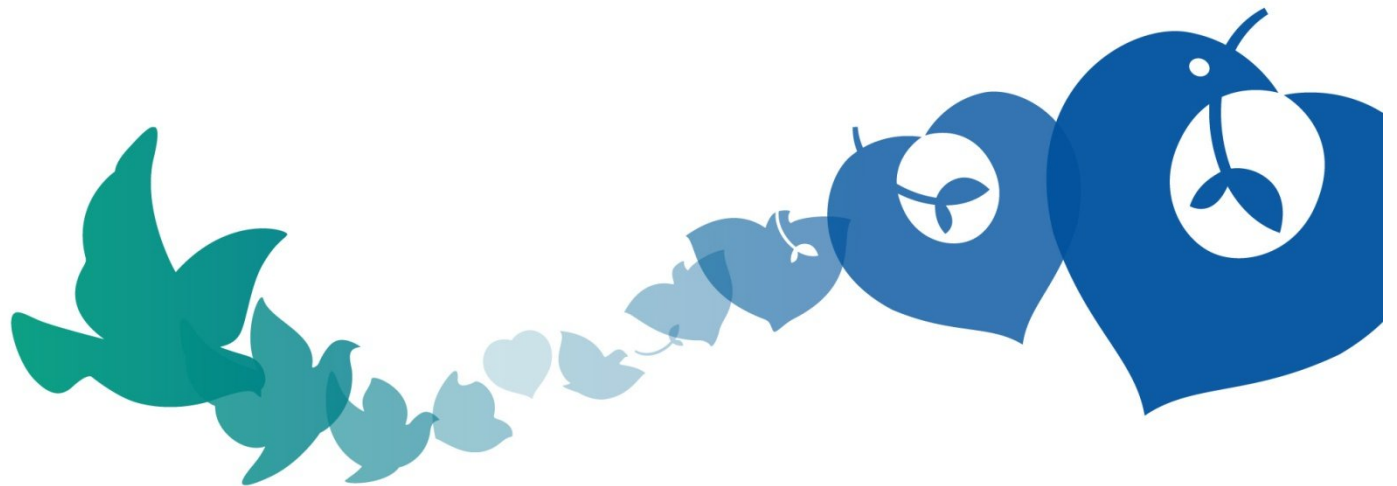


Optimisation de l'organisation des blocs opératoires



Optimisation de l'organisation des blocs opératoires

Commission (2011-2012) F. HAAB

- Diagnostic

Diagnostic : Activité, Indicateurs

Outils : Sécurité

Recommandations gouvernance

Commission (2012-2013) F. RICHARD

- Thérapeutique

Taux ouverture

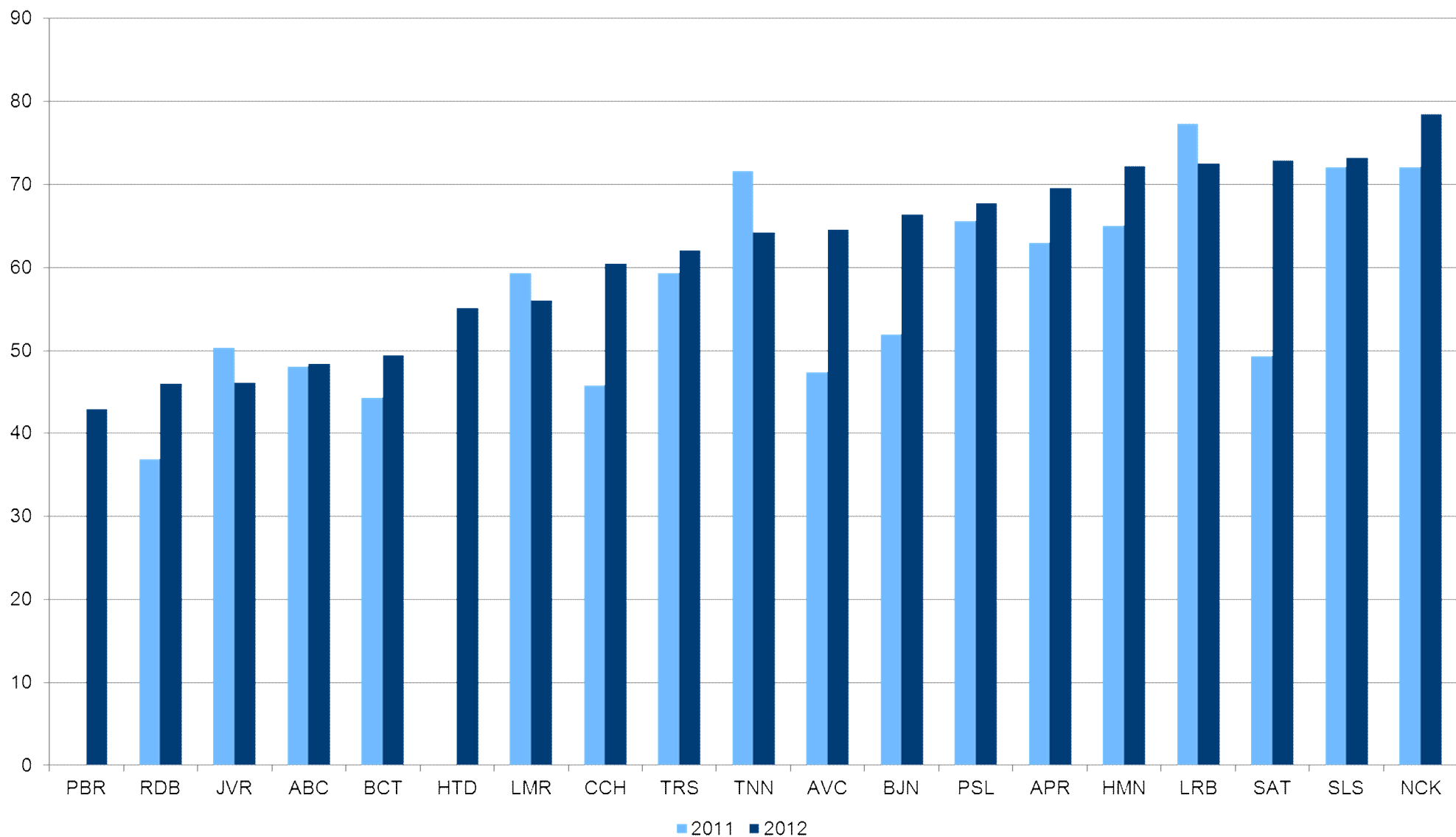
Taux d'utilisation

RH : PNM , PM

Réorganisation et Gouvernance

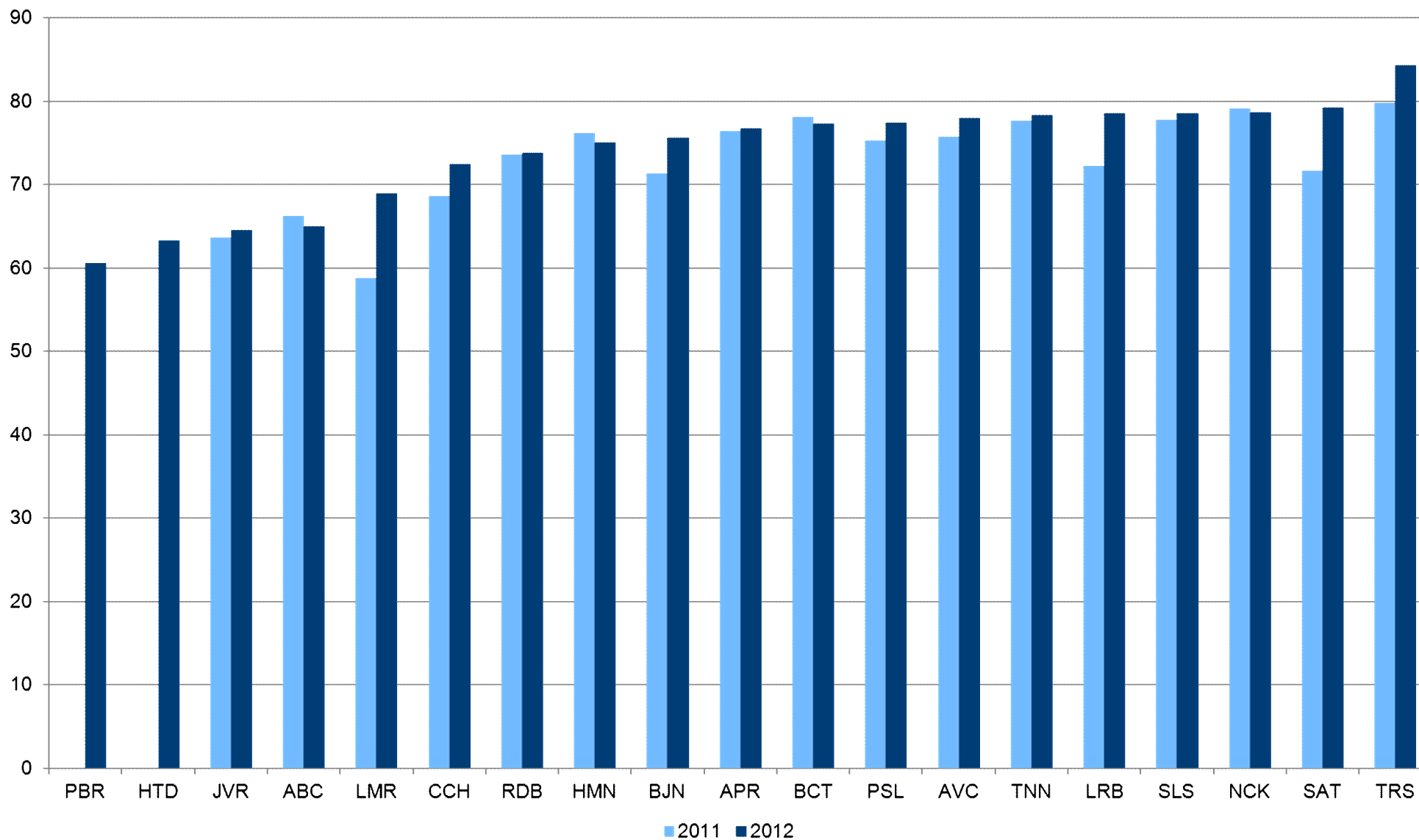
Evolution des indicateurs

Taux d'ouverture des blocs



Evolution des indicateurs

Taux d'utilisation des blocs



Analyse du Pilote vague 1

■ **BICETRE : 14 salles, 7 spécialités**

- Gouvernance du bloc inefficace
- PM : planification MAR complexe
- PNM : discordance entre activité et présence au bloc
- Besoins de vacations
- Vétusté des locaux

■ **COCHIN : Ollier 6 salles, Orthopédie**

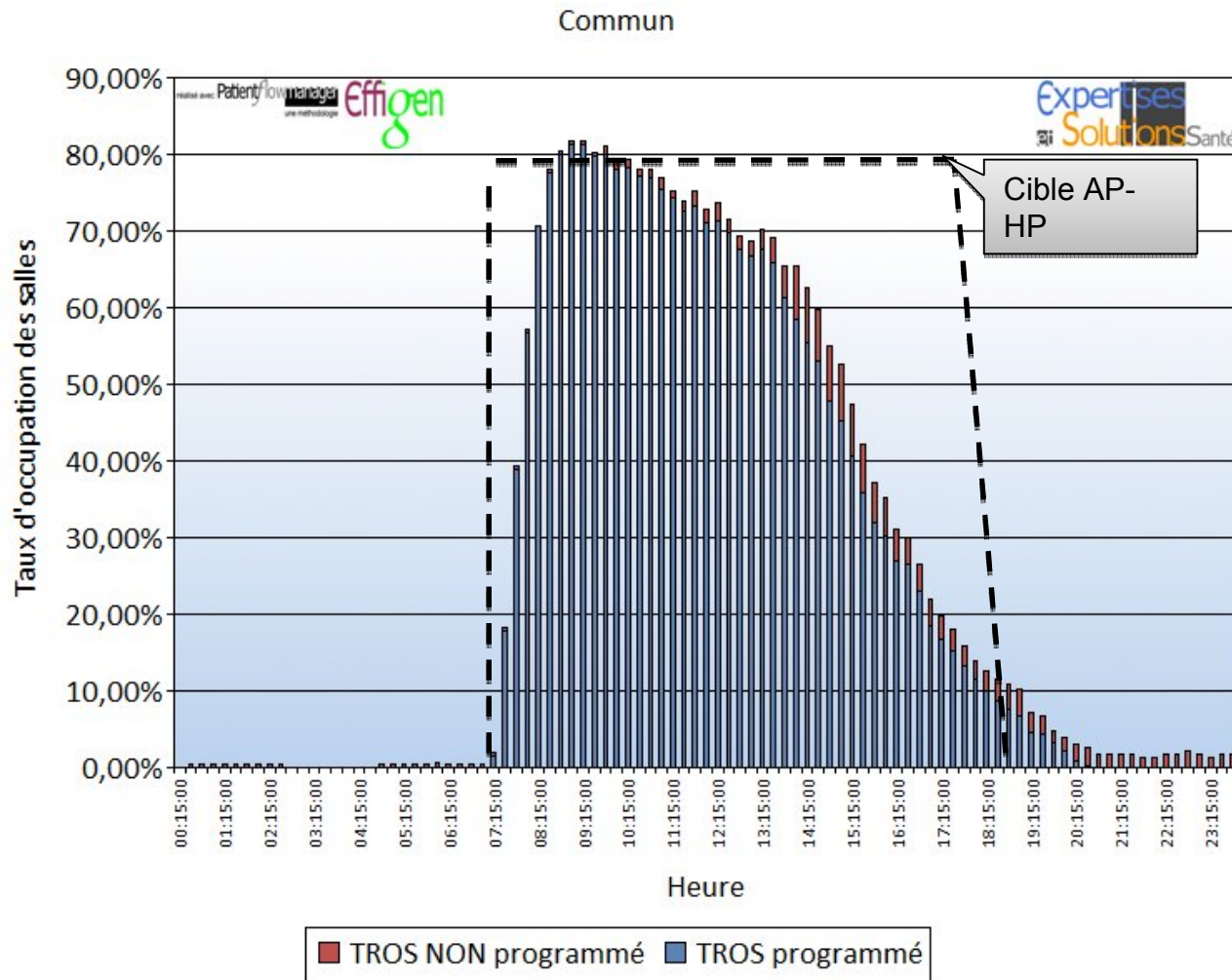
PR1 8 salles (-2) communes

- Problème de Gouvernance
- Hétérogénéité de l'activité
- Hétérogénéité des horaires du PNM
- Besoins de vacations pour nouvelles activités

Pilote vague 1 Bicêtre

Diagnostic

- Occupation des salles hors urgences : il y a des marges de manœuvre d'une heure le matin et l'activité décroît dès 14h l'après-midi

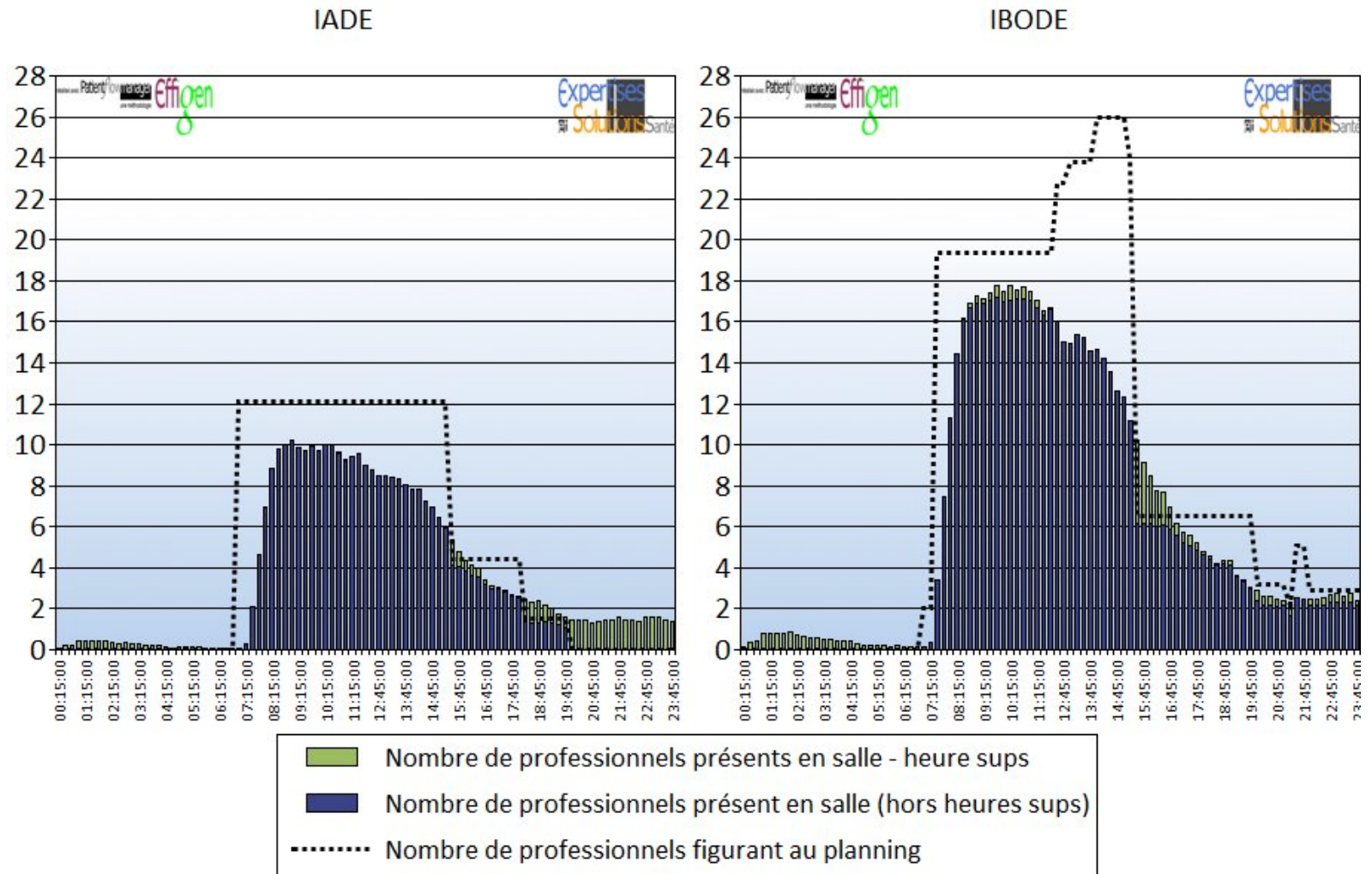


Pilote vague 1 Bicêtre

Diagnostic

- Forte discordance entre activité et présence du personnel au bloc, notamment dans les modalités de gestion du planning IBODE
- Variabilité des horaires : 5 types d'horaires pour les IBODE

Personnel
IBODE
présent en
salle
comparé au
planning



Pilote vague 1 Bicêtre

Mise en œuvre

- 100% de la feuille de route (particulièrement difficile compte tenu de la conduite du changement qu'elle a nécessité et de l'antériorité des problématiques traitées) est mise en œuvre
 - changement des horaires IBODE
 - changement de l'encadrement
 - changement de gouvernance du bloc opératoire
 - mise en œuvre d'un outil de planification des MAR

- l'augmentation des vacances offertes dépend maintenant du recrutement des IBODE à hauteur du TPER : en cours, montée en charge sur 3 mois
 - conséquence des modalités de gestion « historique » : 750 jours de congés générés en 2012 n'ont pas été donnés aux professionnels
 - le TPER n'est pas au complet

- suivi du chantier : identification avec la nouvelle cadre de bloc des prochains travaux organisationnels à mettre en œuvre pour tirer le meilleur profit de la prochaine capacité opératoire (horaire fin de bloc selon spécialité, régulation)

Pilote vague 1 Cochin

Mise en œuvre

■ Décalage de calendrier en attente de la consolidation du projet chirurgical du GH

■ Commun

- révision et homogénéisation des horaires du PNM
- organisation de la gouvernance opérationnelle de chaque bloc dans le futur

■ Ollier

- réallocation des vacances - fait
- instauration d'une procédure de programmation unique - fait
- rationalisation de la stérilisation pour limiter le recours aux IBODE – en cours
- pilotage du brancardage par la régulation du bloc
- discussion sur les vacances du vendredi
- développement de l'ambulatoire prévu en 2013 en orthopédie

■ PR1

- organisation du transfert des PMA sous locale en salles blanches - fait
- planification réorganisée (activités du Pr Béthoux sur 5 salles) - fait
- recrutement et stabilisation de l'encadrement de proximité
- intégration de la chirurgie urologique

Pilote vague 2 Tenon

Bloc commun neuf : 13 salles

- **Bons indicateurs globaux**

- **Mais**
 - PNM non fidélisé
 - Programmation et régulation difficile
 - Polyvalence retentissant sur la qualité
 - Nombreux problèmes logistiques

- **Premières actions**
 - Gouvernance séniorisée et renforcée
 - Action RH
 - Sectorisation du bloc
 - Séminaire regroupant tous les acteurs du bloc

Pilote vague 2 Ambroise Paré

Contexte

■ Périmètre du pilote

□ 2 blocs opératoires gérés de manière cloisonnée

- BUBS : 5 salles de digestif et vasculaire
- OP1 : 4 salles d'orthopédie
- les urgences et la chirurgie ambulatoire n'ont pas de salle dédiée et sont intégrées au quotidien à l'activité programmée
- Localisation géographique

■ Objectifs

□ l'optimisation du fonctionnement du bloc opératoire est indispensable pour

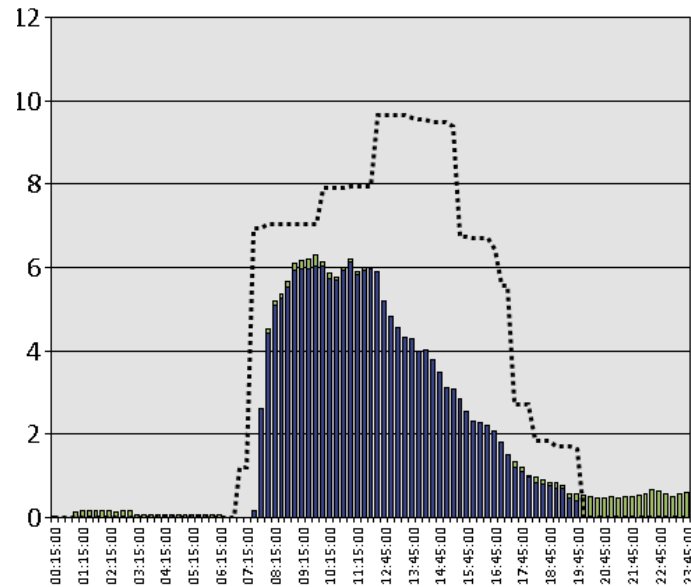
- conserver une activité soutenue en hospitalisation complète
- développer l'activité de chirurgie ambulatoire en chirurgie digestive et orthopédique (site mis sous autorisation préalable par l'assurance maladie)
- réduire les transferts des urgences hors AP-HP

Pilote vague 2 Ambroise Paré

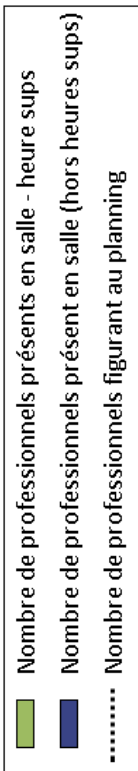
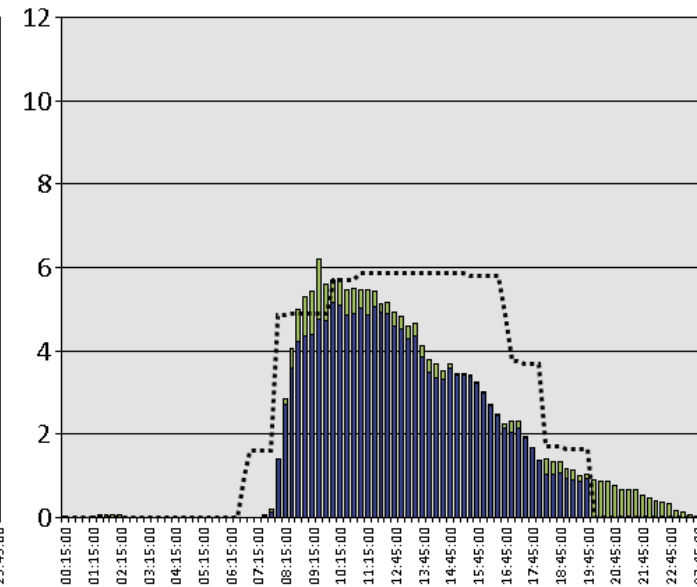
Premiers éléments de diagnostic

- Présence en salle des IBODE comparée au planning

IBODE - BLOC-BUBS



IBODE - BLOC-OP1



- plannings paramédicaux hétérogènes entre les deux blocs
- BUBS : le profil de présence du personnel n'est pas corrélée à l'activité.
- OP1 : un peu de marges de manœuvre. Cette ressource constituera vite un goulet d'étranglement si l'orthopédie augmente son activité, notamment de chirurgie ambulatoire

Conclusions 1

- **Audit + suivi continu des actions préconisées**
- **Rôle délétère de l'absence de gouvernance, de programmation , de régulation dans les blocs communs**
 - **Exécutif du bloc : médical, séniorisé, reconnu**
 - **Programmation : répartition des vacations (mutualisation partielle)
staff de programmation (stérilisation) , staff de lissage**
 - **Régulation quotidienne**
- **Retentissement sur PNM et PM**

Conclusions 2

■ Amélioration des indicateurs

- Diminution des débordements, respect des horaires
- Amélioration de la sécurité
- Limitation des déprogrammations et des « annulations par précaution »

■ Influence sur attractivité des blocs pour PNM et PM, mais attention aux fausses « bonnes idées »

- Uniformisation des horaires de bloc < respect des horaires
- Polyvalence des Ibodes < certain degré de spécialisation
- Mutualisation totale < certaine sectorisation

■ Choix de solutions personnalisées pour des problématiques générales

- Universitarisation et fonctionnement continu des blocs?
- Formation du PNM ?
- Dispersion des missions des MAR ? et vétusté des blocs ?

■ Réflexion sur les Blocs de demain