de garantir une qualité des soins.



### **3 Des outils pour relier qualité des soins et maîtrise des coûts**

L'étude conduite sur le terrain a permis de démontrer que malgré la place que leur donne la nouvelle gouvernance, les chefs de pôle en charge des blocs opératoires, rencontrent des difficultés pour piloter ces structures.

En effet dans ces milieux complexes, les outils de performance organisationnelle ont induit de réels changements, dont l'impératif était de réunir des individualités. Cependant, le coût résultant des pratiques quotidiennes, ne peut pas être facilement repéré par ces instruments de mesures. Il s'agit donc de proposer d'autres axes pour identifier le coût d'un savoir faire quotidien et réfléchir à son adéquation au contexte économique actuel.

#### **3.1 Les outils existants et la qualité des soins**

Dans la prise en charge des patients au bloc opératoire, les décideurs disposent à présent d'outils organisationnels.

Les outils de performance organisationnelle sont entrés et se sont ancrés dans les blocs, ils représentent une part du pilotage. Pourtant l'utilisation de ces éléments, peut être développée d'un point de vue qualitatif. Dans le quotidien, mettre en regard des moyens affectés la qualité de prestation proposée, peut permettre aux responsables de pôle de garantir un fonctionnement efficient. Pour ce faire la formation spécifique des directeurs de soins peut se révéler une aide appréciable.

### 3.1.1 Développer la qualité par le programme opératoire

L'un des outils phare de la performance organisationnelle des blocs a été la charte de bloc opératoire<sup>21</sup>, qui précise un grand nombre d'éléments de fonctionnement au quotidien, mais introduit aussi la répartition des moyens<sup>22</sup>. Cependant, on remarque que cette structuration se fait sans permettre d'établir réellement un lien avec la qualité des pratiques.

Les points qui s'appliquent dans la charte introduisent l'importance de connaître les moyens nécessaires au déroulé de la prise en charge, mais ne déterminent pas le suivi et le coût des dysfonctionnements.

Il semble donc utile pour identifier la qualité de prise en charge de repérer, l'organisation de la transmission d'informations. Ce repérage entre le bloc opératoire et les services d'hospitalisation, mais aussi, en interne au bloc opératoire, entre les équipes de chirurgie et d'anesthésie, donne des indications sur la qualité organisationnelle des processus au bloc.

La première notion de lien entre qualité et pratique se formalise par la continuité des informations nécessaires à une prise en charge sans retard et sans risque. Pour ce faire, la mise en place d'un indicateur qui permette de suivre l'écart entre le programme opératoire prévu et le programme opératoire réalisé, est important. Il va permettre d'identifier la rigueur dans les demandes, l'importance du contrat dans le service fourni au patient, l'impact économique de la prévision des besoins. Donc une détermination de critères qualitatifs de la prise en charge du patient, mais aussi des consommations de ressources.

Ainsi, bien que la complexité d'un bloc opératoire laisse peu de place à l'inoccupation des équipes, faire venir des personnels pour instrumenter une intervention qui n'aura, au final pas lieu, génère des coûts. L'*aléa* fait partie du côté imprévisible de la chirurgie, un patient fébrile, qui ne peut être opéré, peut être expliqué par l'application des nécessaires vérifications de sécurité. Mais, un taux de cinquante pour cent de modifications du programme opératoire, correspond à un manque de rigueur, ou une imprévision qui aura un retentissement sur la prise en charge globale du patient et les dépenses qu'elle engendre.

---

<sup>21</sup> ADDA G, novembre 2002, "Organisation et gestion des blocs opératoires", Hygiène et sécurité dans les établissements de santé, AFNOR, 8p

<sup>22</sup> *Ibid.*, point 3.5 et 3.6

Le contrôle qualité des annonces opératoires est un processus qui peut concourir à l'amélioration des flux au bloc. Mesurer le taux d'annulation est un point important de la maîtrise de la prise en charge du patient, mais aussi du coût de la perte de qualité dans l'organisation des moyens au bloc opératoire.

Dans la notion de qualité, entre en jeu la transparence dans l'identification des moyens mis à disposition. Ainsi, les écarts entre les différents praticiens sont à analyser par rapport à des pratiques identiques. La détermination des ressources nécessaires à une intervention chirurgicale se fait en général par la déclaration des moyens attendus. Le fait de relever les ressources mises à disposition, pour chacun dans le cadre d'activités identiques est déstabilisant et peu pratiqué. Pourtant sans cette démarche, il est impossible de permettre aux utilisateurs d'appréhender les différences dans leurs pratiques. Il faut réussir à établir le fait que c'est la prestation qui nécessite une mise à disposition de moyens et non l'individu. On peut se demander si à intervention identique, le nombre d'IBODE se doit d'être le même quel que soit l'opérateur.

Mais on peut aussi rechercher si un nombre inégal d'IBODE se justifie entre les disciplines. Dans les deux cas, l'important est d'apprécier la valeur ajoutée d'une IBODE dans la globalité de la prise en charge du patient au bloc opératoire.

Pour ce faire, il existe des indicateurs de surveillance des points critiques, qui représentent des systèmes d'alerte pour la garantie d'une prestation. Le taux d'infection du site opératoire peut être mis en regard des ressources utilisées, dans le cas de la chirurgie prothétique notamment. Il est ainsi admis que la présence d'une instrumentiste correspond à une valeur ajoutée dans une intervention. Elle permet de diminuer le temps opératoire, par la mise à disposition du matériel adéquat, limite le risque infectieux par le gain de temps et la tenue de la table d'opération. Pourtant lors des recherches d'économie il a souvent été suggéré de limiter le nombre d'interventions qui nécessitent un recours à une instrumentiste. Les chirurgiens et IBODE ont souvent dénoncé cette perte de qualité. Cependant le lien entre qualité de prestation pour le patient et le coût engendré n'a pas été clairement démontré. Et sans objectif quantifié de la valeur ajoutée, face à des contraintes économiques, la diminution des instrumentistes a été actée. Toutefois le suivi des infections du site opératoire reste un critère prédominant dans un système de notation à destination des usagers. Ainsi on observe un réel engouement pour la presse écrite, chaque année lors de l'édition du palmarès des hôpitaux.

Toutefois, il faut être prudent dans l'analyse qui est faite, sur la qualité des pratiques en regard des moyens mis à disposition. Ainsi un taux d'infection élevé nécessite-t-il une augmentation de moyens ? Ou : doit-on réduire les moyens si le taux d'infection est bas ?

On peut observer par rapport au questionnement de départ, on obtient :

Une validation de la première hypothèse : « Les outils de pilotage institutionnels ont un impact sur l'organisation générale des blocs opératoires ». En présence d'indicateurs nationaux, auxquels aucun élément interne ne peut être opposé, la décision va être prise pour amener l'organisation au plus près des moyennes obtenues, par l'agrégat des résultats nationaux.

Par contre la seconde hypothèse de recherche n'est que partiellement vérifiée : « *L'utilisation d'indicateurs spécifiques dans les blocs opératoires permet identifier le coût de pratiques de qualité.* ». En effet, les indicateurs de performance organisationnelle des blocs opératoires, sont spécifiques à ces secteurs. Cependant, ils ne permettent pas dans tous les cas de démontrer la qualité des pratiques.

On peut donc en déduire que malgré les différents outils existants, il reste encore des développements possibles, pour que les managers de terrain, CP et leurs collaborateurs, puissent disposer d'éléments d'aide à la décision. Ce qui va conduire à explorer la troisième hypothèse.

### **3.1.2 L'industrialisation des processus par l'utilisation d'un système d'information**

L'organisation des activités humaines revêt une place fondamentale dans le lien entre qualité et coût de la performance, pourtant l'organisation, le suivi et l'analyse des activités ne peuvent demeurer des processus artisanaux.

Ainsi, les préconisations dans la rédaction de la charte de fonctionnement du bloc opératoire, précisent que le respect des procédures passe par leur écriture. Or trop longtemps les blocs opératoires, ont vécu sur une culture orale. Le passage à un écrit détermine un engagement dans la pratique, donc dans la qualité, mais aussi dans le respect des moyens engagés pour la produire.

L'identification des ressources nécessaires à un acte au bloc opératoire, après s'être fait à partir des habitudes de chacun, doit à présent s'établir sur la base d'éléments définis comme indispensables. Longtemps lorsqu'une infirmière débutait au bloc opératoire, elle

disposait d'un carnet pour inscrire les particularités des interventions auxquelles elle assistait. Ainsi, notait-elle tous les éléments utilisés de façon à pouvoir les reprendre pour une future intervention, qui porterait la même appellation. C'est le début de la formalisation des pratiques, l'entrée de l'informatique dans les blocs opératoires a permis l'industrialisation de ce procédé.

En effet les blocs opératoires, ont fait partie des premiers services pour lesquels ont été conçus des logiciels spécifiques. Pourtant la mise en relief de la qualité des pratiques n'est pas l'aspect recherché dans ces systèmes. Un logiciel de bloc opératoire est un produit onéreux, qui peut simplement aider au pilotage médico économique. Les attentes vis-à-vis d'un tel produit sont à déterminer et le directeur des soins peut être un élément clé dans les critères de choix pour la sélection du produit.

La création de « fiches d'intervention » a permis de rendre les pratiques connues pour tous, mais aussi de participer à la formation des professionnels, puisqu'il s'agit de véritables livres de recettes, pour la réussite de la prise en charge<sup>23</sup>.

C'est une organisation qui vise à sécuriser les pratiques par une uniformisation des éléments à préparer et du déroulement à suivre.

Il faut vérifier que la validation de cette description est pérenne, ou puisse être actualisée. L'avantage d'introduire un système informatique dans cette pratique va permettre un suivi analytique de cette description et donc de réaliser un processus continu. Afin de rendre ce suivi possible, la mise en place de système d'information spécifique est essentielle.

Pourtant, encore trop souvent, la saisie des données pour alimenter la base d'information est faite et l'outil informatique en place prévoit l'édition de protocoles opératoires, véritables guides pour les utilisateurs. Mais, au final, il n'est pas développé par les utilisateurs, des étapes d'analyse comparative des éléments prévus par rapport à ceux utilisés. Il faut, bien sûr, pour se faire, que le système utilisé permette de tracer le recueil des ressources utilisées intervention par intervention.

Le suivi régulier des écarts entre ressources prévues et ressources utilisées permettrait l'adaptation des moyens nécessaires à la réalisation des interventions, donc à la qualité de la prise en charge. Une analyse des différences par une cellule opérationnelle permettrait de vérifier l'adéquation des prévisions aux consommations.

---

<sup>23</sup> Fiche technique type pour la chirurgie, 2009 / 2011, École d'IADE de la Salpêtrière – AH-HP, PARIS

Un logiciel de bloc opératoire est un outil complet et complexe, qui intègre l'ensemble des activités nécessaires à la prise en charge du patient sur ce secteur. Mais bien trop souvent, la lourdeur de saisie à la mise en place, ne permet pas aux utilisateurs d'imaginer l'ensemble des possibilités qu'il recèle. Aussi ces logiciels restent sous utilisés. La définition d'indicateurs simples qui suivent les pratiques au quotidien est un atout dans le pilotage du bloc. Le regard croisé des gestionnaires et des soignants peut permettre des développements utiles au suivi de la qualité des pratiques.

Sans logiciel de bloc opératoire, un suivi analytique des consommations sera difficile à conduire.

Afin que le logiciel de bloc trouve toute sa place, l'accompagnement des utilisateurs, mais aussi des gestionnaires de pôles par un directeur des soins est un atout.

### **3.2 Le pilotage médico économique**

Il existe un *hiatus* entre la connaissance du coût des pratiques et la qualité des soins. Aussi la possibilité d'utiliser les connaissances spécifiques de la formation de directeur des soins, pour apporter un regard à la fois soignant et gestionnaire me semble une opportunité. L'autre aspect qui peut être développé par le DS est l'accompagnement managérial, pour ce mode de réflexion, tant auprès des CSS, que des chefs de pôles, pour valoriser la qualité des soins.

#### **3.2.1 Déterminer une unité d'œuvre au bloc opératoire**

##### ***Les généralités***

Il a été démontré que l'industrialisation des processus de recueil de données devient indispensable pour permettre aux professionnels d'agir sur leurs fonctionnements. De plus la mise en place de la comptabilité analytique met en évidence les charges affectées au bloc opératoire. Pourtant il faut s'assurer que les dépenses soient affectées aux services utilisateurs de façon fine et non aléatoire. Par contre il a aussi été établi, dans l'enquête, que certains éléments seraient difficiles à répartir précisément entre disciplines, mais que pour certains d'entre eux, la répartition dans le détail ne représentait pas un intérêt majeur.

Dans le panel des outils qui sont présentés aux managers de pôle le TCCM permet de présenter une répartition des moyens utilisés par service. Pour les disciplines utilisatrices du bloc opératoire, l'étude de ce type de suivi précise les coûts du bloc opératoire en fonction des critères nationaux Indice de coût relatif (ICR)<sup>24</sup>. Les interventions répertoriées donnent une activité en ICR qui, une fois rapportée aux dépenses relevées pour le service, donne un coût unitaire de l'ICR. C'est ce coût unitaire qui est comparé au coût unitaire national représenté. La méthode de calcul est d'amalgamer les données de tous les ES, pour obtenir un établissement virtuel et créer une production identique à celle réalisée par l'ES observé.

On peut donc comparer l'ICR de la discipline avec un ICR virtuel. C'est un moyen qui permet aux gestionnaires et aux managers de connaître les moyens dévolus aux fonctionnements choisis, par rapport aux fonctionnements nationaux. L'observation de ce document donne des informations essentielles, tant d'un point de vue des dépenses, que par rapport à leur caractère. Ainsi, il est intéressant d'observer qu'il y a moins 98% de dépenses d'entretien de matériel médical et d'amortissement, dans les dépenses du **titre 3** et qu'il y a un surcoût de 128% du coût de l'ICR de bloc opératoire, pour l'activité d'orthopédie étudiée.

Ce document, de pilotage médico économique, est plus économique que médical tel qu'il est présenté. Aussi les managers qui ont la charge de piloter le bloc opératoire ont-ils des difficultés à établir le lien entre ces chiffres, les outils de mesure de la performance organisationnelle et la qualité des soins. Pourtant celui-ci existe et doit pouvoir être démontré. C'est ce que nous allons voir maintenant. Par la déduction des éléments recueillis, observés, analysés durant ce travail, on peut en déduire que :

- La qualité de prestations au bloc se fait à partir de la définition des moyens que souhaitent les utilisateurs, mais aussi des moyens disponibles.
- Les organisations mises en place sont formalisées et permettent de déterminer l'affectation de ressources par discipline.
- Ces ressources peuvent être tracées et actualisées par une saisie permanente en raison de l'utilisation d'un logiciel de bloc opératoire, véritable système d'information pour ce secteur spécifique.
- L'ensemble des ressources utilisées représente des dépenses.

Il peut donc être possible de valider la troisième hypothèse :

Identifier le coût horaire du bloc opératoire par discipline, aide au pilotage de la structure dans le respect de la qualité et la sécurité des soins.

---

<sup>24</sup> Annexe 5 - TCCM – partie ICR

## **Détail des propositions**

Afin d'obtenir un coût par discipline, à partir de la mesure précise des moyens utilisés par les professionnels de bloc, il est possible de passer en revue des différents outils déjà présents. L'utilisation de la grille de vacation opératoire, qui établit la répartition des temps disponibles entre les disciplines intervenant au bloc, va permettre de répartir le temps attribué. Comme celui-ci est différent en fonction des disciplines, il faut identifier une unité d'œuvre représentative de chaque spécialité intervenant au bloc opératoire. Un calcul qui se base sur le coût horaire, respecte la qualité des soins car estime les moyens utilisés nécessaires, pour une intervention, dans une période donnée. De plus, c'est un indicateur reproductible et évolutif, en fonction de la modification du nombre de vacations. Il correspond aux besoins et pour le tester, on peut représenter les choses ainsi :

Dans un établissement qui dispose de plusieurs services de chirurgie orthopédique et traumatologie, si certaines interventions pratiquées sont spécifiques, beaucoup sont de identiques. Les responsables de ces structures internes ont des visions différentes des moyens nécessaires à une intervention type. Leurs demandes vis-à-vis des personnels infirmiers sont semblables. Cependant le service Ortho A, réalise un plus grand nombre d'actes, donc représente besoin supplémentaire en agent administratif. De plus, il demande beaucoup plus d'équipement que les autres. Cela s'explique en partie par la complexité de la discipline, qui demande un matériel spécifique, mais aussi par le refus du chef de service de partager les équipements polyvalents du bloc avec ses confrères d'autres unités d'orthopédie.

Dans les entretiens l'importance du matériel et équipements a été souligné par les différentes personnes interrogées. La première approche a été de proposer une répartition financière des équipements entre les disciplines se partageant le bloc opératoire.

Grâce au contrôle de gestion, on peut repérer le coût des différents équipements et les affecter au prorata de leur utilisation entre unité. Le coût retenu, est le coût d'achat, qui peut être divisé par la durée estimée d'investissement (5 ans). Chaque équipement est réparti par discipline au *prorata* de l'utilisation qu'elle en demande. Un équipement utilisé par une seule spécialité, est compté à 100% pour celle-ci. Un équipement partagé à mi-temps, est compté à 50%, etc.... Ce qui permet d'établir un pourcentage de charge pour les équipements par discipline<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Annexe 6 - Répartition du coût du matériel par discipline



De la même façon en regard des besoins en ressources humaines, il est possible de répartir l'ensemble des effectifs affectés selon les besoins de chaque service utilisateur. Puis selon des coûts par catégorie, on peut obtenir le poids financier pour chaque spécialité par grade<sup>26</sup>. On remarque que le temps de chaque catégorie professionnelle est réparti entre les disciplines, et entre les pôles. Ainsi, le cas le plus simple puisqu'il y a qu'un agent sur ce grade est celui du CSS. La répartition est faite à 30% entre les trois principaux pôles, qui ont le plus de spécialités intervenants au bloc. Les 10% restants sont affectés au pôle médical, qui n'a qu'une discipline intervenant au bloc, mais avec un projet qui a mobilisé du temps CSS.

Le groupe dont la répartition est la plus complexe, est celui des infirmiers. En prenant le cas des IBODE, on peut voir qu'il faut tenir compte du travail en astreinte. Cette organisation, tient au fait de la nécessité de permanence des soins, sur les secteurs à activités réglementés 24H/24, comme la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie. Le calcul s'effectue sur la totalité de l'effectif rémunéré, en tenant compte de la répartition des différentes positions des infirmiers. On obtient la répartition des effectifs selon les organisations, telles que les astreintes, la garde, mais aussi les congés.

Le même raisonnement peut s'appliquer aux charges des autres titres : « *Titre 2 - Charges à caractère médical* »<sup>27</sup> et <sup>28</sup>, et aux charges du « *titre 4 - Charges d'amortissement, de provision, & de financement exceptionnels* ».

Pour les dépenses du titre 2, le choix des gestionnaires et aussi des pharmaciens, va vers une affectation au numéro de séjour du patient comme il cela a été précisé dans l'enquête. Aussi, l'attribution de la dépense peut se faire de façon très simple sur l'unité fonctionnelle du service producteur<sup>29</sup>.

Il s'agit donc, après la répartition par titre de dépenses des différents moyens utilisés par les disciplines, d'affecter l'ensemble des coûts du bloc. La répartition se fait au cas par cas, selon les produits. Certains consommables sont utilisés uniquement par une spécialité ce qui permet un repérage facile. En ce qui concerne les produits polyvalents, il peut y avoir des approches différentes. Une répartition homogène par un partage de la totalité des coûts entre les disciplines, ce qui est le plus simple, mais le moins représentatifs des consommations réelles. L'approche la plus fine est la réalisation d'audits de consommations ponctuels.

---

<sup>26</sup> Annexe 7 - Détail du calcul de la répartition par discipline chirurgicale des ressources humaines « côté » bloc, « simulation avec répartition des effectifs avant restructuration »

<sup>27</sup> Annexe 8 - Répartition des coûts des médicaments entre les disciplines du bloc, page 1

<sup>28</sup> Annexe 9 - Répartition des coûts des médicaments entre les disciplines du bloc, page 2

<sup>29</sup> *Ibid.*

Cette méthode est adaptée à des produits onéreux, pour lesquels la répartition homogène, peut venir grever les services avec de faibles recettes et / ou un nombre d'actes restreints.

Pour chaque titre de dépenses une répartition au *pro rata* de l'utilisation de la discipline est proposée, aux chefs de structures et de pôle. En cas de contestation, des études des utilisations des différentes ressources, par audits ponctuels, peuvent être réalisées. L'important est d'obtenir une validation des professionnels des moyens mis à dispositions. Ensuite vient la réflexion sur leur valeur ajoutée, par rapport aux pratiques des collègues.

En reliant ces calculs au nombre d'heures de vacations attribuées à chaque discipline, on peut obtenir le coût horaire du bloc opératoire par discipline<sup>30</sup>.

Il s'agit là d'une unité d'œuvre qui tient compte des outils de performance organisationnelle du bloc, mais qui valorise aussi la réalité des pratiques. Cette proposition intègre des critères de qualité et sécurité des soins. Les pratiques sont réalisées pour partie sur la base d'habitudes, qui ne tiennent pas toujours compte des modifications dues à la technologie. Les avancées technologiques peuvent conduire à des réajustements des actes. Une réflexion qui mesure les ressources affectées avec celles réellement utilisées, conduit aussi à s'interroger sur leur utilité dans la réalisation des activités. Le bémol de cette réflexion est le respect de la réglementation pour certaines spécialités.

En suivant ce raisonnement on peut observer que les ressources mises à disposition sont différentes selon les disciplines, donc les coûts vont varier. Mais il est tout à fait évident qu'en raison des textes qui imposent des normes pour la chirurgie cardiaque par exemple, celle-ci présente des particularités dans le tableau de répartition<sup>31</sup>. Cependant, l'interprétation de la réglementation peut être mise en évidence par une étude de coût.

Ainsi, présenter les dépenses établies à partir des ressources constatées, et permet de présenter aux professionnels, le bilan du coût des pratiques telles qu'ils les ont définies. C'est ainsi que peut se faire le lien avec la dernière partie de ce travail. En effet l'objectif est de permettre aux managers de faire des choix éclairés dans un contexte contraint, en regard de données objectives à présenter aux professionnels afin de garantir la qualité des soins.

---

<sup>30</sup> Annexe 10 - Coût horaire du bloc opératoire par discipline

<sup>31</sup> *Ibid.*

### 3.2.2 S'approprier l'unité d'œuvre pour piloter la structure

#### *Le pilotage par les managers de pôle*

Dans le cadre du pilotage des blocs opératoires, la prise en compte des contraintes doit tenir compte des impératifs de qualité et de sécurité.

Il peut paraître surprenant que l'on puisse établir le prix d'un repas et non celui d'une heure de bloc opératoire. Cependant les différentes pratiques rencontrées dans les blocs sont tout à faits représentatives de cet état. C'est pourquoi lorsque les bilans présentés en vue de la négociation des contrats de pôle et de la préparation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, on remarque d'importants écarts. Ceux-ci entraînent des réactions d'incompréhension chez les managers et les professionnels qui ne peuvent justifier ces coûts, alors qu'ils ont le sentiment de ne disposer que du nécessaire, pour réaliser leur production.

Alors au lieu d'un dialogue de gestion, c'est le manque de dialogue qui s'installe. Les gestionnaires administratifs pouvant arguer que le bloc présente un coût supérieur à l'attendu de 128%<sup>32</sup> selon les outils de mesure nationaux.

Les producteurs ne peuvent obtenir de réponse sur la méthode de chiffrage, qu'ils ressentent comme un jugement péremptoire et indescriptible, et qui, donc pour eux, ne peut être reliée à une pratique.

Le fait de proposer cet outil a pour objectif de mieux comprendre les résultats obtenus dans la répartition des charges du bloc. Il permet de détailler les moyens utilisés par disciplines, ce qui semble nécessaire pour que les utilisateurs puissent chiffrer leurs pratiques quotidiennes.

C'est une possibilité de faire évoluer les réflexions, car le détail des coûts donne aux professionnels des éléments objectifs pour étudier différentes pratiques, et ainsi favoriser l'efficience.

Les cas cités dans le chapitre précédent mettent en lumière deux exemples utiles au pilotage médico économique du bloc.

Le service d'orthopédie qui n'accepte pas le partage de la colonne de vidéo chirurgie, majore ses coûts de fonctionnement et limite la fonctionnalité de l'ensemble du bloc. D'après la méthode proposée<sup>33</sup> on peut voir que ce service obtient de 10% de charges pour les équipements, lorsque des services de même discipline avec des orientations différentes (activités et choix d'organisation), sont à 6%.

---

<sup>32</sup> Annexe 5 - TCCM, document produit par les services financiers pour le contrat de pôle de chirurgie

<sup>33</sup> Annexe 6 - Répartition du coût du matériel par discipline

De la même façon, quant à l'utilisation des personnels, l'exemple de la chirurgie cardiaque peut être un enseignement. De par l'organe traité, la noblesse de cette discipline vis-à-vis des autres a toujours limité les contraintes. De plus, la réglementation impose des moyens, qui sont reconnus dans la « recette » de l'acte. Pourtant des marges de manœuvre peuvent se situer dans la périphérie de l'acte opératoire. On observe que, malgré le fait que cette discipline ne dispose de deux salles d'opération (respect des textes) et malgré la bonne connaissance des matériels par les équipes, à la mise en place du service il a été décidé de mettre un cadre de santé à temps complet, (uniquement sur le bloc pour cette discipline). Par rapport à ses collègues, ce CS est moins sollicité, mais n'a pas souhaité avoir des missions transversales, utiles à l'ensemble du bloc, du pôle ou de l'institution.

Décrypter la répartition des effectifs<sup>34</sup>, en déduire le coût horaire au bloc opératoire pour cette discipline, permet de faire constater au chef de service de chirurgie cardiaque qui est aussi responsable de pôle, la dépense entraînée par ce fonctionnement. Un dialogue avec les membres de la coordination des soins (directeur des soins en charge du bloc et cadre supérieur du bloc opératoire) peut alors s'engager pour modifier l'organisation des activités du cadre de santé du bloc de chirurgie cardiaque. L'organisation d'un temps partagé entre le bloc de chirurgie cardiaque et le bloc interventionnel peut être proposée par la CGS, en raison du départ du CS du bloc interventionnel.

La démonstration de l'intérêt de cette proposition s'appuie sur plusieurs éléments :

- ✓ compétences du cadre concerné,
- ✓ logique de complémentarité entre les activités
- ✓ vision prospective qui facilitera le groupement de ces activités à la reconstruction du bloc.

Le rôle du DS dans l'une des compétences du référentiel métier<sup>35</sup> : « **structuration de l'organisation de l'encadrement** » et aussi dans la « **contribution à la gestion du développement des compétences des professionnels paramédicaux** » est au cœur de la proposition. Il est, de plus possible d'approcher un autre domaine de compétence « **contribution au développement des partenariats et des spécificités pour la continuité de la prise en charge de l'usager** », par le développement de pratiques sécurisées entre secteurs d'une même filière.

---

<sup>34</sup> Annexe 7 - Détail du calcul de la répartition par discipline chirurgicale des ressources humaines

<sup>35</sup> Filière DS, promotion 2011, « positionnement à l'entrée en formation », livret individuel, 44p

Le chef de pôle se trouve plus disposé à entendre ces arguments de la direction des soins, car le coût supporté par la discipline, selon les choix basés sur des habitudes, est objectivé. Pourtant, il admet que dans le quotidien, cela n'améliore pas la qualité de des soins, dans la prise en charge du patient, ni la qualité de travail des équipes.

Cette première réflexion, a permis d'établir un climat de confiance professionnelle, qui a conduit le chef de pôle à poser des questions la répartition d'autres métiers du bloc, pour la discipline qu'il représente.

Ce type d'exemples, met en lumière l'effet d'un pilotage médico-économique, par les professionnels de santé, sur la qualité des soins.

Le travail de collaboration entre le chef de pôle, le directeur des soins, le cadre supérieur de bloc et le contrôleur de gestion a conduit à revoir quotité d'agents affectés<sup>36</sup>. Grâce à la présentation des éléments chiffrés le dialogue peut s'établir, sans ressenti, mais dans la recherche d'une qualité de prestation.

L'adéquation des moyens nécessaire à la qualité des pratiques est respectée, mais le comparatif qui est fait entre plusieurs services d'une même discipline permet aussi d'interroger les professionnels sur le lien entre ressources et qualité des soins. C'est une approche qui interroge les équipes et les place comme acteurs de leurs organisations.

Ce raisonnement a été en partie réfléchi avant l'entrée à l'EHESP, mais c'est pendant l'année de formation que la réflexion a été approfondie. Les derniers développements n'ont pas pu être testés dans la réalité, mais le raisonnement à été soumis aux personnes enquêtées et citées dans les exemples.

Il reste des tests à mener et d'autres acteurs à rencontrer pour finaliser le travail, mais la réalisation a été un enrichissement parallèle aux apports de la formation. En effet, le choix d'une problématique professionnelle centrée sur la gestion et le pilotage, n'occulte pas l'ensemble des compétences intrinsèques du métier de directeur de soins, qui peuvent être utilisés dans la mise en œuvre des propositions et qui vont être explorées ci-après.

---

<sup>36</sup> Annexe 7 - Détail du calcul de la répartition par discipline chirurgicale des ressources humaines, « simulation avec répartition des effectifs **APRES** argumentation négociée »

## ***La place du directeur de soins dans la démarche***

Le thème choisi se place tout à fait dans le domaine du « **management de l'encadrement partagé et institutionnalisé de la structure** ». La formation de DS qui peut ne se suivre qu'après l'obtention d'un concours national, est accessible aux cadres de santé. Or actuellement, il émerge dans le quotidien des ES, la nécessité d'une transformation<sup>37</sup> des enseignements spécifiques des cadres de santé. Ceci car malgré les apprentissages dans les Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS), la formation des cadres et cadres supérieurs de santé, semble insuffisante pour leur permettre de prendre pleinement leur place dans le management des établissements de santé.

Le passé soignant du DS, puis sa formation qui comprend des travaux avec les autres filières de directions, lui donne les éléments nécessaires pour accompagner les responsables de pôles dans cette mission. Ainsi les connaissances spécifiques telles que l'analyse systémique et le plan de communication, sont des atouts pour structurer les propositions et les faire partager aux professionnels.

Un autre champ de compétence développé durant la formation des DS : « **l'identification des besoins et la répartition des ressources disponibles** », se construit sur la base d'activités qui ont un impact important dans la dynamique et l'opérationnalité des établissements. Ainsi les méthodologies d'évaluation de la charge de travail ou de dimensionnement des effectifs sont au cœur du sujet. Pourtant celles-ci se doivent d'être décryptées, tant vis-à-vis des partenaires administratifs que médicaux.

Concernant la conduite de projets, les apprentissages spécifiques développés dans la formation du DS, lui permettent d'être une ressource pour les propositions faites dans ce mémoire. La compétence est ainsi formulée : « **implication dans la conception, la conduite et le suivi de projets dans les différents champs contribuant au bon fonctionnement de la structure** ». Le sujet traité concerne l'étude des pratiques pour combiner efficacité et maîtrise des coûts et le DS dispose d'atouts méthodologiques.

L'une des préconisations conduit les producteurs de soins à réfléchir sur les principes fonctionnels de leurs organisations. Il s'agit là d'un projet qui touche au cœur de certains métiers et qui nécessite le respect d'une démarche rigoureuse, pour éviter les incompréhensions ou les difficultés décisionnelles.

---

<sup>37</sup> MOUNIER C et YAHIEL M, 2010, « quelle formation pour les cadres hospitaliers », rapport de l'inspection générale des affaires sociales, 155 p

De plus, des connaissances spécifiques telles que, « *la répartition des responsabilités dans la nouvelle gouvernance* » ou « *les enjeux des acteurs et méthodes de négociations* », qui sont décrites dans cette compétence, sont des leviers importants de changement. Pourtant, ces apports méthodologiques ne sont pas à disposition de l'ensemble des responsables de pôles. Ces derniers, malgré les formations proposées pour leur permettre de faire leur nouveau métier, sont souvent démunis. En effet, les modules d'apprentissages, souvent initiés par des organismes extérieurs aux établissements, donnent des bases, mais se révèlent insuffisants dans le quotidien. Même avec ces enseignements, l'appropriation des méthodes indiquées et leurs applications aux problématiques quotidiennes ne peut rester théoriques. La mise en application nécessite un accompagnement par des ressources internes à l'établissement, dont le directeur des soins se doit de faire partie.

Cependant, la mise en place de ces propositions, ne peut se faire que dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins. Aussi, une nouvelle compétence du référentiel DS est-elle mobilisée. Il s'agit de « **la définition et conduite d'un système d'évaluation cohérent et conforme aux attentes réglementaires, institutionnelles et structurelles** ». Dans ce domaine de compétences, la connaissance des systèmes d'informations et la démarche d'évaluation, sont des ressources incontournables dans l'accompagnement des préconisations faites.

L'évolution des besoins en santé, tout comme les évolutions de la politique hospitalière, ont modifié le rôle des managers hospitaliers. Le référentiel métier du directeur de soins<sup>38</sup> met en évidence « *les tendances d'évolution du métier avec les facteurs clés à moyen terme* ». Notamment dans « *l'accompagnement des chefs de pôle dans l'exercice de leur autorité fonctionnelle, bien que celle-ci se face dans le respect d'une délégation de gestion* » accordée par le directeur général.

---

<sup>38</sup> Famille Management, Gestion et aide à la décision, Directeur des Soins, Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, ministère de la santé.

Le référentiel métier comprend en dernière partie un descriptif des « *conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences, de la profession de directeur de soins, dans le contexte de la réponse aux besoins de santé actuels* » et je rajouterai, à venir.

Sa fonction de coordonateur général des soins, place le DS comme seul directeur désigné par les textes<sup>39</sup>, comme membre de droit du directoire. Et on peut y voir une nouvelle dimension de ce métier.

Un discours en 2009, du ministre de la santé de l'époque, lors de la clôture des 7<sup>èmes</sup> journées de l'Association française des directeurs des soins (AFDS), soulignait les possibilités offertes aux DS, par la loi HPST.

La dynamique des pôles ne doit en rien limiter l'équité institutionnelle. Aussi le métier de directeur des soins, s'inscrit dans une logique d'interface entre le monde des soins et celui des gestionnaires. S'approprier nos champs de compétences, afin de développer la « dimension stratégique et politique", qui nous incombe est un véritable challenge pour notre profession.

---

<sup>39</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HPST »



## Conclusion

La situation économique mondiale est tendue, les politiques et les médias nous abreuvent d'informations défaitistes sur le coût des services publics, et particulièrement sur celui de la santé.

En parallèle, les réformes conduites tentent de donner la possibilité aux professionnels de terrain de devenir responsables de la maîtrise de leurs dépenses, pour pérenniser la qualité reconnue du système de santé français.

Très impliquée dans la qualité des soins et dans l'amélioration des performances des blocs opératoires où j'ai travaillé pendant plus de vingt ans, j'ai tenu à profiter pleinement de l'occasion qui m'est donnée par la réalisation de ce travail de réflexion professionnelle.

En effet, les établissements publics de santé regorgent de professionnels qui ont à cœur de continuer à offrir des soins de qualité à la population. Et, il est maintenant possible de rencontrer, des acteurs qui souhaitent démontrer les besoins de leurs pratiques de soins, pour les pérenniser.

De plus, loin du temps des « économistes » des premiers hospices et hôpitaux, les établissements tiennent à présent à avoir dans leurs équipes des gestionnaires impliqués. Une implication double d'ailleurs, car elle demande aussi bien, une compétence dans la complexité de la science économique, appliquée à la santé ; que dans l'appropriation de notions de qualité, spécifique au service publique hospitalier.

La présence de ces personnels administratifs, mais aussi de médecins versés dans l'étude des coûts de fonctionnement, a modifié les organisations établies, mais aussi le regard que les professionnels de bloc opératoire, portaient sur leurs pratiques.

Cependant, la complexité des outils de suivis financiers ne permet pas toujours un échange rationnel. Une des explications de ce manque de compréhension, est le fait qu'elle repose sur la confrontation de logiques différentes. Pourtant, chacun des représentants est sûr de son bon droit car ses arguments sont imparables et démontrés.

Aux remarques portant sur les moyens insuffisants, de la part des soignants, les gestionnaires répondent par l'importance des coûts. Ces discussions sont encore trop fréquentes.

Ce ne sont pas là des éléments de dialogue, ou alors de dialogue de sourds, car il n'est pire sourds que ceux qui ne peuvent s'entendre.

Le directeur des soins, de par sa formation soignante et managériale, dispose d'éléments pour favoriser le dialogue et concourir à la qualité et la sécurité des soins.

La formation suivie à l'EHESP et la possibilité de suivre un master 2 « *Analyse et Management des Établissements de Santé*<sup>40</sup> », ont renforcé mon appétence à développer ce type d'outils de connaissances et de mesures, au service d'une garantie de prestations.

La nécessité de détailler les processus pour les rendre explicites, le décryptage des éléments chiffrés pour les rendre compréhensibles des professionnels, sont les leviers d'un co pilotage productif.

J'espère avoir rendu lisible ma volonté d'utiliser ce mémoire professionnel pour approfondir une réflexion et mettre démontre l'une des spécificités du directeur de soins : un manager à l'interface entre production et stratégie, garantissant la qualité des soins.

Malgré les limites décrites pour ce travail, j'ai eu la chance de poursuivre, tout au long de l'année la collaboration avec des équipes soignantes et administratives, en vue de la recherche d'éléments de faisabilité.

En ce qui concerne, la dernière proposition, le calcul du prix horaire, par discipline de l'heure de bloc opératoire, il faut entendre qu'il ne s'agit pas d'une unité d'œuvre exclusive. C'est un outil qui peut s'employer dans d'autres secteurs des établissements de santé, qui sont partagés entre plusieurs utilisateurs, telles que les consultations par exemple.

En dehors de l'identification du coût, *stricto sensu*, l'important pour les professionnels de santé est de pouvoir identifier l'ensemble des moyens mis à disposition. Donc de réfléchir au lien entre ressources et réalisation de prestations.

Mon objectif est de proposer un travail de réflexion et d'obtenir le retour de professionnels expérimentés, dans une approche qui allie les soignants et les gestionnaires, au service de la qualité des soins.

---

<sup>40</sup> Master AMES, « *analyse et management des établissements de santé* », Paris 7 / EHESP

---

## Sources et Bibliographie

---

### TEXTES LEGISLATIFS et REGLEMENTAIRES

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HPST »
- Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatifs aux pôles d'activités clinique ou médico-technique dans les établissements de santé.
- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, Article L. 6146-6 du code de la santé publique
- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

### OUVRAGES :

- Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, janvier 2005, « Guide pour l'autodiagnostic des fonctions des pratiques de management en établissements de santé », Haute Autorité de Santé (H.A.S.), Saint-Denis – 93, 37 p.
- Abbad J., 2001, « Organisation et management hospitalier. Mieux gérer les ressources humaines à l'hôpital », Paris, Berger Levrault, 417p
- WINICKI P, 2007, « réussir une réforme publique : surmonter ces peurs et croyances qui bloquent le changement », DUNOD, Paris, 182 p
- HUBINON M, 1998, « Management des unités de soins : de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité », De Boeck et Larcier, 353 p
- BERLAND N et De RONGE Y, 2010, « contrôle de gestion : perspectives managériales », Pearson, 526p
- MONNIER J-P et TUBIANA J-M, 2002, « Pratiques des techniques du radiodiagnostic », ELSEVIER – MASSON, 340 p

## ARTICLES DE REVUES

- FENINA A., LE GARREC M-A, KOUBI M, septembre 2010, « les comptes nationaux de la santé en 2009 », ETUDES ET RESULTATS, n° 736, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)
- EVIN C et VINCENT G, « évolution de la chirurgie publique : regrouper, réorganiser, remotiver : le point de vue de la FHF », Revue Hospitalière de France, n°508, PP 4 -5
- THOUVEREZ C, septembre 1995, « contribution du management socio-économique dans un projet de performance aux bloc opératoire », Recherche en soins infirmiers, n°42, p 4 à 35.
- Dossier « le pilotage de l'hôpital dans l'incertitude », août 2008, Soins cadre de santé n°67, p 15 à 44.

## RAPPORTS, et BROCHURES

- MeaH, 2009, EHESP, « *nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles* », février, Berger-Levrault, 141p
- TONNEAU D et LUCAS A, septembre 2006, rapport final « *gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques* », MeaH, département chantiers pilotes, 57 p
- Le droit à la santé, août 2007, aide mémoire 323, OMS

## MEMOIRES

- PADELLEC M-R, 2001, « *conduire des restructurations internes, un management stratégique au service de la cohérence et de la pertinence des actions* », mémoire de fin d'étude des infirmiers généraux, ENSP, 63 p
- LE ROUGE O, 2010, « *la performance organisationnelle des pôles d'activité clinique : Quelles conceptions pour quels pilotages ?* », Mémoire de directeur des soins, EHESP, 32 p
- MEZROUH F, 2008, « *le rôle du Directeur des soins dans l'accompagnement des restructurations des services de chirurgie dans les hôpitaux de proximité* », EHESP, 37p

## **COURS :**

- ORVAIN J., Avril 2011, « Indicateurs en santé », cours Élèves Directeurs de Soins - Institut du Management, EHESP, Rennes
- LEDOYEN J-R., Avril 2011, « des tableaux de bord aux tableaux d'activités », cours Élèves Directeurs de Soins, EHESP, Rennes
- BERTRAND D, février 2011, « Économie politique de la santé », EHESP
- MARIN P, avril 2011, « le système hospitalier », EHESP

## **SITES INTERNET**

- Haute Autorité de Santé, janvier 2005, "Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé » [en ligne, visité le 28.02.2011], disponible sur Internet : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_436565/guide-pour-l-autodiagnostic-des-pratiques-de-management-en-etablissement-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436565/guide-pour-l-autodiagnostic-des-pratiques-de-management-en-etablissement-de-sante)
- Agence Régionale de Santé d'Ile de France, « Y a-t-il encore des marges d'efficience à l'hôpital ? » [en ligne, visité le 18 mars 2011], note de veille n° 181, disponible sur Internet : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Y-a-t-il-encore-des-marges-d-e.98206.0.html>
- Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, [visité le 18.01.2011] : <http://www.atih.sante.fr/>
- Élèves directeurs d'hôpital, Bilan 2008 de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière, visité le [14.03.2011], EHESP : <http://www.sante.gouv.fr/bilan-2008-de-la-reforme-de-la-nouvelle-gouvernance-hospitaliere.html>
- Rapport d'information n° 2556, 26 mai 2010, déposé en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital [en ligne], Enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale, présenté par M. MALO J, député, 506 p, disponible sur Internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2556.asp>

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 :	Guide de pré-enquête	54
Annexe 2 :	Guide d'observation et de recueil documentaire	55
Annexe 3 :	Guide d'entretien semi-directif	56
Annexe 4 :	pages 7 à 9 du rapport TONNEAU D., MeaH, sept. 2006	57
Annexe 5 :	TCCM – ICR	60
Annexe 6 :	REPARTITION DU COUT DU MATERIEL PAR DISCIPLINE	61
Annexe 7 :	Détail du calcul de la répartition par discipline chirurgicale des ressources humaines « côté » bloc	62
Annexe 8 :	REPARTITION DES COUTS DES MEDICAMENTS ENTRE DES DISCIPLINES DU BLOC – page 1	63
Annexe 9 :	REPARTITION DES COUTS DES MEDICAMENTS ENTRE DES DISCIPLINES DU BLOC – page 2	64
Annexe 10 :	COÛT HORAIRE DU BLOC OPERATOIRE PAR DISCIPLINE	65

## **GRILLE DE PRE ENQUETE**

Sur appel téléphonique

---

Date

*(En cas de choix multiples, entourer la réponse)*

Type d'établissement :

CH

CHU

NOMBRE DE SALLES D'OPERATION : \_\_\_\_\_

TYPE DE BLOC :

COMMUN

RESSOURCES PARTAGEES

RESSOURCES INDIVIDUALISEES

SECTORISE

SEPARES

FONCTION DE LA PERSONNE APPELEE :

CS

CSS

DS

Utilisation de tableaux de bord

ECONOMIQUE

QUALITE

---

## GRILLE D'OBSERVATION ET RECUEIL DOCUMENTAIRE

---

Date

*(En cas de choix multiples, entourer la réponse)*

Etablissement A                      B

NOMBRE DE SALLES :

SALLES POLYVALENTES	OUI	NON
PERSONNEL COMMUN	OUI	NON
POLYVALENCE DE MATERIEL	OUI	NON
AFFECTATION DES CONSOMMATIONS	OUI	NON
(à la commande)	OUI	NON

---

**1) STRUCTURE DE L'ORGANISATION**

- a. Existe-t-il une grille de répartition des vacations opératoires ?  
 Cette grille est-elle :
  - b. affichée ?
  - c. utilisée par les équipes de façon prévisionnelle pour l'affectation des moyens ?

**2) ORGANISATION DES MOYENS**

- a. La répartition des RH est-elle identique dans toutes les disciplines ?
- b. La répartition des achats de matériels est-elle identique dans chaque salle ?

**3) INFORMATION SUR LES CONSOMMATIONS DE RESSOURCES**

- a. Existe-t-il des informations à disposition ?
- b. Tableaux
- c. Autres

**4) INFORMATION SUR LES PRATIQUES**

- a. Procédures / processus
- b. Font-ils l'objet d'un suivi (tableaux de bord)
- c. Font-elles l'objet de support pour l'attribution de moyens



## GRILLE D'ENTRETIEN

Date

*(En cas de choix multiples, entourer la réponse)*

Etablissement A                      B

FONCTION :

CS	CSS	MEDECIN de pole	utilisateur du bloc
DS	Contrôleur de gestion		Directeur des finances

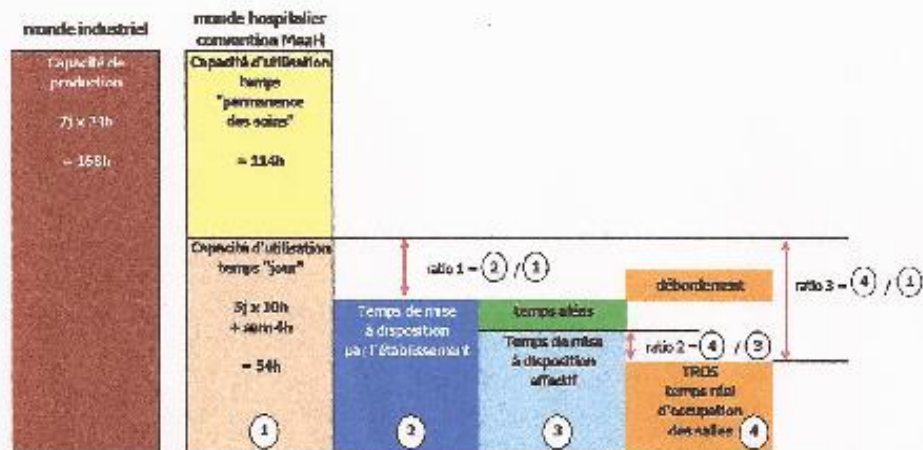
NOMBRE DE SALLES :

SALLES POLYVALENTES	OUI	NON
PERSONNEL COMMUN	OUI	NON
POLYVALENCE DE MATERIEL	OUI	NON
AFFECTATION DES CONSOMMATIONS (à la commande)	OUI	NON

---

- 1) Quelle(s) information(s) avez-vous sur les coûts du bloc opératoire ?
- 2) Le suivi des consommations se fait-il par des tableaux de bord ?
- 3) Si oui, ces tableaux de bord, vous semblent permettre une analyse des pratiques au bloc ?
- 4) Ces renseignements vous ont-ils permis d'améliorer les fonctionnements, ou de garantir des soins que vous estimez de « qualité » ?
- 5) Avez-vous connaissance de la répartition des coûts, entre les disciplines utilisatrices du bloc ?
- 6) Pensez-vous pouvoir faire le lien entre dépenses et répartition des vacations opératoires ?
- 7) Quelle est votre appréciation de la qualité de soins au bloc opératoire ?
- 8) Avez-vous des idées sur un moyen équitable de répartition des ressources ?

## 1.4.1 Schéma d'analyse de l'utilisation de la structure



Dans le monde industriel, la capacité de production d'un matériel s'évalue sur 24 heures. Dans le monde hospitalier, la « convention MeaH » consiste à considérer que la capacité de production d'une salle de bloc s'évalue sur 10 heures (correspondant à la période « jour », en général délimitée de 8h30 à 18h30) et que les 14 heures restantes (de 18h30 à 8h30) correspondent à la contrainte de permanence des soins (pendant laquelle, par définition, on ne planifie pas de production).

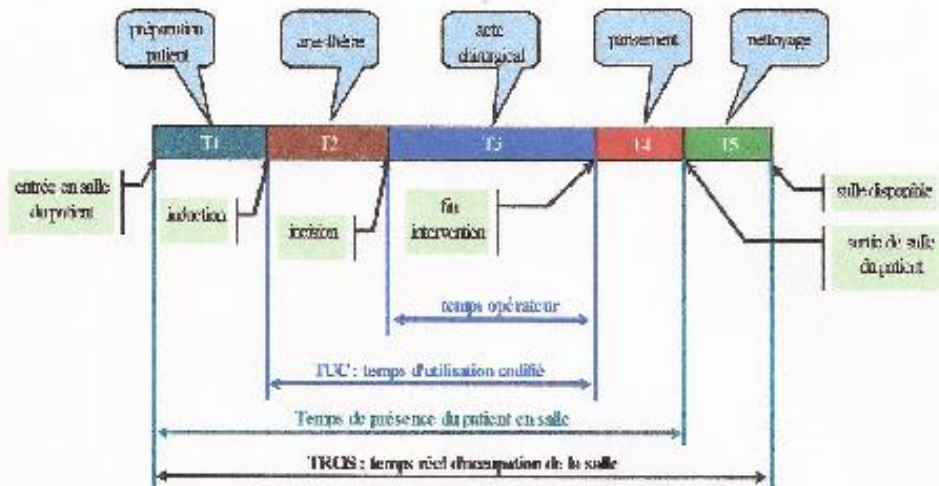
L'analyse de l'utilisation de la structure se fait ici et dans un premier temps, indépendamment des moyens humains dont dispose l'établissement.

Le temps « aléas » est d'ordre technique et représente les temps de maintenance et/ou les temps de panne des matériels. Pour la notion de « débordement » : se reporter au schéma page 8.

Trois ratios permettent d'évaluer l'organisation des établissements qui ont des modalités de fonctionnement très différents :

- ✓ au plan de la planification le ratio 1 permet d'exprimer le temps de mise à disposition des salles dans l'établissement en le rapportant au temps conventionnel MeaH,
- ✓ au plan de la programmation et de la régulation, le ratio 2 permet d'exprimer le temps réel d'occupation des salles en le rapportant à celui de mise à disposition,
- ✓ au plan de la productivité, le ratio 3 permet d'exprimer le temps réel d'occupation des salles en le rapportant au temps conventionnel MeaH.

1.4.2 Schéma d'analyse du temps réel d'occupation des salles (TROS)



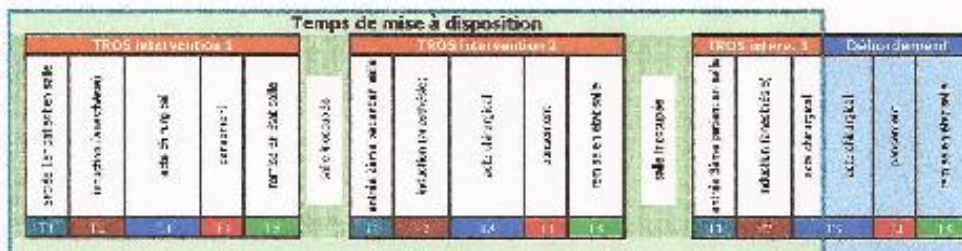
Le TROS est constitué de cinq temps :

- ✓ T1 durée de préparation du patient : intervalle de temps entre l'entrée du patient en salle et l'induction.
- ✓ T2 durée de l'induction : intervalle de temps entre l'induction et l'incision,
- ✓ T3 durée de l'acte chirurgical proprement dit,
- ✓ T4 durée du pansement : intervalle de temps entre la fin de l'acte chirurgical et la sortie de salle du patient,
- ✓ T5 : temps de remise en état de la salle.

Le TUC (T2 + T3) permet d'évaluer le temps de mobilisation du personnel médical (médecin anesthésiste et opérateur).

1.4.3 Temps de mise à disposition (TMD) et débordement

Dans le cas d'une intervention finissant au-delà de la fin du « temps de mise à disposition », le TROS ne prend en compte que la durée d'intervention comprise strictement dans le « temps de mise à disposition ». Le temps d'intervention qui « déborde » de la fin du « temps de mise à disposition » est décompté dans une rubrique dénommée « débordement » (voir schéma ci-dessous).





#### 1.4.4 Temps de vacation offert au(x) praticien(s) (TVO)

Le TVO est le temps compris entre l'entrée en salle du premier patient et la sortie du dernier patient. Le temps de fermeture de la salle (en fin de journée) ou de bio nettoyage entre la fin de la vacation du matin et le début de la vacation de l'après-midi n'est pas compris dans le TVO.

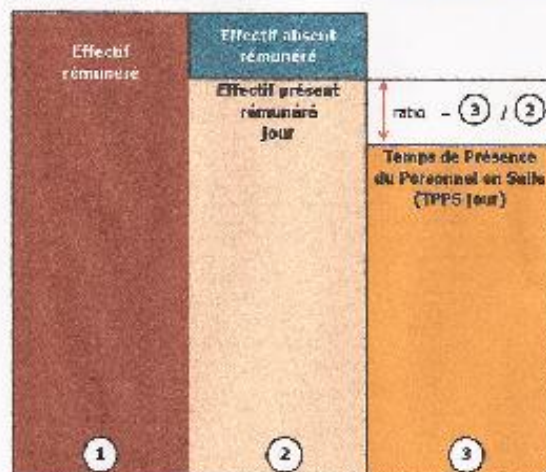
Cette notion est "orientée praticien" et correspond au temps pendant lequel une activité financée par la T2A est possible.

#### 1.4.5 Temps réel d'occupation des vacations (TROV)

Le TROV est égal au temps réel d'occupation du TVO (hors temps d'ouverture et de fermeture de la salle) + temps standard de bio nettoyage (entre chaque intervention) - cf. schéma ci-dessous -



#### 1.4.6 Conventions relatives aux moyens humains : schéma d'analyse de l'emploi des personnels en salle (hors opérateurs et médecins anesthésistes)



Le temps de présence du personnel en salle (TPPS) est calculé sur le temps de mise à disposition « jour » par l'outil Databloc<sup>®</sup>, il correspond à la période de temps où l'agent a été réellement mobilisé pour une intervention.

En rapportant ce temps passé en salle au temps total de présence des personnels (ratio 3/2 du schéma ci-dessus) on obtient le taux de présence en salle des personnels (part de temps réellement consacrée en soins directs au patient).

Il a été convenu d'ôter les agents affectés en totalité ou partie à une activité hors périmètre de l'étude (exemples : une IBODE affectée à la stérilisation ; une IADR affectée à la SSPI (car bien que la SSPI soit dans le périmètre de l'étude, il s'agit ici de mesurer le temps passé en salle de bloc).

**Annexe 5 : document produit par les services financiers pour le contrat de pôle de chirurgie (pour un service) – TCCM / ICR BLOC**

<b>TCCM 2008</b>	<b>CHU</b>	<b>FICTIF</b>	<b>DIFF (Valeur)</b>	<b>DIFF</b>
<b>Titre 1 - Charges de personnel</b>				
Dépenses de salaires médecins	560 805,23 €	188 603,80 €	372 201,43 €	197,3%
Dépenses de salaires infirmiers AS et sages femmes		758 591,98 €	694 972,26 €	77,0%
Dépenses de salaires autres	1 596 951,06 €	143 386,83 €		
<b>TOTAL DÉPENSES DE PERSONNEL</b>	<b>2 157 756,29 €</b>	<b>1 090 582,60 €</b>	<b>1 067 173,69 €</b>	<b>97,9%</b>
<b>Titre 2 - Charges à caractère médical</b>				
Consummables médicaux	85 388,85 €	451 067,44 €	- 453 725,36 €	-84,2%
MON	1 318,88 €	26 585,55 €		
DMI	- €	81 771,87 €		
Médicaments sous ATU	- €	1 078,89 €		
Sang	30 602,81 €	49 884,69 €		
Sous traitance médicale	6 622,52 €	38 162,08 €		
Entretien, maintenance médicale et amortissement	501,27 €	4 103,36 €	- 28 848,83 €	-98,3%
Autres charges	22 348,28 €	25 246,74 €		
<b>COÛT DIRECT</b>	<b>2 304 538,90 €</b>	<b>1 768 483,22 €</b>	<b>536 055,68 €</b>	<b>30,3%</b>
<b>Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général</b>				
<b>Total Dépenses Laboratoire</b>	94 229,6	51 946,32 €	42 283,24 €	81,4%
B de Labo	490 321,0	490 321,0		
Coût du B Labo	0,19 €	0,31 €		
<b>Total Dépenses Imagerie et Exploration Fonctionnelle</b>	43 360,70 €	137 141,69 €	- 93 780,99 €	-68,4%
ICR de l'Imagerie	15 245,00	15 245,00		
Coût ICR de l'Imagerie	2,84 €	9,00 €		
<b>Total Dépenses Bloc Chirurgical (&amp; salle de réveil) et obstétrique</b>	<b>836 954,65 €</b>	<b>367 172,79 €</b>	<b>469 781,86 €</b>	<b>127,9%</b>
<b>ICR de Bloc Chirurgical</b>	<b>199 155,0</b>	<b>199 155,0</b>		
<b>Coût ICR Bloc Chirurgical</b>	<b>4,20 €</b>	<b>1,84 €</b>		
<b>Total Dépenses Anesthésie</b>	<b>541 709,5</b>	<b>260 431,59 €</b>	<b>281 277,91 €</b>	<b>108,0%</b>
<b>ICR de l'Anesthésie</b>	<b>70 793</b>	<b>70 793</b>		
<b>Coût ICR de l'Anesthésie</b>	<b>7,65 €</b>	<b>3,68 €</b>		
<b>Autre MT</b>		- €		
<b>TOTAL DÉPENSES MEDICO TECHNIQUES</b>	<b>1 422 024,85 €</b>	<b>816 692,39 €</b>	<b>605 332,46 €</b>	<b>74,1%</b>
Pharmacie	20 906,18 €	145 977,92 €	- 125 071,74 €	-85,7%
Stérilisation	55 471,26 €	124 410,02 €	- 68 938,76 €	-55,4%
Génie biomédical	- €	30 014,57 €	- 30 014,57 €	-100,0%
Hygiène et vigilances	348,14 €	19 518,98 €	- 19 170,84 €	-98,2%
Autre Logistique médicale		- €		
Logistique Médicale V10B		- €		
<b>DÉPENSE DE LOGISTIQUE MEDICALES</b>	<b>76 725,58 €</b>	<b>319 921,48 €</b>	<b>- 243 195,91 €</b>	<b>-76,0%</b>
Blanchisserie	65 105,57 €	35 348,29 €	29 757,27 €	84,2%
Restauration	245 354,03 €	97 930,37 €	147 423,65 €	150,5%
Services hôteliers, transports	17 396,32 €	105 861,65 €	- 88 465,34 €	-83,6%
<b>DÉPENSES DE LOGISTIQUE</b>	<b>327 855,91 €</b>	<b>239 140,32 €</b>	<b>88 715,59 €</b>	<b>37,1%</b>
Entretien maintenance	105 887,01 €	63 626,21 €	42 260,80 €	66,4%
DSIO	63 733,65 €	46 452,61 €	17 281,03 €	37,2%
DIM	9 762,14 €	9 551,18 €	210,97 €	2,2%
Services administratifs liés au personnel	77 355,25 €	113 064,35 €	- 35 709,10 €	-31,6%
Accueil et gestion des malades	10 623,08 €	18 279,33 €	- 7 656,25 €	-41,9%
Services administratifs à caractère général	153 487,71 €	180 011,71 €	- 26 524,00 €	-14,7%
Logistique générale		- €		
<b>DÉPENSES DE LOGISTIQUE GENERALE</b>	<b>420 848,84 €</b>	<b>430 985,39 €</b>	<b>- 10 136,56 €</b>	<b>-2,4%</b>
<b>TOTAL DÉPENSES HORS STRUCTURE</b>	<b>4 551 994,08 €</b>	<b>3 575 222,81 €</b>	<b>976 771,27 €</b>	<b>27,3%</b>
<b>Coût complet hors personnel</b>	<b>2 394 237,78 €</b>	<b>2 484 640,21 €</b>	<b>- 90 402,42 €</b>	<b>-3,6%</b>
<b>Titre 4 - Charges d'amort, de prov, finan &amp; except</b>				
Structure	123 030,33 €	116 542,27 €	6 488,06 €	5,6%
<b>COÛT COMPLET</b>	<b>4 675 024,41 €</b>	<b>3 691 765,08 €</b>	<b>983 259,33 €</b>	<b>26,6%</b>

## Annexe 6 : REPARTITION DU COUT DU MATERIEL PAR DISCIPLINE

COLONNE	Prix d'achat moyen	GENERAT EUR	Prix d'achat moyen	BE SPECIF	Prix d'achat moyen	MICRO	Prix d'achat moyen	TABLE OP	Prix d'achat moyen	SPECIF	Prix d'achat moyen	Total achat consommé	COEFF
1	46 000 €	1		0		0	0 €	2	113 000 €			457 000 €	14,79%
0		0		0		0	0 €	1	100 000 €	0		100 000 €	3,24%
0		1	11 650 €	1	39 000 €	1	227 000 €	1	115 000 €	1	120 000 €	547 650 €	17,73%
0		1	2 500 €	0		0	0 €	1	100 000 €	0		102 500 €	3,32%
0		1	2 500 €	0		0	0 €	1	100 000 €	0		102 500 €	3,32%
1	46 000 €	1	2 500 €	1		0	0 €	1	100 000 €	1	3 500 €	152 000 €	4,92%
0		1	35 000 €	1		1	350 000 €	1	35 000 €	1		420 000 €	13,59%
1	46 000 €	1,75	8 000 €	1		1	83 000 €	1	100 000 €	1	15 000 €	310 500 €	10,05%
1	46 000 €	1,25	12 000 €	0		0	0 €	1	100 000 €	0		173 000 €	5,60%
1	46 000 €	1	12 000 €	0		0	0 €	1	100 000 €	1	3 500 €	173 500 €	5,62%
1	46 000 €	0		0,33	39 000 €	0	0 €	1	100 000 €	0		214 870 €	6,95%
1	46 000 €	0		0,33	39 000 €	0	0 €	1	115 000 €	0,5		164 870 €	5,34%
1	46 000 €	0		0,34	39 000 €	0	0 €	1	100 000 €	0		171 260 €	5,54%
6		10		5		3		14		5,5		3 089 650 €	100%



## Annexe 8 : REPARTITION DES COUTS DES MEDICAMENTS ENTRE DES DISCIPLINES DU BLOC– page 1

	BLOC OPERATOIRE PZ	CŒUR /V/P	MEDECINE	POLE NEUROSCI				
	4444	CARDIO	GASTRO ENDOSC	NEUROC	ONDONTO	STOMATO	ORL	OPH
602110 - Spécialités pharma diverses	65 539,05	5 041,47	5 041,47	5 041,47	5 041,47	5 041,47	5 041,47	5 041,47
602111 - Anti infectueux spécialités p	5 110,08	393,08	393,08	393,08	393,08	393,08	393,08	393,08
602112 - Anti cancéreux spécialités ph	160,91							160,91
602114 - Produits de contraste - spéci	5 611,86							
602115 - Produits sanguins spécialités	43 890,28	4 876,70		4 876,70			4 876,70	
602135 - Produits sanguins - spécialités pharm sous ATU								
602160 - Fluides et gaz médicaux	38 377,02	9 594,26						
602170 - Produits de base								
602180 - Bandelettes réactives								
602210 - Sondes, canules & drains nor	21,60	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66
602211 - Ligatures & sondes	375 417,79	50 055,71		50 055,71	25 027,85	25 027,85	25 027,85	50 055,71
602220 - Petit matériel médico chirurg	73 915,03	5 685,77	5 685,77	5 685,77	5 685,77	5 685,77	5 685,77	5 685,77
602221 - Petit matériel médico chirurgical à usage								
602230 - Matériel de l'abord parentér	148 345,76	11 411,21	11 411,21	11 411,21	11 411,21	11 411,21	11 411,21	11 411,21
602232 - Matériel de l'abord chirurgica	686 859,39	57 238,28		57 238,28	57 238,28	57 238,28	57 238,28	57 238,28
602233 - Matériel de l'abord urinaire	55 188,74	5 518,87		5 518,87			5 518,87	5 518,87
602234 - Matériel de l'abord respirat &	4 708,03					2 354,02	2 354,02	
602235 - Matériel de l'abord digestif	204,44							
602236 - Matériel de l'abord gynéco								
602237 - Matériel de prélèvement	511,86	42,66	42,66	42,66		42,66	42,66	42,66
602238 - Matériel médico chirurgical s	4 002,06	307,85	307,85	307,85	307,85	307,85	307,85	307,85
602250 - Films & produits de développement								
602251 - Autres produits imagerie médicale								
6022610 - Prothèses & fourn orthopé	524 621,61			131 155,40				
6022611 - Prothèses cardio vasculaires	508 871,30	508 871,30						
6022612 - Stimulateurs cardiaques	511,85	511,85						
6022613 - Autres prothèses - DMI figu	103 697,98	9 427,09		9 427,09		9 427,09	9 427,09	9 427,09
6022680 - Prothèses & fourn orthopéc	295 239,80			73 809,95				
6022681 - Prothèses cardio vasculaires	370,00	370,00						
6022683 - Autres prothèses - autres ap	50 760,46	4 614,59		4 614,59		4 614,59	4 614,59	4 614,59
602270 - Pansements	139 690,33	12 699,12		12 699,12		12 699,12	12 699,12	12 699,12
602280 - Autres fournitures médicales	-10,49	-0,81	-0,81	-0,81	-0,81	-0,81	-0,81	-0,81
60661 - Sang	188 160,99	94 080,50		94 080,50				
606680 - Autres fournitures médicales	6 228,64	479,13	479,13	479,13	479,13	479,13	479,13	479,13
60669 - Fournit médicales bloc opérat	85 006,31	6 538,95	6 538,95	6 538,95	6 538,95	6 538,95	6 538,95	6 538,95
611131 - Analyses CTS	1 474,67	1 474,67						
611132 - Analyses autres laboratoires								
6151622 - Maintenance mat médical h	30 809,17	2 369,94	2 369,94	2 369,94	2 369,94	2 369,94	2 369,94	2 369,94
<b>TOTAL</b>	<b>3 443 296,52</b>	<b>791 603,83</b>	<b>32 270,90</b>	<b>475 747,11</b>	<b>114 494,38</b>	<b>143 631,85</b>	<b>154 027,42</b>	<b>171 985,47</b>
	<b>1,00</b>	<b>0,23</b>	<b>0,01</b>	<b>0,14</b>	<b>0,03</b>	<b>0,04</b>	<b>0,04</b>	<b>0,05</b>



**Annexe 9 : REPARTITION DES COUTS DES MEDICAMENTS ENTRE DES DISCIPLINES DU BLOC– page 2**

BLOC OPERATOIRE PZC	POLE DE CHIRURGIE					
4444	ORTHO A	ORTHO B	ORTHO 2C	URO	VISCERAL A	VISCERAL B
65 539,05	5 041,47	5 041,47	5 041,47	5 041,47	5 041,47	5 041,47
5 110,08	393,08	393,08	393,08	393,08	393,08	393,08
160,91						
5 611,86	935,31	935,31	935,31	935,31	935,31	935,31
43 890,28	4 876,70	4 876,70	4 876,70	4 876,70	4 876,70	4 876,70
fluides sanguins - spécialités pharm sous ATU						
38 377,02				9 594,26	9 594,26	9 594,26
fluides de base						
delecttes réactives						
21,60	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66
375 417,79	25 027,85	25 027,85	25 027,85	25 027,85	25 027,85	25 027,85
73 915,03	5 685,77	5 685,77	5 685,77	5 685,77	5 685,77	5 685,77
matériel médico chirurgical à usage						
148 345,76	11 411,21	11 411,21	11 411,21	11 411,21	11 411,21	11 411,21
686 859,39	57 238,28	57 238,28	57 238,28	57 238,28	57 238,28	57 238,28
55 188,74	5 518,87	5 518,87	5 518,87	5 518,87	5 518,87	5 518,87
4 708,03						
204,44					102,22	102,22
matériel de l'abord gynéco						
511,86	42,66	42,66	42,66	42,66	42,66	42,66
4 002,06	307,85	307,85	307,85	307,85	307,85	307,85
matériaux & produits de développement						
matériaux produits imagerie médicale						
524 621,61	131 155,40	131 155,40	131 155,40			
508 871,30						
511,85						
103 697,98	9 427,09	9 427,09	9 427,09	9 427,09	9 427,09	9 427,09
295 239,80	73 809,95	73 809,95	73 809,95			
370,00						
50 760,46	4 614,59	4 614,59	4 614,59	4 614,59	4 614,59	4 614,59
139 690,33	12 699,12	12 699,12	12 699,12	12 699,12	12 699,12	12 699,12
-10,49	-0,81	-0,81	-0,81	-0,81	-0,81	-0,81
188 160,99						
6 228,64	479,13	479,13	479,13	479,13	479,13	479,13
85 006,31	6 538,95	6 538,95	6 538,95	6 538,95	6 538,95	6 538,95
1 474,67						
analyses autres laboratoires						
30 809,17	2 369,94	2 369,94	2 369,94	2 369,94	2 369,94	2 369,94
<b>3 443 296,52</b>	<b>357 574,07</b>	<b>357 574,07</b>	<b>357 574,07</b>	<b>162 202,97</b>	<b>162 305,19</b>	<b>162 305,19</b>
<b>1,00</b>	<b>0,10</b>	<b>0,10</b>	<b>0,10</b>	<b>0,05</b>	<b>0,05</b>	<b>0,05</b>

## Annexe 10 : COUT HORAIRE DU BLOC OPERATOIRE

POLE	DISCIPLINES	Coeff Pers	Coeff matériel	Médica ments	Hôtelier	coef	Coût de l'heure de bloc	CREA	Coeff Pers	Coeff matériel	Médica ments	Produits Hôteliers	Coût de l'heure d'anesthésie	Coût bloc + anesthésie	H HEBDO	H / AN	TARIF ANNUEL BLOC	H HEBDO	H / AN	TARIF ANNUEL ANESTH	Coût total		
															VACATIONS		TARIF	VACATIONS					
CŒUR / MEDEC	CARDIO	15,6%	14,8%	23%	7,7%	18,68%	13	586 €	1 821 637 €	9%	6%	6%	8%	5	261 €	847 €	80	4160	2 438 469 €	80	4160	1 086 488 €	3 524 956 €
	GASTRO ENDO	2,2%	3,2%	1%	7,7%	1,48%	1	46 €	144 190 €	5%	6%	5%	5%	1	48 €	94 €	8	416	19 301 €	8	416	19 891 €	39 193 €
EUROS	NEUROC	11,0%	17,7%	14%	7,7%	12,78%	9	401 €	1 245 873 €	7%	6%	6%	7%	4	212 €	613 €	40	2080	833 872 €	40	2080	440 809 €	1 274 680 €
	ONDONTO	4,2%	3,3%	3%	7,7%	3,59%	2	113 €	350 156 €	5%	6%	5%	5%	3	163 €	275 €	16	832	93 745 €	16	832	135 366 €	229 111 €
	STOMATO	5,7%	3,3%	4%	7,7%	4,85%	3	152 €	473 163 €	5%	6%	5%	5%	3	163 €	315 €	16	832	126 676 €	16	832	135 366 €	262 042 €
	ORL	7,4%	4,9%	4%	7,7%	6,12%	4	192 €	596 614 €	5%	6%	6%	5%	3	166 €	358 €	16	832	159 727 €	16	832	137 716 €	297 443 €
	OPH	5,9%	13,6%	5%	7,7%	6,12%	4	192 €	596 934 €	5%	6%	5%	5%	3	163 €	355 €	24	1248	239 719 €	24	1248	203 049 €	442 768 €
HIRURG	ORTHO A	8,2%	10,0%	10%	7,7%	9,17%	6	288 €	894 089 €	5%	6%	6%	5%	3	165 €	453 €	40	2080	598 420 €	40	2080	342 893 €	941 313 €
	ORTHO B	8,1%	5,6%	10%	7,7%	8,74%	6	274 €	852 621 €	5%	6%	6%	5%	3	165 €	439 €	40	2080	570 665 €	40	2080	342 893 €	913 558 €
	ORTHO C	8,1%	5,6%	10%	7,7%	8,75%	6	274 €	852 755 €	5%	6%	6%	5%	3	165 €	439 €	40	2080	570 755 €	40	2080	342 893 €	913 648 €
	URO	7,3%	7,0%	5%	7,7%	6,35%	4	199 €	618 993 €	5%	6%	6%	5%	3	165 €	365 €	40	2080	414 296 €	40	2080	344 130 €	758 426 €
	VISCERAL A	8,1%	5,3%	5%	7,7%	6,68%	5	209 €	650 905 €	5%	6%	6%	5%	3	166 €	375 €	40	2080	435 656 €	40	2080	344 291 €	779 946 €
	VISCERAL B	8,1%	5,5%	5%	7,7%	6,69%	5	210 €	652 611 €	5%	6%	6%	5%	3	166 €	376 €	40	2080	436 797 €	40	2080	344 291 €	781 088 €
	RADIO CONVEN									5%	6%	5%	5%	3	163 €	163 €	0	0	0 €	24	1248	203 049 €	203 049 €
	PACE MAKER									7%	6%	5%	6%	4	209 €	209 €	0	0	0 €	8	416	87 019 €	87 019 €
	ONCO									7%	6%	5%	6%	4	209 €	209 €	0	0	0 €	8	416	87 019 €	87 019 €
	PANSEMENT									7%	6%	5%	6%	4	209 €	209 €	0	0	0 €	24	1248	261 056 €	261 056 €
	RADIO INTERVEN									5%	6%	5%	5%	3	163 €	163 €	0	0	0 €	8	416	67 683 €	67 683 €
<b>TOTAL OU MOYENNE</b>		100%	100%	100%	100%	100%	5	241 €	9 750 541 €	100%	100%	100%	100%	173 €	348 €	440	40400	6 938 098 €	44144	4 925 901 €	11 863 999 €		

CAHÉREC	Véronique	Décembre 2011
<b>Directeur des Soins</b> Promotion 2011		
<b><i>Définir une unité d'œuvre au bloc opératoire : un outil de mesure au service de la qualité des soins</i></b>		
<b><i>Résumé</i></b>		
<p>La maîtrise des dépenses de santé, particulièrement celle liée aux dépenses de soins hospitaliers, est devenue l'enjeu prédominant de la survie d'un système reconnu pour sa qualité. Les établissements qui proposent de la chirurgie, disposent de blocs opératoires, incontournables lieux de production. Ceux-ci ont bénéficié des premières études organisationnelles, en raison des enjeux économiques, qui influent sur l'équilibre financier des établissements, et aussi en regard de l'importance vis-à-vis de la qualité de prise en charge. Malgré tout, les indicateurs de performances organisationnelles semblent insuffisants pour fournir des éléments détaillés, capables d'orienter les décideurs vers les choix garantissant des pratiques de qualité. Ce mémoire professionnel explore, la possibilité de concevoir une unité d'œuvre qui éclaire sur les moyens nécessaires à la qualité des pratiques au bloc opératoire. Connaître le coût horaire, pourrait-il améliorer l'efficacité et rendre possible le pilotage du bloc par les professionnels, comme le préconise la nouvelle gouvernance ?</p>		
<b><i>Mots clés :</i></b> Maîtrise des dépenses de soins hospitaliers, Qualité des soins, Bloc opératoire, Dialogue de gestion, Outil managérial, Unité d'œuvre, Performance, Directeur des soins.		
<b><i>L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></b>		