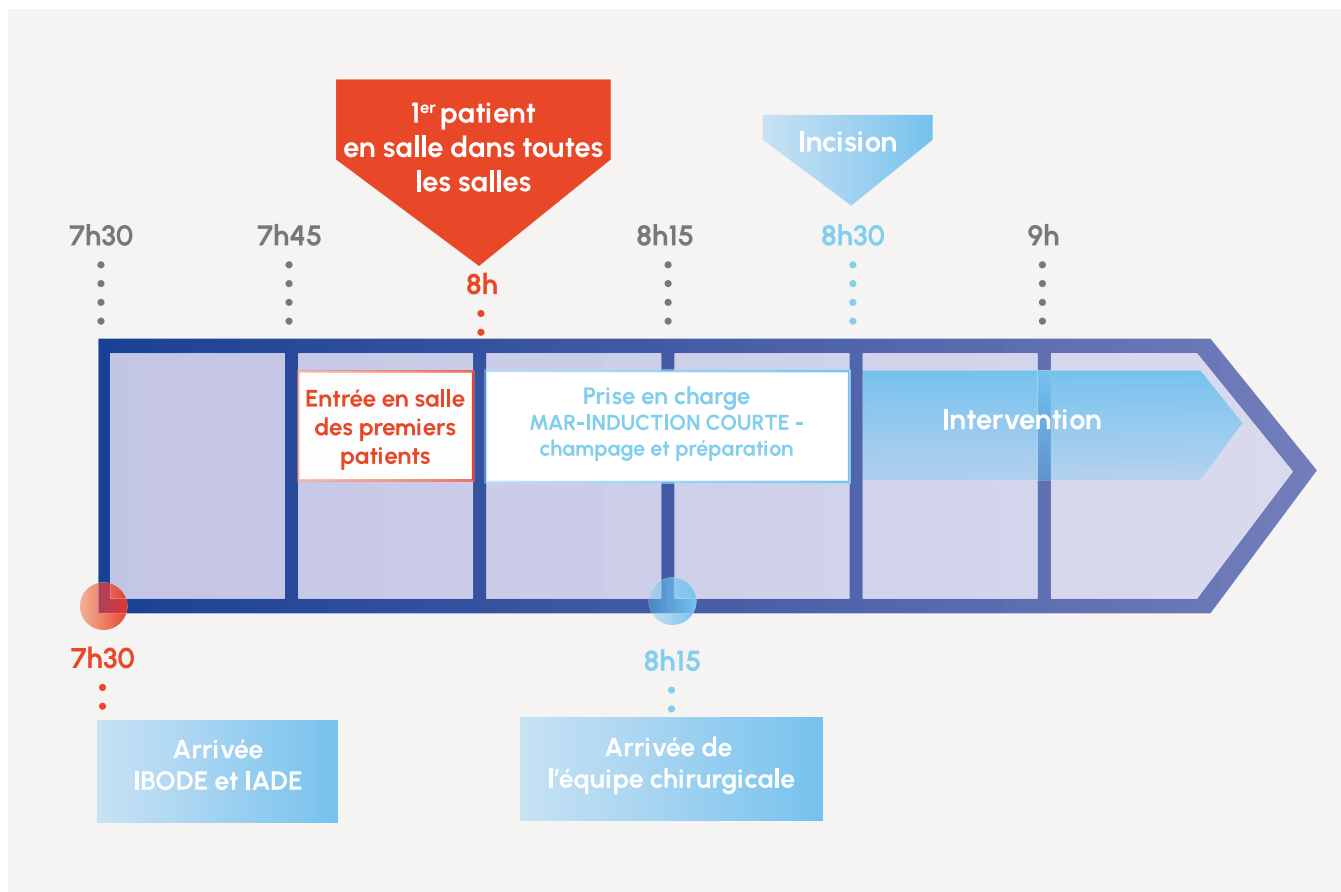


Optimisation du démarrage

La gestion des flux au bloc opératoire est un facteur clé pour l'optimisation du parcours chirurgical des patients. Il est nécessaire d'optimiser le démarrage des salles d'intervention, afin d'éviter les retards dans le programme opératoire.

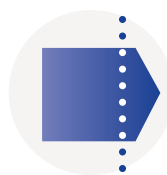
Exemple d'organisation du démarrage



Enjeu / objectif



Limiter les retards dans le programme opératoire



Limiter les débordements



Augmenter le taux d'occupation du bloc opératoire

Grand Hôpital de l'Est Francilien (GHEF)

Actions mises en place

- _ Mise en place d'une obligation d'appel des chirurgiens tous les jours
- _ Relances individualisées des opérateurs sur la procédure d'appel
- _ Affichage des données personnelles concernant les démarrages tardifs
- _ Mise en place d'un ordonnancement des 3 salles qui doivent démarrer en 1^{ère} position :
 - Validation du programme avec les 3 premières salles
 - Affichage sur la programmation journalière
- _ Inscription de l'horaire de prise en charge du patient sur la fiche de bloc dès l'acte d'anesthésie

Difficultés rencontrées

- _ Adhésion partielle des chirurgiens, avec temps important pour appliquer le changement des pratiques
- _ Faible réactivité du personnel paramédical au bloc à l'arrivée de l'opérateur, souvent due aux retards fréquents de l'anesthésiste, de l'opérateur ou du patient
- _ Dossiers médicaux incomplets (exemple : absence des examens demandés)
- _ Respect de l'ordonnancement non systématique
- _ Aléas (patient non arrivé, changement de dernière minute de la programmation dans une spécialité, etc...)

Autres établissements concernés par les actions sur l'optimisation du démarrage

- _ Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy Montfermeil
- _ Clinique de l'Estrée
- _ Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
- _ Groupe Hospitalier Sud Île-de-France
- _ Centre Hospitalier de Provins
- _ Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild



Facteurs clés de la réussite

- **Etablir un état des lieux du bloc opératoire** notamment les paramètres liés au démarrage de la journée afin d'identifier les goulots d'étranglement.
- **Identifier le « bon patient » pour démarrer la journée opératoire** (type de l'intervention, mode de prise en charge, mode d'arrivée au bloc, allergie au latex etc.). La définition de ces critères doit avoir lieu au préalable.
- **Optimiser l'appel du patient.**
- **Optimiser le brancardage.**
- **Favoriser le transfert à pied** du patient au bloc.
- Disposer de toute l'information nécessaire dès l'arrivée du patient au travers **d'une fiche de liaison** entre les services et le bloc.
- Avoir accès à un **dossier informatisé** du patient.
- **Bien définir de manière conjointe en conseil de bloc l'heure de démarrage des salles**, d'arrivée en salle des professionnels, d'entrée en salle du premier patient, d'arrivée en salle de l'anesthésiste, d'arrivée en salle de l'opérateur et d'incision, et les inscrire dans la charte de bloc.
- **Identifier les ressources pouvant être limitantes** et leur adapter l'organisation et le démarrage des différentes salles.
- Organiser l'induction et le réveil **en dehors des salles d'intervention.**
- Si les ressources le permettent, **convoquer 2 patients en simultanée** en ambulatoire et préparer 2 patients dans les différents services.
- Mettre en place **une analyse mensuelle** des heures de démarrage de chaque équipe.



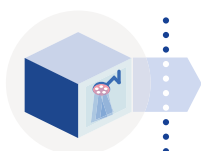
Indicateurs de suivi



Taux de démarrage tardif : rapport entre la somme des temps des démarrages tardifs (temps non utilisé en début de vacation) et la somme des temps de vacation offerts (TVO qui correspond à la somme des durées de toutes les vacations).



Taux d'occupation par spécialité : rapport entre le temps des interventions d'une spécialité donnée se déroulant au sein d'une vacation et le temps de vacation offert pour cette même spécialité.



Taux de débordement : rapport entre le temps opératoire réalisé en dehors des vacations (hors permanence de soins) et le TVO.