

Blocs opératoires : organisations, réorganisations ou désorganisations à haut risque ?

Les résultats de l'enquête SNPHAR-E 2010

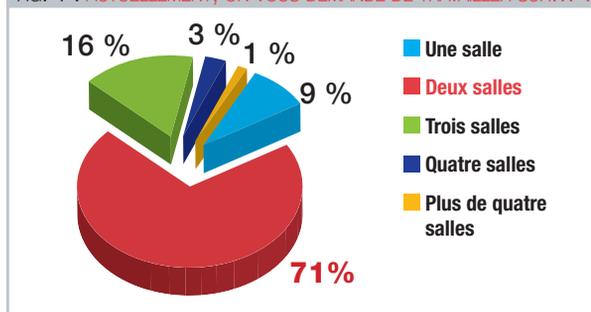
En mars dernier, le SNPHAR-E, alerté par ses mandants sur les conséquences des multiples réorganisations en cours concernant la gestion des plateaux techniques et l'organisation des blocs, lançait une enquête nationale auprès des médecins hospitaliers afin d'évaluer, de l'intérieur et à grande échelle, les conséquences et le vécu de ces réorganisations.

Plus de 1 200 collègues ont donné un peu de leur temps pour faire part de leur situation. Qu'ils en soient chaleureusement remerciés. Grâce à eux, nous disposons désormais d'une base d'analyse significative pour une réflexion fondée sur la réalité de terrain.

LE TRAVAIL SUR DEUX SALLES : UNE SITUATION BANALISÉE, MAIS À LA LIMITE DE LA SÉCURITÉ

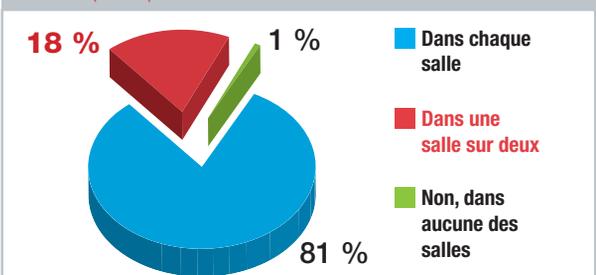
En fonctionnement habituel, ce sont 71 % des anesthésistes-réanimateurs qui travaillent sur deux salles (fig. 1). Alors que travailler sur plus de deux salles est habituellement considéré comme anormal, voire dangereux par l'ensemble de la profession, 20 % se déclarent dans cette situation. Finalement, ils ne sont que 9 % à travailler sur une seule salle, ce qui est assez fréquent dans certaines spécialités comme la pédiatrie, la chirurgie cardiaque ou dans certaines chirurgies dites « lourdes ».

FIG. 1 : ACTUELLEMENT, ON VOUS DEMANDE DE TRAVAILLER SUR... ?



Dans 28 % des cas, les salles ne sont pas contiguës, ce qui pose parfois un réel problème de sécurité. Heureusement, les IADE, collaborateurs des médecins anesthésistes, permettent le plus souvent d'assurer la surveillance dans chaque salle (fig. 2). Il reste cependant près de 18 % d'interventions où on ne trouve qu'un seul IADE

FIG. 2 : ÊTES-VOUS ACCOMPAGNÉ(E) DE PERSONNEL QUALIFIÉ (IADE)... ?



pour deux salles, ce qui représente un inconvénient certain en cas d'intervention lourde et impose une programmation sans faille pour permettre au médecin de ne pas placer les patients en condition d'insécurité.

Malgré la banalisation du travail sur plusieurs salles, un tiers des répondants estiment que ce fonctionnement n'est pas toujours garant de la sécurité nécessaire, 54 % ne travaillent pas sereinement (fig. 3), 56 % ne se sentent pas maîtres de leur organisation et près d'un tiers se sentent débordés (fig. 4). Mais globalement, 67 % pensent qu'une organisation du travail sur plusieurs salles semble sécuritaire et l'acceptent (fig. 5). Un paradoxe qui est peut-être à mettre en rapport avec la possibilité d'exercer son « droit au retrait » (possibilité de ne pas prendre la responsabilité d'un acte pour lequel le professionnel ne se sent pas compétent ou en conditions de sécurité suffisantes), qui semble être respectée dans 76 % des cas.

FIG. 3 : AVEZ-VOUS L'IMPRESSION DE TRAVAILLER SEREINEMENT ?

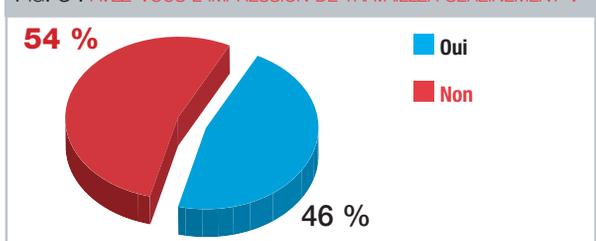


FIG. 4 : AVEZ-VOUS EN PERMANENCE L'IMPRESSION D'ÊTRE DÉBORDÉ(E) ?

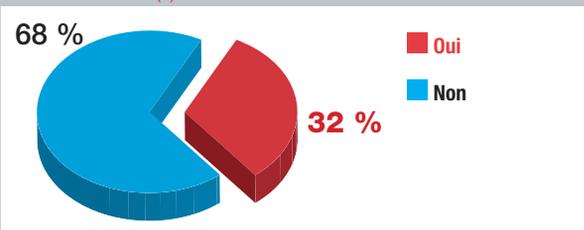
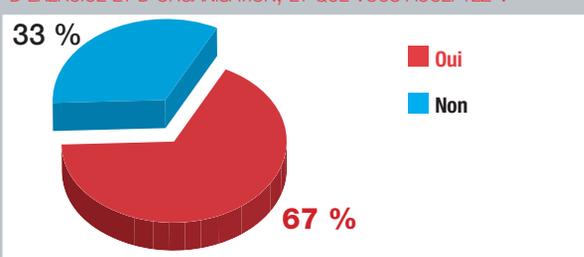


FIG. 5 : TRAVAILLER SUR PLUSIEURS SALLES EST-IL UN MODE D'ORGANISATION QUI VOUS SEMBLE SÉCURITAIRE DANS VOTRE TYPE D'EXERCICE ET D'ORGANISATION, ET QUE VOUS ACCÉPTEZ ?

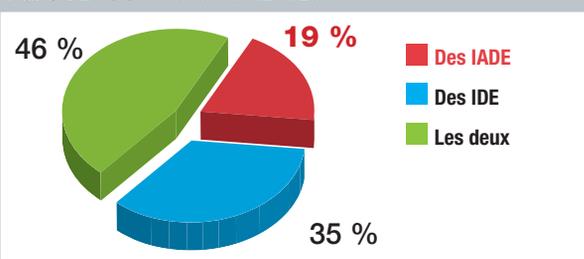


Sommes-nous face à une évolution « normale » en contexte d'exigence d'efficacité accrue ou à la banalisation d'une vraie situation à risque ? L'avenir le dira sans doute, mais il n'est pas inutile de rappeler les articles 71 et 95 du code de déontologie médicale (article R.4127-71 et R.4127-95 du code de la santé publique), confirmant la nécessaire indépendance de la décision médicale (*voir encadré ci-contre*). De même, les recommandations publiées dès décembre 2002 par la Société française d'anesthésiste réanimation (SFAR) ainsi que par la Société des anesthésistes réanimateurs pédiatriques (ADARPEF) en ce qui concerne l'anesthésie des plus petits, exigent la présence par intervention d'au moins un médecin anesthésiste assisté d'un infirmier ou d'un autre anesthésiste.

DES SSPI PLUTÔT SATISFAISANTES

D'après cette enquête, 46 % des salles de surveillance postinterventionnelles fonctionnent avec un personnel mixte (IADE et non IADE), 35 % avec des IDE et seulement 19 % avec uniquement des IADE (*fig. 6*). Dans la grande majorité des cas (85 %), les médecins estiment que leurs SSPI sont réglementaires.

FIG. 6 : LA SSPI FONCTIONNE AVEC... ?



Le médecin doit disposer, sur le lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge. Il doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise, et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires.

Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées.

Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours.

Code de la santé publique - Article R.4127-71

Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et, en particulier, à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

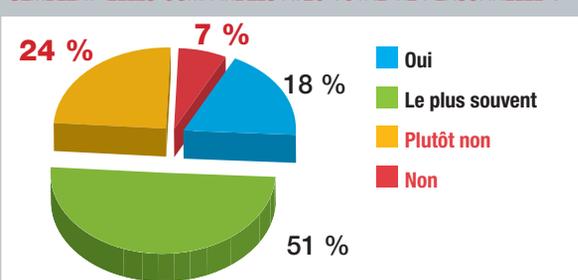
En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

Code de la santé publique - Article R.4127-95

DES BLOCS QUI FONCTIONNENT TOUTE LA JOURNÉE, DES TEMPS DE TRAVAIL HEBDOMADAIRES QUI EXPLOSENT

Le fonctionnement des blocs se prolonge sur toute la journée de travail diurne. Dans plus d'un cas sur deux, l'amplitude d'ouverture a été élargie dans les 5 dernières années, et ce, en raison de plages opératoires jugées insuffisantes lors de regroupements et restructurations ou, parfois aussi, après audit de la MEAH. Pour environ un tiers des répondants à l'enquête, les horaires de blocs actuels sont perçus comme non compatibles avec leur vie personnelle (*fig. 7*).

FIG. 7 : LES PLAGES DE FONCTIONNEMENT DU BLOC VOUS SEMBLERONT-ELLES COMPATIBLES AVEC VOTRE VIE PERSONNELLE ?



Malheureusement, la concertation est encore insuffisante et ces nouvelles organisations semblent peu satisfaisantes pour des raisons diverses mais toujours mal ressenties (*fig. 8 et 9*). Plus de la moitié des interrogés déclarent avoir assisté au départ de collègues après des réorganisations touchant le fonctionnement de l'anesthésie.

FIG. 8 : LA RÉORGANISATION VOUS SATISFAIT-ELLE ?

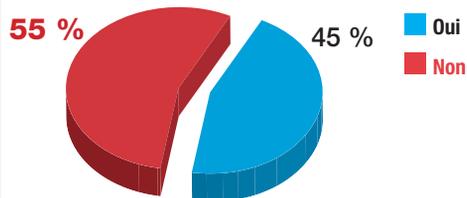
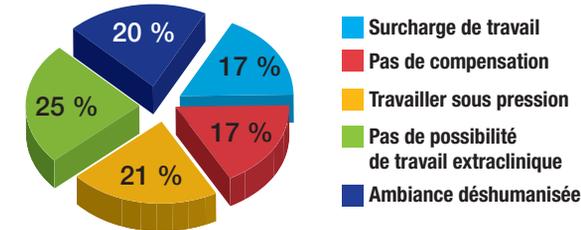


FIG. 9 : POURQUOI N'ÊTES-VOUS PAS SATISFAIT DE LA RÉORGANISATION ?



Le temps réglementaire maximal de 48 heures hebdomadaires n'est respecté que dans 36 % des cas (fig. 10) ; lorsqu'il est dépassé, 73 % des praticiens bénéficient de temps additionnel (fig. 11), qui n'est contractualisé que dans 38 % des cas malgré une réglementation, européenne et nationale, très claire sur ce sujet.

FIG. 10 : ACTUELLEMENT, RESPECTEZ-VOUS LA RÉGLEMENTATION DES 48 HEURES HEBDOMADAIRES MAXIMUM ?

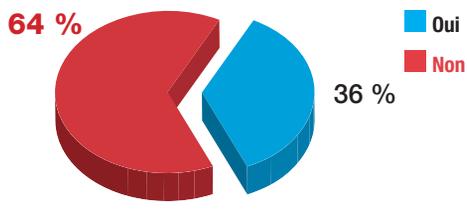
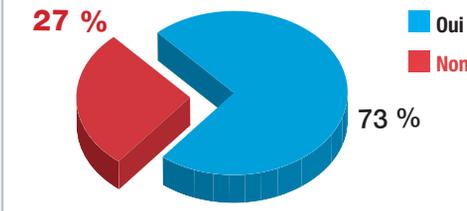


FIG. 11 : SI VOUS ÊTES AU-DELÀ DES 48 H HEBDOMADAIRES, BÉNÉFICIEZ-VOUS DE TEMPS ADDITIONNEL ?



Le statut doit s'appliquer. Quel que soit le mode de décompte du temps de travail (heures ou demi-journées), le temps de travail hebdomadaire – calculé sur la moyenne de 4 mois – ne peut dépasser 48 heures (voir encadré ci-dessous).

Le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées.

[...]

Code de la santé publique - Article R.6152-27

Pour aller plus loin, il nous semble important de rappeler que les 20 jours de RTT obtenus en 2003 correspondent au différentiel horaire 35-39 heures et que le différentiel 39-48 heures n'est ni indemnisé ni rémunéré. La borne de 48 heures est donc clairement la borne supérieure du temps de travail et le fait d'avoir des RTT ne justifie aucunement, en tout cas sur le plan réglementaire, de travailler 48 heures hebdomadaires contrairement à ce que l'on peut voir présenter dans certains comptes-rendus d'audit réalisés dans les hôpitaux.

RÉUNIONS DE PROGRAMMATION, CHARTES DE BLOCS, CONSEILS DE BLOCS... : L'AMER CONSTAT

Une charte de blocs existe dans la majorité des structures (82 %), mais elle n'est malheureusement que rarement appliquée (38 %) (fig. 12). Bien que les MAR aient le plus souvent été impliqués lors de la rédaction de ces chartes, ils ne sont qu'un sur deux à en juger le contenu final (rarement actualisé) « pertinent et réglementaire » (fig. 13).

FIG. 12 : LA CHARTE DE BLOCS EST-ELLE APPLIQUÉE ?

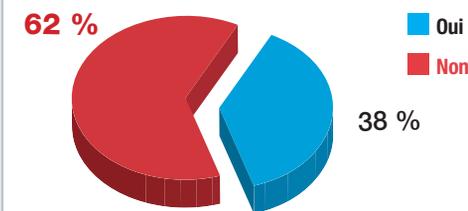
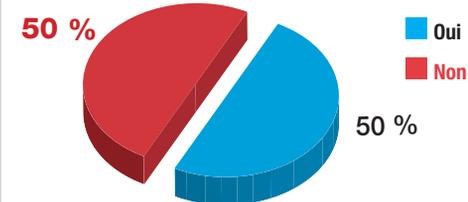


FIG. 13 : LES ÉLÉMENTS DE LA CHARTE DE BLOCS SONT-ILS PERTINENTS ET RÉGLEMENTAIRES ?



Les réponses aux questions concernant l'organisation de la programmation des interventions sont très hétérogènes. Il ne semble pas y avoir de règle stricte. Le plus souvent, la charge de cette organisation revient à un cadre ou à un chirurgien, mais aussi parfois à un collectif d'individus. Quel qu'il soit, dans 70 % des cas, le responsable de la programmation n'apparaît pas comme ayant l'indépendance nécessaire à ce type d'exercice. Les réunions de programmation réunissant tous les intervenants ne sont effectives que dans 54 % des cas, et moins d'une structure sur deux bénéficie d'un logiciel de programmation spécifique.

Dans plus de 40 % des cas, la programmation est perçue comme ne respectant pas les contraintes induites par les règles de sécurité (fig. 14), constat à mettre en correspondance avec des taux équivalents de non-respect des contraintes liées aux ressources en MAR (fig. 15) ou en personnel non médical (fig. 16). En effet, les congés des personnels ne sont pas toujours connus à l'avance et la programmation n'en tient pas compte dans 59 % des cas.

Au total, 69 % des horaires d'interventions sont jugés peu réalistes et, dans trois quarts des cas, la prise en charge des urgences perturbe encore un peu plus cette « programmation ». Finalement, la programmation n'est respectée que dans 36 % des cas (fig. 17) et les dépassements horaires pour tous les personnels deviennent le quotidien (fig. 18).

“ Dans plus de 40 % des cas, la programmation est perçue comme ne respectant pas les contraintes induites par les règles de sécurité. ”

Si 86 % des structures ont un conseil de blocs qui se réunit régulièrement (79 %), il n'est pas souvent renouvelé (49 %) et les décisions qui y sont prises ne suivent pas toujours la réglementation (47 %) (fig. 19). Bien que disposant le plus souvent d'indicateurs objectifs du fonctionnement des blocs opératoires (temps d'occupation des salles, temps opératoires, etc.), le conseil de blocs ne permet que rarement un arbitrage des dysfonctionnements (28 %) et son fonctionnement est jugé peu satisfaisant par 69 % des répondants (fig. 20).

FIG. 14 : LA PROGRAMMATION TIENT-ELLE COMPTE DES RÈGLES DE SÉCURITÉ EN ANESTHÉSIE ?

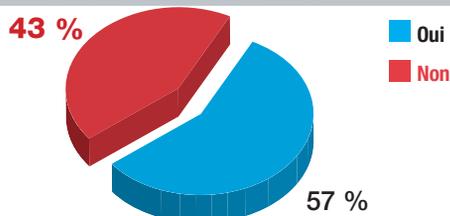


FIG. 15 : LA PROGRAMMATION TIENT-ELLE COMPTE DES MOYENS EN PERSONNEL MÉDICAL ANESTHÉSISÉ ?

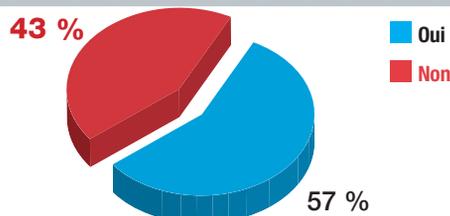


FIG. 16 : LA PROGRAMMATION TIENT-ELLE COMPTE DES MOYENS EN PERSONNEL NON MÉDICAL ?

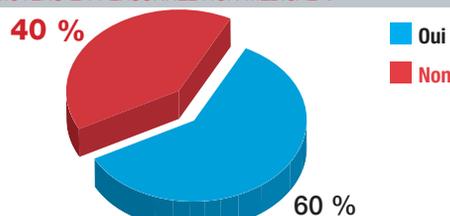


FIG. 17 : LA PROGRAMMATION EST-ELLE RESPECTÉE ?

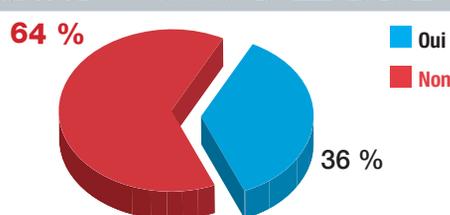


FIG. 18 : MALGRÉ CETTE PROGRAMMATION, EXISTE-IL DES DÉPASSEMENTS HORAIRES POUR LE PERSONNEL NON MÉDICAL ?

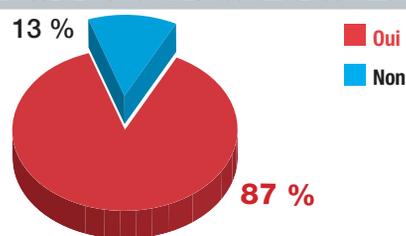


FIG. 19 : LES DÉCISIONS PRISES EN CONSEIL DE BLOCS SUIVENT-ELLES LA RÉGLEMENTATION ?

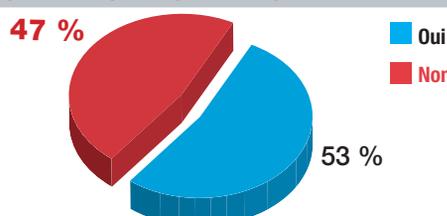
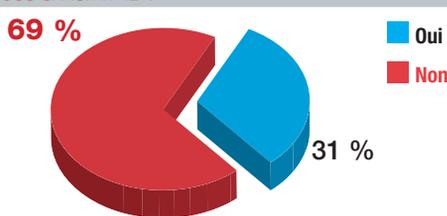


FIG. 20 : LE FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DE BLOCS VOUS SATISFAIT-IL ?



Ici encore, la réglementation est malheureusement suivie de manière partielle. Les structures obligatoires existent, mais elles ne servent pas à grand-chose. L'usine à gaz devient le mode habituel de fonctionnement de la gouvernance hospitalière.

RIEN NE SE FERA SANS UN VRAI RESPECT DES DIFFÉRENTES RÉGLEMENTATIONS

Le discours de rigueur ultra-sécuritaire, rabâché à grands coups de principe de précaution, d'accréditation, de certification et autres indicateurs de qualité par les

Temps additionnel : un jugement en faveur des PH

Mi-juillet, l'AP-HP a été condamnée par le tribunal administratif à verser à un de nos collègues, délégué du SNPHAR-E, une amende de 3000 euros.

Le tribunal administratif a jugé :

- que notre collègue avait été contraint par l'AP-HP d'effectuer du temps de travail additionnel (TTA), sans son accord, donc sans contrat ;
- que l'AP-HP a mis en place une organisation de travail l'obligeant à effectuer ce TTA ;
- que ce TTA n'est, en aucun cas, assimilable à des heures supplémentaires qui sont régies par le code du travail dont ne dépendent pas les PH.

Ce jugement très intéressant nous donne l'occasion de faire quelques rappels concernant le temps de travail des praticiens hospitaliers.

Ma gouvernance m'oblige à faire du temps additionnel en raison de problèmes d'effectifs. Je dépasse régulièrement mes 10 demi-journées hebdomadaires, contrairement à ma volonté : que puis-je faire ?

RÉPONSE DU SNPHAR-E : La réglementation prévoit expressément que le temps additionnel (TA) est **soumis au volontariat**, et doit être **contractualisé**. Pour cela il se doit d'être mis en exergue au niveau des tableaux de service prévisionnels et définitifs. Sinon, il s'agit de travail dissimulé, volatile, c'est-à-dire non compensé financièrement ni par du temps de récupération. Nous vous conseillons donc d'adresser à la direction de votre établissement un courrier recommandé avec accusé de réception, avec copie au directeur général de l'ARS, précisant que vous refusez d'effectuer tout temps additionnel. On doit vous répondre sous deux mois, sauf si l'administration est d'accord avec vous. En absence de réponse et si vous êtes l'objet de pressions pour faire du

➔➔ Blocs opératoires : organisations, réorganisations.... (suite de la page 16)

Encore 17 % de repos de sécurité non pris pour cause de sous-effectifs !

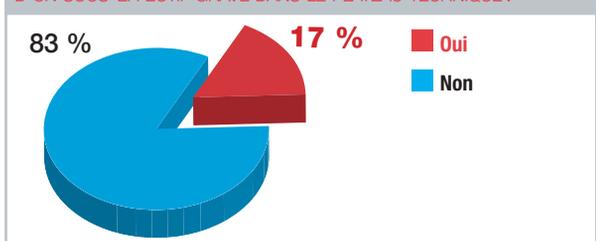
Il est incroyable que près de 10 ans après la mise en place du repos quotidien et du repos de sécurité, près d'un médecin sur cinq (17 %) déclare ne pas le prendre pour des raisons d'effectif (fig. 21). Doit-on encore rappeler qu'il s'agit d'une obligation réglementaire, mise en place avant tout pour assurer la sécurité des patients, et que les médecins qui y dérogent s'exposent à de graves conséquences judiciaires, ainsi qu'à une nullité de leur contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle en cas d'accident médical.

hautes sphères de la santé françaises est, une fois de plus, en total décalage avec ce que vivent les soignants au quotidien.

Les fonctionnements *border-line* qui fleurissent avec l'infraction sont la règle. Le « pas vu, pas pris » est devenu quasi universel, tant chez les médecins que chez les directeurs ; l'absence de contrôles et, encore plus, de sanctions favorise ce sentiment d'impunité où chaque acteur s'autorise à enfreindre la règle pour des

raisons diverses, mais souvent liées à des contraintes extérieures imposées, financières, temporelles ou hiérarchiques.

FIG. 21 : VOUS ARRIVE-T-IL DE NE PAS PRENDRE LE REPOS APRÈS LA GARDE, DE MANIÈRE CONTRAINTE, EN RAISON D'UN SOUS-EFFECTIF GRAVE DANS LE PLATEAU TECHNIQUE?



Face à ces fonctionnements archaïques et inadaptés à une amélioration de la qualité des soins toujours souhaitable, le SNPHAR-E recommande une fois de plus à ses adhérents de respecter leurs devoirs, mais aussi de savoir faire respecter leurs droits.

Yves RÉBUFAT, Secrétaire général
et Laurent HEYER, Secrétaire général adjoint