

MOTS CLÉS

Bloc opératoire
 Organisation
 Optimisation
 Réorganisation
 Chirurgien
 Vacation
 Planification
 Méthodologie

dossier

L'ORGANISATION DES BLOCS OPÉRATOIRES**La remise à plat des vacations :
une opération clé**

L'optimisation de l'organisation des blocs opératoires constitue un véritable levier de croissance pour un établissement disposant d'activités de chirurgie. L'une des premières étapes de cette réorganisation consiste à remettre à plat l'organisation des vacations offertes aux chirurgiens sur la base d'indicateurs chiffrés et objectifs. Cette démarche comprend l'utilisation et l'exploitation d'un recueil de données détaillé ici, ainsi qu'une interaction forte avec l'ensemble des acteurs du bloc opératoire, ancrés fréquemment dans une organisation historique. Les établissements ayant suivi cette démarche ont constaté rapidement des améliorations en termes d'utilisation de leur bloc mais aussi concernant l'ambiance qui y règne.

Centre de coûts pour l'établissement, le bloc opératoire peut constituer un véritable goulot d'étranglement pour le recrutement de patients et générer des coûts en ressources humaines en inadéquation avec l'activité réalisée.

Sa réorganisation, chantier essentiel, est difficile à mener pour deux raisons principales : le caractère historique des organisations existantes et l'absence fréquente d'outils de pilotage permettant de disposer d'indicateurs fiables pour prendre du recul.

Cette nécessité d'optimiser les organisations de blocs opératoires est de mieux en mieux acceptée par les acteurs qui y évoluent, notamment grâce à la diffusion de bonnes pratiques par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (Meah).

L'une des premières étapes de cette réorganisation consiste à remettre à plat l'organisation des vacations, une étape clé pour tout projet d'amélioration des blocs opératoires.

Jonathan KRIEF
 Consultant
 Adopale

**L'organisation
des vacations**

Un bloc opératoire dispose de salles d'intervention équipées pour réaliser les opérations chirurgicales. L'encadrement du bloc opératoire met à disposition des chirurgiens, ces salles, ainsi que du personnel, pour pouvoir opérer.

Une plage offerte à un chirurgien est appelée «vacation». L'opérateur dispose donc d'un créneau pour pouvoir y opérer des patients, un jour donné et sur une plage horaire donnée.

À titre d'exemple, un bloc opératoire peut mettre une vacation à disposition du service d'orthopédie, de 8 h à 16 h dans la salle n°1, le lundi quelle que soit la semaine, et une vacation à disposition du service d'ophtalmologie, de 8 h à 16 h dans la salle n°5, le lundi des semaines paires.

L'organisation de ces vacations constitue le socle de l'organisation globale du bloc opératoire : c'est sur elle que vont s'appuyer les chirurgiens pour pouvoir programmer leurs patients à opérer. C'est également cette organisation qui dimensionne le besoin en personnel pour le bloc opératoire, que ce personnel soit infirmier, aide-soignant ou anesthésiste. Il est donc d'usage de vérifier tout d'abord si l'organisation de ces vaca-



tions existe bien et si elle est vraiment formalisée, c'est-à-dire que les horaires de début et de fin de chaque plage existent et si chaque plage est bien attribuée à un opérateur (ou à une spécialité) et à un seul.

Si ce n'est pas le cas, c'est le point de départ de la réorganisation d'un bloc opératoire. En effet, l'absence de formalisation de cette organisation peut entraîner divers dysfonctionnements : annulation de patients pour cause de manque de personnel, heures supplémentaires pour le personnel, patients programmés à la même heure dans la même salle, ce qui augmente la pénibilité du travail...

Autre élément important sur la nécessité que cette organisation existe : elle est indispensable au calcul des indicateurs d'activité. En effet, les trois indicateurs clés du fonctionnement du bloc opératoire sont :

- » le taux d'occupation des vacances ;
- » le taux de débordement ;
- » le taux d'ouverture.

Or, ces trois indicateurs s'appuient sur la bonne définition du temps de vacation offert (TVO) défini par la somme des durées de chacune des vacances. Ainsi, si l'organisation des vacances n'est pas formalisée, un bloc opératoire ne peut avoir de visibilité sur son fonctionnement par l'intermédiaire de ces indicateurs principaux.

La remise à plat

Les indicateurs principaux dont nous venons de parler permettent de donner une image sur le fonctionnement d'un bloc opératoire.

Un bloc opératoire disposant d'un taux d'occupation faible de ses vacances est un bloc dans lequel il existe des « trous » au niveau de l'utilisation de ses

plages opératoires, ce qui implique du personnel inoccupé et un recrutement de patients moins important.

Même si les problématiques de démarrage à l'heure des salles et d'enchaînement entre deux interventions expliquent une partie de ce chiffre, l'expérience montre que ce taux d'occupation faible peut le plus souvent résulter de l'inadéquation de l'organisation des vacances avec l'activité de certains chirurgiens. Si un chirurgien dispose de trop de plages d'intervention, ses vacances ne seront pas complètement remplies. *A contrario*, un chirurgien disposant d'une activité plus importante que le nombre de plages qui lui est alloué aura une nette tendance à déborder.

C'est pourquoi, avant de s'intéresser aux dysfonctionnements classiques que sont le démarrage des salles, les enchaînements entre deux interventions, le manque d'efficacité du processus de programmation ou l'absence de certaines instances indispensables au bon fonctionnement d'un bloc opératoire, il est important de commencer par cette première étape de remise à plat des vacances.

Par ailleurs, l'organisation des vacances dans un bloc opératoire résulte le plus souvent d'une organisation historique, adaptée en fonction de certains événements comme l'arrivée ou le départ de chirurgiens, l'ouverture de salles supplémentaires, le rajout ou la pénurie de personnel... Rares sont les blocs opératoires qui ont mené une remise à plat de cette organisation indépendamment de ce type d'événements.

Le bloc opératoire part donc d'un point de départ : son organisation actuelle, si bien sûr elle existe, et tout l'enjeu va consister à la remettre à plat pour vérifier si elle est en adéquation avec l'activité de chaque opérateur ou de chaque spécialité et, dans le cas contraire, pour définir ses évolutions.

Les grands processus des blocs opératoires

La Meah a identifié quatre processus principaux dans l'organisation des blocs opératoires :

- » la planification (horizon : 6 mois) : consiste à travailler sur l'organisation des vacances, notamment la répartition entre les différents chirurgiens ;
- » la programmation (horizon : 2 semaines) : consiste à organiser la prise de rendez-vous des patients pour leurs interventions et à identifier les premiers aléas pour les surmonter ;
- » la supervision (horizon : jour J) : consiste à assurer le fonctionnement optimal le jour J de l'intervention malgré les aléas (interventions en urgence, modification du programme, retard des intervenants...) ;
- » l'enregistrement : consiste à capitaliser sur les informations recueillies d'un bloc afin de modifier l'organisation en fonction des dysfonctionnements perçus.

La remise à plat des vacances fait partie du premier processus, la planification.

Les points clés de la planification

La planification est un véritable axe stratégique pour l'établissement puisqu'elle propose d'accorder plus ou moins de temps opératoires à certains chirurgiens ou à certaines spé-

cialités. Il est donc d'usage que la validation définitive de cette organisation relève de la direction de l'établissement. Elle doit tenir compte également d'un certain nombre d'éléments caractéristiques de l'établissement : les orientations de stratégie médicale d'établissement, les capacités d'hébergement, mais également les effectifs présents et la disponibilité de certains équipements.

La remise à plat des vacances doit par ailleurs être réalisée sur la base d'indicateurs d'activité chiffrés et objectifs de manière à obtenir un résultat en parfaite adéquation avec la réalité, mais également pour faciliter le dialogue avec les acteurs tels que les chirurgiens auxquels il est prévu de réduire les vacances.

Enfin, cette remise à plat ne doit pas être ponctuelle : l'établissement doit se doter d'un processus dynamique de révision de la planification, au moins tous les ans. Cet élément facilitera les évolutions en montrant que l'organisation n'est pas figée et qu'elle évolue en fonction des évolutions d'activité de chaque chirurgien et des événements survenant au bloc opératoire.

La méthodologie globale

La méthodologie de remise à plat des vacances est composée des étapes suivantes :

- » recueil et traitement des données ;
- » proposition de scénarios aux acteurs ;
- » validation par la direction ;
- » mise en place.

Il est important de garder en tête que la phase de recueil et de traitement, étape très technique, est nécessaire mais absolument pas suffisante.

Certes, c'est de cette phase que vont découler les propositions d'ajustement de la planification, mais il ne faut pas sous-estimer les étapes suivantes qui vont demander davantage de temps : la proposition des modifications aux chirurgiens et la mise en place.

Le recueil et le traitement de données

L'objectif consiste à déterminer si le nombre de plages offertes au jour d'aujourd'hui à un chirurgien est en adéquation avec son activité. Pour ce faire, il convient de s'appuyer sur des éléments concrets provenant d'un recueil sur les six mois précédents. Cette période peut être choisie plus ou moins longue, mais un recueil inférieur à trois mois donnerait une image moins proche de la réalité.

Ce recueil doit permettre de déterminer pour chaque chirurgien (ou pour chaque spécialité) la durée d'occupation totale. Nous définissons l'occupation comme le moment pendant lequel un patient se trouve en salle, en y ajoutant des temps de remise en état de la salle pendant lesquels celle-ci est inaccessible.

Le recueil doit relever les éléments suivants pour chaque intervention : la date, la salle, l'heure d'entrée du patient en salle, l'heure de sortie du patient de salle et le nom du chirurgien.

Ces éléments constituent le recueil minimal à lancer. Certains établissements pourront l'enrichir en ajoutant par exemple le niveau de programmation, le caractère ambulatoire ou non

de l'intervention... Ces éléments pourraient permettre des traitements plus précis.

Il pourra être utile pour certains établissements d'écarter tout ce qui est réalisé en salle d'urgence, s'il en existe une, mais aussi tout ce qui est réalisé en période de garde, par exemple après 19h et avant 7h. En règle générale, on ne comptabilise pas ce qui se passe le week-end.

À partir de ce recueil, l'établissement est en mesure de calculer pour chaque intervention la durée d'occupation et donc de calculer sur la période en cours la somme des occupations de salle par chaque chirurgien ainsi que le nombre d'interventions.

Exemple

Pour plus de clarté, nous illustrons nos calculs avec une segmentation par spécialité et non par chirurgien (*tableau 1 page suivante*). La méthodologie est exactement la même.

Ce calcul ne fait aucune distinction entre occupation et débordement. Il additionne les durées d'occupation pour un chirurgien (ou une spécialité) donnée. La question à laquelle il faut répondre est la suivante : *combien de vacances faut-il accorder à un chirurgien pour qu'il y opère tout ce qu'il a opéré sur les six derniers mois ?*

Pour plus d'adéquation avec la réalité, il convient d'ajouter des durées de remise en état, pendant lesquelles la salle est inaccessible. Nous fixons en général une durée standard de remise en état (par exemple 15 minutes) et nous ajoutons à l'occupation des salles autant de

TABLEAU 1

Exemple d'occupation de salle

Spécialités	Nombre d'interventions	Sur six mois (en heures)		Par semaine (en heures)		
		Occupation totale sans remise en état	Occupation totale avec remise en état	Vacations nécessaires	Vacations actuelles	Vacations supplémentaires
Anesthésie	46	64 h 37	76 h 07	3 h 39	0 h 00	3 h 39
Cardiologie	31	81 h 11	88 h 56	4 h 16	6 h 00	1 h 43
Endoscopie	348	329 h 25	416 h 25	20 h 01	21 h 45	1 h 43
Gynécologie	110	200 h 58	228 h 28	10 h 59	8 h 30	2 h 29
Ophthalmologie	103	104 h 17	130 h 02	6 h 15	8 h 30	2 h 14
ORL	189	316 h 50	364 h 05	17 h 30	18 h 30	0 h 59
Orthopédie	381	601 h 42	696 h 57	33 h 30	37 h 30	3 h 59
Stomatologie	179	164 h 44	209 h 29	10 h 04	11 h 30	1 h 25
Thoracique	124	354 h 02	385 h 02	18 h 30	17 h 00	1 h 30
Urologie	7	13 h 02	14 h 47	0 h 42	0 h 00	0 h 42
Vasculaire	217	438 h 13	492 h 28	23 h 40	24 h 00	0 h 19
Viscéral	259	614 h 50	679 h 35	32 h 40	28 h 30	4 h 10
Total	1 994	3 283 h 56	3 782 h 26	181 h 50	181 h 45	0 h 05

remises en état qu'il y a d'interventions (colonne 4, tableau 1). Pour l'exemple de la cardiologie, on rajoute 31 fois les 15 minutes de remise en état.

Il convient ensuite de fixer des paramètres pour le calcul qui va suivre :

» le nombre de semaines de la période de recueil. Sur six mois, cela fait 26 semaines. Un établissement pourra par ailleurs diminuer artificiellement ce nombre de semaines pour prendre en compte l'existence de congés pour les opérateurs (au lieu de lisser sur 26 semaines, on lisse sur 24 ou 25 semaines) ;

» le taux d'occupation cible. Par exemple 80%.

Pour chaque chirurgien (ou chaque spécialité), le calcul pour obtenir le nombre d'heures de vacation nécessaires (colonne 5, tableau 1) est le suivant :

$$\frac{\text{Somme des occupations sur la période}}{\text{Nbre de semaines} \times \text{Taux d'occupation cible}}$$

En divisant par le nombre de semaines, on calcule une durée moyenne d'occupation sur une semaine type. En divisant par le taux d'occupation, on prend en considération le fait qu'il n'est pas possible d'utiliser ses vacances à 100%.

Ainsi, pour opérer pendant 8 heures, il faut disposer de 10 heures de vacation si on considère un taux d'occupation cible à 80%. Tout cela est dû au fait qu'il existe toujours des temps morts dans la vacation. Certains de ces temps morts sont dus à de vrais dysfonctionnements, comme la problématique de démarrage des salles ou de descente des patients des services d'hospitalisation par les brancardiers et il est évidemment possible de les réduire par des actions d'organisation.

D'autres temps morts sont dus au fait qu'il serait dangereux voire absurde de travailler en flux hypertendu, avec les patients toujours disponibles pour rentrer en salle, avec des salles très rapidement remises en état, mais aussi que le bloc opératoire est le siège d'aléas qu'il est difficile d'anticiper : complication, arrivée d'urgence...

C'est pourquoi, la valeur cible de 80% de taux d'occupation est reconnue comme une valeur excellente par les études réalisées à ce sujet. Un taux d'occupation supérieur à 85% placerait le bloc opératoire dans une situation de véritable travail à la chaîne, pouvant entraîner une baisse de qualité de la prise charge des patients mais aussi un climat de travail particulièrement difficile à vivre. Il faut néanmoins garder en tête que, selon la nature des activités du bloc opératoire, le seuil de performance à ne pas dépasser varie (part plus ou moins importante de l'urgence, durée d'interventions plus ou moins prédictibles...).

Dans notre exemple, les paramètres sont les suivants :

» nombre de semaines : 26 (six mois) ;

» taux d'occupation cible : 80%.

Il convient pour finir de comparer les vacances calculées avec les vacances offertes actuellement (colonne 6, tableau 1).

Sur le tableau 1, sont indiquées en rose les spécialités qui se trouvent en surdotation de vacations.

Ainsi, la gynécologie aurait besoin de 2h29 de vacations supplémentaires et l'orthopédie dispose de 3h59 en trop. On observe également qu'au global, les vacations offertes sont en adéquation avec l'activité toute spécialité confondue. L'opération à réaliser est donc une redistribution des vacations entre les spécialités.

Imaginons que les vacations sont en général des vacations de 7h30, on obtient le tableau 2 en divisant tous les chiffres par 7h30.

Proposition de scénario

Une fois la partie technique réalisée, il convient de réaliser une nouvelle proposition de vacations pour les opérateurs (ou les spécialités) et d'aller la présenter de manière globale à l'ensemble des chirurgiens et de manière plus précise à ceux qui vont subir des évolutions, notamment des augmentations ou des diminutions de vacations.

Lors de la constitution des propositions, il convient de garder en tête que l'organisation du bloc opératoire n'est pas isolée mais qu'elle est liée à celle des services d'hospitalisation et à celle des services de consultations.

Les établissements qui ont fait l'effort d'aller à la rencontre de chacun des opérateurs impactés ont mis en place leur nouvelle planification plus rapidement que les autres.

Il est évident que le fait de rééquilibrer les vacations va induire une réorganisation de certaines spécialités, et de certains agendas personnels des praticiens. Il ne faut en effet jamais perdre de vue que les chirurgiens ne consacrent pas tout leur temps de travail au bloc et qu'ils interviennent parfois sur plusieurs établissements. Une phase d'écoute est donc nécessaire pour les spécialités ou les opérateurs qui seront le plus impactés par ces propositions. Néanmoins, il faut également savoir être ferme : un projet de cette ampleur ne peut pas être bloqué uniquement par des contraintes d'agendas personnels. Notre expérience nous prouve que les établissements qui suivent la démarche décrite ont toujours su vaincre ces résistances.

Pour cela, afin de faciliter les discussions, ils ont clairement exposé dès le départ la méthodologie de calcul en insistant sur le fait qu'elle s'appuie sur des éléments concrets. Il convient également de préciser que la remise à plat des vacations est un processus dynamique qui va être réalisé dans le bloc opératoire tous les ans de manière à adapter les vacations le plus possible à la réalité.

La phase de mise en place

Il ne faut pas oublier qu'un établissement dispose déjà d'une planification qui sert de base pour la programmation des opérateurs. Il n'est pas rare alors de trouver des interventions programmées à trois ou quatre mois.

Il va falloir forcément tenir compte de ces interventions programmées avant de pouvoir mettre en place la nouvelle organisation. Il ne faut pas croire qu'il est possible de changer cette organisation du jour au lendemain.

Ainsi, une opération de modification des vacations peut



TABLEAU 2
Redistribution
des vacations entre spécialités

Spécialités	Vacations nécessaires	Vacations actuelles	Vacations supplémentaires
Anesthésie	0,5	0,0	0,5
Cardiologie	0,6	0,8	-0,2
Endoscopie	2,7	2,9	-0,2
Gynécologie	1,5	1,1	0,3
Ophthalmologie	0,8	1,1	-0,3
ORL	2,3	2,5	-0,1
Orthopédie	4,5	5,0	-0,5
Stomatologie	1,3	1,5	-0,2
Thoracique	2,5	2,3	0,2
Urologie	0,1	0,0	0,1
Vasculaire	3,2	3,2	-0,0
Viscéral	4,4	3,8	0,6
Total	24,25	24,23	0,0

prendre très souvent six mois. Par contre, si les traitements sont réalisés rapidement et que la concertation avec les chirurgiens au sujet de la proposition de modifications est rythmée dans le temps, cette durée peut facilement être ramenée à trois mois.

Conclusion

La remise à plat des vacations doit faire partie intégrante de la vie du bloc opératoire.

Comme expliqué ici, la partie technique n'est pas la plus compliquée : c'est surtout la toute première remise à plat qui va demander un véritable travail de conduite du changement afin de dépasser les résistances issues du modèle historique d'organisation des blocs opératoires.

Si cette pratique est utilisée correctement, elle permet de constater des gains spectaculaires dans les blocs opératoires, tant en termes d'occupation des salles au niveau économique et recrutement de patients, qu'au niveau ambiance de travail dans les blocs opératoires. Plusieurs blocs ont ainsi témoigné d'un apaisement des conflits et d'une sérénité retrouvée. ●