

Gestion des blocs opératoires :

PLACE DE L'ORGANISATION DE L'ANESTHÉSIE (PROBLÈMES QUANTITATIFS ET QUALITATIFS)

Depuis plusieurs années, l'hôpital est devenu un des centres des préoccupations de l'opinion publique. Il ne se passe pas un mois sans que l'on n'évoque les problèmes techniques, logistiques, administratifs, financiers, judiciaires et éthiques que rencontrent les hôpitaux. L'hôpital a été contraint de s'ouvrir à la société en médiatisant ses erreurs et ses dysfonctionnements, l'obligeant à communiquer ses principaux résultats à la presse, qui en a profité pour établir des indices de performance et des classements.

UN HÔPITAL EN MUTATION

L'exigence de sécurité est partout et prolifère dans l'ensemble de la réglementation et de la vie hospitalière : circulaires, décrets, directives. L'inflation normative est telle que des projets de rénovation ont parfois été différés au profit de mises en place d'obligations réglementaires, plus urgentes au nom du principe de précaution.

La réorganisation de la structure des hôpitaux et de leurs services s'impose, comme la nouvelle gouvernance et les pôles d'activités médicales (PAM) veulent le tenter. L'organisation transversale et la gestion des interfaces entre services sont devenues des éléments majeurs de la performance hospitalière.

Les juges ne s'y sont pas trompés, puisqu'ils condamnent de plus en plus les établissements dont l'organisation est défectueuse, cause de non-qualité et responsable des dysfonctionnements pour lesquels ils sont saisis.

Ces mutations imposent à chacun non seulement d'être compétent dans sa spécialité, mais également d'être efficace en management pour optimiser le processus de soins. Le but est de réduire les dysfonctionnements, sources de complications préjudiciables pour le patient, et d'améliorer la qualité des soins. C'est aussi de rationaliser l'utilisation des ressources humaines pour améliorer la rentabilité et la productivité, et donc réduire le coût des prestations.

L'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION AU CŒUR DE CES MUTATIONS

L'activité d'anesthésie-réanimation se trouve au cœur de cette problématique. En plusieurs années, cette discipline s'est affranchie de la tutelle chirurgicale et a acquis, grâce à sa formation, une indépendance forte. Le métier d'anesthésiste-réanimateur s'est ainsi professionnalisé, grâce aux contraintes sécuritaires auxquelles la spécialité a été soumise (décret sur la sécurité en anesthésie de 1994, notamment), confirmant son rôle transversal majeur au sein des établis-

sements de santé et lui permettant d'initier les techniques d'assurance qualité en avant-garde.

L'anesthésie tient une place unique dans l'offre de soins : c'est à la fois une spécialité qui intervient dans le domaine médical par la consultation d'anesthésie et les suites postopératoires, dans le domaine chirurgical à travers les actes réalisés au bloc et enfin dans le domaine médico-technique par le suivi postinterventionnel (réanimation, SSPI). L'anesthésie-réanimation a des connexions partout dans l'hôpital et son organisation ou son inorganisation retentit sur l'ensemble des services de l'établissement.

Restructurer l'organisation de l'anesthésie-réanimation permet de rendre les processus généraux de fonctionnement de l'hôpital plus performants.

UNE ÉVOLUTION PERMISE PAR UN ENCADREMENT RÉGLEMENTAIRE

L'organisation de la spécialité s'est amorcée grâce à des dispositifs réglementaires que les sociétés savantes et les associations professionnelles ont progressivement imposé, tout d'abord sous forme de recommandations qui étaient un guide de bonnes pratiques, puis qui ont été concrétisées par le décret du 5 décembre 1994 relatif à la sécurité anesthésique.

Ce décret a bouleversé nos pratiques en imposant des normes de fonctionnement guidées par la loi :

- ✦ **Il impose** que le tableau fixant la programmation des interventions soit établi conjointement par les médecins réalisant ces interventions, les médecins anesthésistes concernés et le responsable du secteur opératoire, en tenant compte des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur opératoire, ainsi que des possibilités d'accueil en surveillance postinterventionnelle ;
- ✦ **il engage** une réflexion sur les effectifs souhaitables au bloc et en SSPI.
- ✦ **Il rappelle** que la consultation d'anesthésie, obligatoire, et l'acte anesthésique relèvent exclusivement de la responsabilité médicale.

Ce décret a permis aux anesthésistes de devenir des intervenants identifiés et responsables, au même titre que les opérateurs, participant à la décision de pratiquer ou non l'intervention programmée, d'élaborer la stratégie d'anesthésie, de décider de l'itinéraire postopératoire, ce qui leur a permis de dépasser la fonction médico-technique qui leur était dévolue auparavant.

La SFAR et le Conseil de l'Ordre ont émis des recommandations concernant la relation entre chirurgiens et anesthésistes et ont précisé les responsabilités qui sont du ressort exclusif du médecin anesthésiste (en consultation, dans la stratégie de l'anesthésie et ses modalités de surveillance, la prescription de médicaments ou transfusions, la mise en œuvre des techniques invasives, la prescription de soins et d'examens postopératoires, ou la décision de sortie de la SSPI). Le décret et la communication du Conseil de l'Ordre offrent une meilleure lisibilité du partage des domaines médicaux et paramédicaux, et l'évolution apportée par ces deux textes a contribué à mieux cerner le fonctionnement interne des services d'anesthésie-réanimation et des blocs opératoires.

L'indépendance, la professionnalisation et l'augmentation des performances ont parfois donné lieu au développement de contentieux qui ont pu aller jusqu'au contentieux judiciaire. En effet, certains dysfonctionnements ou lacunes ont été objectivés dans de nombreux services ou blocs, concernant la présence médicale et paramédicale, la répartition des rôles, l'organisation de l'encadrement, la gestion du matériel, la gestion du temps et le degré ou l'absence de collaboration entre anesthésistes et chirurgiens. Mais on a aussi assisté à une clarification des rôles et attributions de chacun, source d'un fonctionnement aux rouages mieux huilés. Cependant, cette liberté a un coût : celui de la recherche systématique de la responsabilité anesthésique lors d'un accident survenu au bloc, obligeant à une organisation interne et une formation irréprochable de la spécialité.

C'est tout le paradoxe qui existe entre les exigences et la confrontation du terrain. Il est demandé une présence des médecins anesthésistes de plus en plus forte, dans un contexte de raréfaction médicale généralisée. Or, les décrets sur la réanimation et les différentes normes de qualité supposent des recentrages de l'offre de soins.

DES PROBLÈMES DANS L'ORGANISATION QUALITATIVE DE L'ANESTHÉSIE ? QUELLES SONT LES COMPÉTENCES REQUISES POUR FAIRE UNE ANESTHÉSIE ?

Une anesthésie ne doit pas être conduite par une IADE ou un junior seuls : c'est un problème de responsabilité à propos de laquelle la SFAR a émis des recommandations. Le praticien doit avoir une pratique quotidienne de son activité. Il faudrait sûrement définir une masse critique

d'activité annuelle et permettre réellement au praticien d'avoir accès à la formation continue.

On peut aussi se demander si, vue la pénibilité de la profession et le vieillissement des anesthésistes, il ne faudrait il pas moduler la charge de travail en fonction de l'âge.

Mais tout cela ne pourra se faire que s'il existe une dynamique du service d'anesthésie-réanimation, des sociétés savantes et, bien sûr, un syndicat fort, disposant d'une solide réflexion et très réactif.

DES PROBLÈMES QUANTITATIFS DANS L'ORGANISATION DE L'ANESTHÉSIE ?

L'anesthésie est confrontée à une situation démographique défavorable, maintenant bien connue et chiffrée. Comme les autres, notre spécialité est touchée par les insuffisances de prévision, tant en ce qui concerne le *numerus clausus* que la perte d'attractivité pour le service public et que la désertification de certaines zones géographiques avec le clivage nord-sud.

S'ajoute à tout cela un avenir démographique pessimiste : l'âge moyen des médecins anesthésistes progresse, ainsi que la demande de temps partiels et de changement d'activité (ne plus exercer en bloc opératoire, ne plus faire de gardes etc.). Certains dispositifs réglementaires permettent des cessations progressives d'activité, congés de fin d'exercice, mais le problème essentiel est posé par les départs en retraite qui devraient doubler en 3 ans.

Toutefois, il est illusoire de penser que « sortir » les anesthésistes des services de réanimation, d'urgences ou des SAMU, puisse constituer une solution à la pénurie des anesthésistes dans les blocs, car leur projection démographique est similaire. Il est important que notre spécialité garde sa diversité d'exercices, source certaine d'attractivité.

Les anesthésistes-réanimateurs exercent des activités qui dépassent largement l'acte opératoire : une enquête transversale, réalisée au CHU de Lyon, a montré, en 2004, que les anesthésistes passent « seulement » 50 % de leur temps au bloc, le reste du temps se partageant entre la consultation, la visite préopératoire, les suites postopératoires et les activités transversales (l'enseignement, la formation des étudiants et IADE, la formation continue) ainsi que l'activité administrative (la participation des anesthésistes aux comités hospitaliers n'est pas négligeable, les plus pratiquées étant l'hémovigilance, le CLIN, la matériovigilance, la douleur, mais il faut citer toutes instances administratives des hôpitaux CME, COPS et autres commissions).

Il existe donc une discordance entre l'étendue des tâches à accomplir et l'appauvrissement démographique qui se profile. Une autre discordance concerne l'adéquation entre l'offre et la demande : la demande d'actes d'anesthésie est croissante. La population française vieillissant, il est devenu nécessaire d'augmenter le temps de présence médical auprès des patients. La consultation préanesthésique prend plus de temps pour un malade âgé ou atteint de polypathologies que

➤ ➤ ...SUITE DE LA PAGE 23

pour un patient ASA1. Or, la majorité des patients actuellement admis dans les établissements publics sont classés ASA 2 ou 3. De plus, la multiplication des actes demandeurs d'anesthésie est en augmentation, comme l'a montré l'enquête de la SFAR en 1996, estimant à 8 000 000 le nombre d'anesthésies réalisées par an en France, avec notamment une nette augmentation pour les endoscopies digestives ou les actes de radiologie interventionnelle.

Une prise en charge efficace va rapidement devenir problématique, au regard des perspectives défavorables et de l'augmentation d'activité objective et prévisible avec le vieillissement de la population. Or, des temps de travail importants et une pénibilité accrue ne peuvent que détourner les jeunes médecins de cette spécialité !

A court terme, les soins aux malades risquent également d'être mis en péril par l'application des réglementations concernant le personnel médical sans accompagnement financier dans les établissements. L'application de la Directive européenne sur le temps de travail, permettant l'intégration de la garde dans le temps de travail, le repos de sécurité, la possibilité théorique de bénéficier de vingt jours de RTT a, certes, permis une amélioration théorique significative de nos conditions de travail, mais la création de postes nécessaires à l'application de ces textes n'a pas été suffisante.

Quel est l'hôpital qui a pu créer les deux postes d'ETP nécessaires pour intégrer un tour de garde ?

LA NÉCESSITÉ DE RÉORGANISER LES BLOCS ?

Ces perspectives démographiques, les contraintes réglementaires, l'augmentation et la diversification des tâches, font qu'en l'absence de réorganisation des activités (principalement au bloc opératoire) et d'optimisation du travail, on court à la catastrophe.

La réorganisation d'un hôpital passe par la réorganisation du bloc, car c'est le lieu majeur de production de l'hôpital ; ce peut être aussi le lieu majeur de gabegie financière des hôpitaux.

Les différents audits menés cette dernière période montrent tous à la fois un taux d'occupation des salles ne dépassant pas 40 %, joint à la nécessité de payer des heures supplémentaires aux IBODE et IADE, ce qui est quand même un paradoxe alarmant.

Quand on sait que le coût d'une heure de bloc opératoire est estimé à 2 000 euros (occupé ou pas), on comprend que l'arrivée de la T2A pousse les directions à une certaine prise de conscience et les amène à se pencher sur l'organisation des blocs : ce n'est pourtant

pas faute de les avoir alertées depuis plus de 10 ans sur ce problème, ni d'avoir réclamé des règles de fonctionnement écrites, respectées et évaluées, normalement imposées par la réglementation.

Mais les blocs sont un monde mystérieux pour l'administration qu'elle craint d'affronter, même si depuis peu l'administration s'y impose un droit de regard. C'est un lieu dont le patient est le centre des préoccupations de tous les intervenants, et pourtant un lieu où technologie et sécurité côtoient archaïsme, individualité, notion de territoire et d'appartenance, théâtralité et affectivités maximales.

Nous sommes en train de passer d'une ère des blocs à gestion monodisciplinaire, où seul le chirurgien décidait, à une ère de gestion multidisciplinaire de sites interventionnels, où interviennent plusieurs acteurs de cultures différentes.

La règle devrait maintenant être celle de salles d'opérations neutres, travaillant par vacations ; avec des règles d'utilisation définies collectivement et dans la transparence et évaluées régulièrement.

Il est nécessaire d'intégrer dans les blocs opératoires et dans la programmation les spécialités non chirurgicales – comme les endoscopies – ou certaines spécialités chirurgicales avec des contraintes légales et organisationnelles – comme la chirurgie ambulatoire – et de coordonner le flux des urgen-

UN BLOC OPÉRATOIRE OPTIMISÉ EST UN PLATEAU TECHNIQUE OÙ :

- la prévision et la planification de l'activité sont faites en amont lors de la programmation ;
- il existe une organisation de l'activité opératoire ;
- il existe une gestion des ressources humaines, avec un responsable identifié qui a les moyens de trancher en cas de conflit ;
- la production est efficiente.
- des procédures et démarches d'assurance qualité existent.

ces avec celui de la chirurgie programmée, pour éviter leur télescopage.

Pour arriver à augmenter l'organisation et la productivité, il faut d'abord une programmation prévisionnelle et concertée, pour cela il faut obligatoirement des outils informatiques d'analyse de l'utilisation du temps, qui permettent de

- ⊕ connaître les différents temps moyens opératoires de chaque opérateur pour éviter le flou habituel des interventions futures ;
- ⊕ connaître les différents temps nécessaires aux inductions, transferts, remise en route des salles, et en tenir compte dans la programmation.

Ces outils informatiques doivent aussi permettre une analyse sentinelle des différents retards. Les congés et absences doivent être connus longtemps à l'avance et transparents.

La première étape est le choix d'un modèle de programmation. Trois modèles sont actuellement identifiés :

- ⊕ la programmation ouverte ou *open scheduling* ou



open booking, dans laquelle le programme est rempli de manière chronologique, au fur et à mesure que l'information est disponible. Il peut exister des négociations entre les différents acteurs du bloc, mais la décision est toujours centralisée et laissée au gestionnaire de bloc opératoire ;

- ✦ **la programmation par allocation préalable de plages ou *block scheduling* ou *block booking*** : un squelette de programme est proposé, allouant des blocs temporels à l'intérieur desquels les intervenants répartissent leurs interventions. L'organisateur du bloc met donc à la disposition des opérateurs un patron de répartition des plages opératoires adapté aux activités, il n'y a pas de centralisation de l'information, les négociations et la décision finale se répartissant en périphérie ;
- ✦ **la programmation par allocation préalable de plages, avec processus d'ajustement ou *modified block scheduling***. Les plages de bloc sont affectées aux opérateurs de manière prédéterminée, et le gestionnaire du bloc ajuste les plages horaires en fonction du déroulement du programme ou de l'analyse des semaines précédentes. C'est la technique utilisée principalement dans les pays anglo-saxons.

Une fois le type de programmation choisi, plusieurs stratégies peuvent alors exister :

- ✦ **soit une stratégie de durée fixe d'occupation des blocs (*fixed hours system*)**, où les interventions ne sont programmées que si elles finissent raisonnablement avant la fermeture du bloc, au risque d'une sous-utilisation du bloc ou de reports d'interventions ;
- ✦ **soit un respect de la date choisie par l'opérateur ou le malade**, grâce à une grande flexibilité des horaires du personnel (***anyworkday system***) ;
- ✦ **soit enfin un système intermédiaire (*reasonable time system*)**, avec report raisonnable de la date d'opération, programmation réalisée ni par le chirurgien ni par le malade, mais qui oblige à diminuer au maximum le temps d'attente de l'intervention.

Il faut savoir gérer si besoin les locaux avec, par exemple, l'utilisation des sas d'induction ou l'optimisation de la circulation des patients au réveil, organiser les transferts avec les services de soins, ce qui impose une réflexion poussée sur le brancardage.

Le bloc opératoire est le seul endroit où deux praticiens sont étroitement associés et interdépendants ; ils exercent une coresponsabilité : l'opérateur est responsable de son acte, l'anesthésiste du sien. Ils forment un binôme complémentaire.

L'anesthésiste est un prestataire incontournable au sein de l'hôpital. Il est classique de dire que l'anesthésie se situe dans le cadre d'une relation « client fournisseur ». L'anesthésiste

est le fournisseur de soins, alors que les secteurs interventionnels représentent les clients qui consomment de l'anesthésie. Il doit s'établir un rapport coopératif pour que la relation soit équilibrée et la satisfaction de chacun optimale. D'autant que le donneur d'ordre (le client = le chirurgien) dispose d'une asymétrie d'information et de savoir-faire qui le rend dépendant du fournisseur, dont le rôle est d'assister le client, mais selon ses propres contraintes.

On comprend mieux le positionnement fonctionnel et stratégique de l'anesthésie. Si cet équilibre n'est pas respecté, l'inefficience sera forte et la qualité du travail sera mauvaise. Nous sommes des prestataires de service en raison de la multiplicité et de la transversalité des tâches auxquelles se rapporte l'anesthésie, dont le rayonnement dépasse de loin l'acte opératoire seul, puisqu'il encadre les phases pré-, per- et postopératoires. La reconnaissance de l'anesthésie en tant que spécialité, avec ses dispositions réglementaires et organisationnelles, en fait une discipline en devenir. Elle peut participer à l'efficacité de l'hôpital ou mettre en péril la sécurité des patients. Au travers de l'anesthésie, l'hôpital peut se reformer, se réorganiser, voire s'améliorer.

Pour une meilleure organisation de l'anesthésie, il faut un regroupement des activités, une optimisation des ressources humaines et une augmentation de l'efficacité. Tout ce qui diminuera les risques, améliorera la qualité et augmentera la productivité et la rentabilité.

EN CONCLUSION, IL FAUT CHANGER D'ÉTAT D'ESPRIT !

- ✦ Il nous faut réfléchir à une organisation qui rassemble l'adhésion complète de tous les acteurs, se conjugue avec efficacité, qui nous permette de **travailler dans la sérénité et sans stress surajouté**.
- Une bonne organisation doit limiter les pressions diverses que nous subissons quotidiennement et, le plus possible, les dispersions.
- ✦ Il nous faut des outils comme **l'informatisation des blocs**, permettant lisibilité et transparence dans la gestion du temps, mais aussi objectivation de l'activité anesthésique.
- ✦ Il nous faut des outils de management que sont chartes et conseils de blocs, mais pas fictifs comme souvent actuellement, avec analyse suivie d'indicateurs de fonctionnement.

Mais tout cela ne pourra aboutir que si les anesthésistes, les chirurgiens les instances médicales et la direction acceptent de s'investir dans cette nouvelle tâche.