



Bloc Opératoire



Unités de Chirurgie  
Ambulatoire

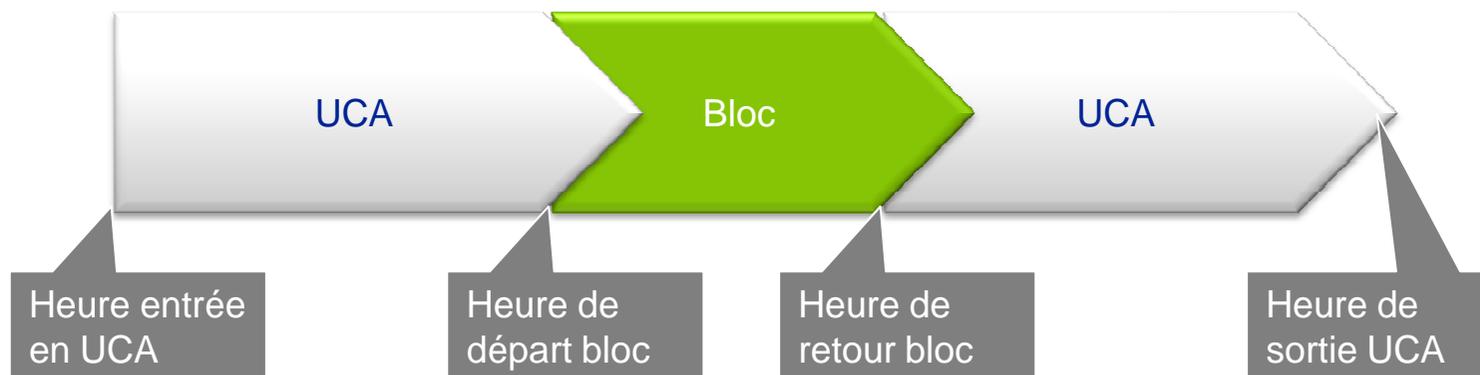
# *Benchmark Bloc UCA 2015*

*Réunion de restitution , 22 juin 2015*

# Logique Flux

## — Analyse de flux de la prise en charge d'un **patient ambulatoire en UCA**

- **Tous les séjours** en UCA sont observés (chirurgie, endoscopie, autre)
- L'ambulatoire « **forain** » est hors du périmètre de l'étude



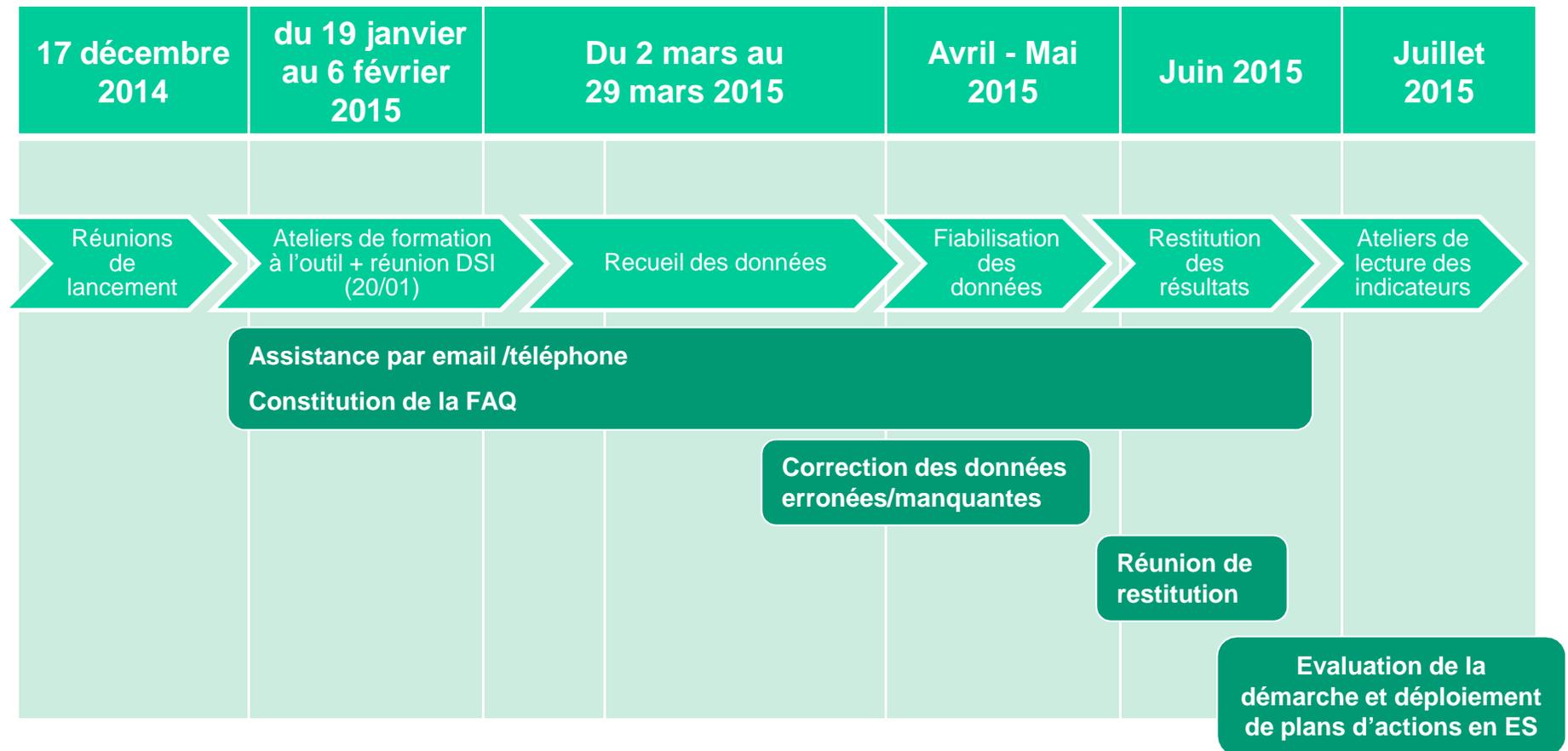
## — Analyse détaillée du **bloc opératoire**

- **Toute l'activité** au-delà des patients ambulatoires
- Analyse du flux patient : **salle opératoire et SSPI**
- Analyse de l'**utilisation des moyens** humains et matériels



# Calendrier du benchmarking

Une démarche qui s'étend de Décembre 2014 à Juillet 2015 :



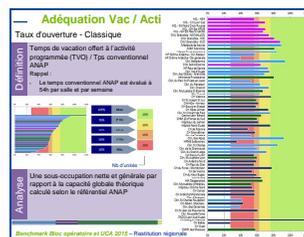
# Participation régionale UCA Bloc



Statut	Benchmark Bloc	Benchmark UCA	Benchmark Bloc et UCA
CHU	<b>3</b> (2 en 2012)	<b>2</b> (2 en 2013)	<b>2</b>
CH	<b>24</b> (29 en 2012)	<b>23</b> (24 en 2013)	<b>22</b>
Privé	<b>22</b> (28 en 2012)	<b>22</b> (31 en 2013)	<b>21</b>
ESPIC	<b>10</b> (7 en 2012)	<b>8</b> (6 en 2013)	<b>8</b>
Total	<b>59</b>	<b>55</b>	<b>53</b>

# 4 niveaux de restitution

**Synthèse régionale avec la comparaison de tous les ES entre eux**



Liste de tous les ES, avec leur résultat par indicateur rapporté aux médianes

**Fiches ES pour leur bloc(s) et pour leur(s) UCA**



Fonctionnement du bloc  
Maturité organisationnelle  
Fonctionnement de l'anesthésiologie

**Fiches ES détaillées par spécialité, au sein du bloc**



Dialogue avec chaque praticien sur son périmètre, sur l'occupation de ses vacations  
Durées d'intervention par type d'acte

**Fiches focalisées sur les principaux actes de chaque spécialité**



Recours à l'ambulatoire  
Pratiques d'anesthésie et prémédication  
Durées, appel de la veille et du lendemain, ...

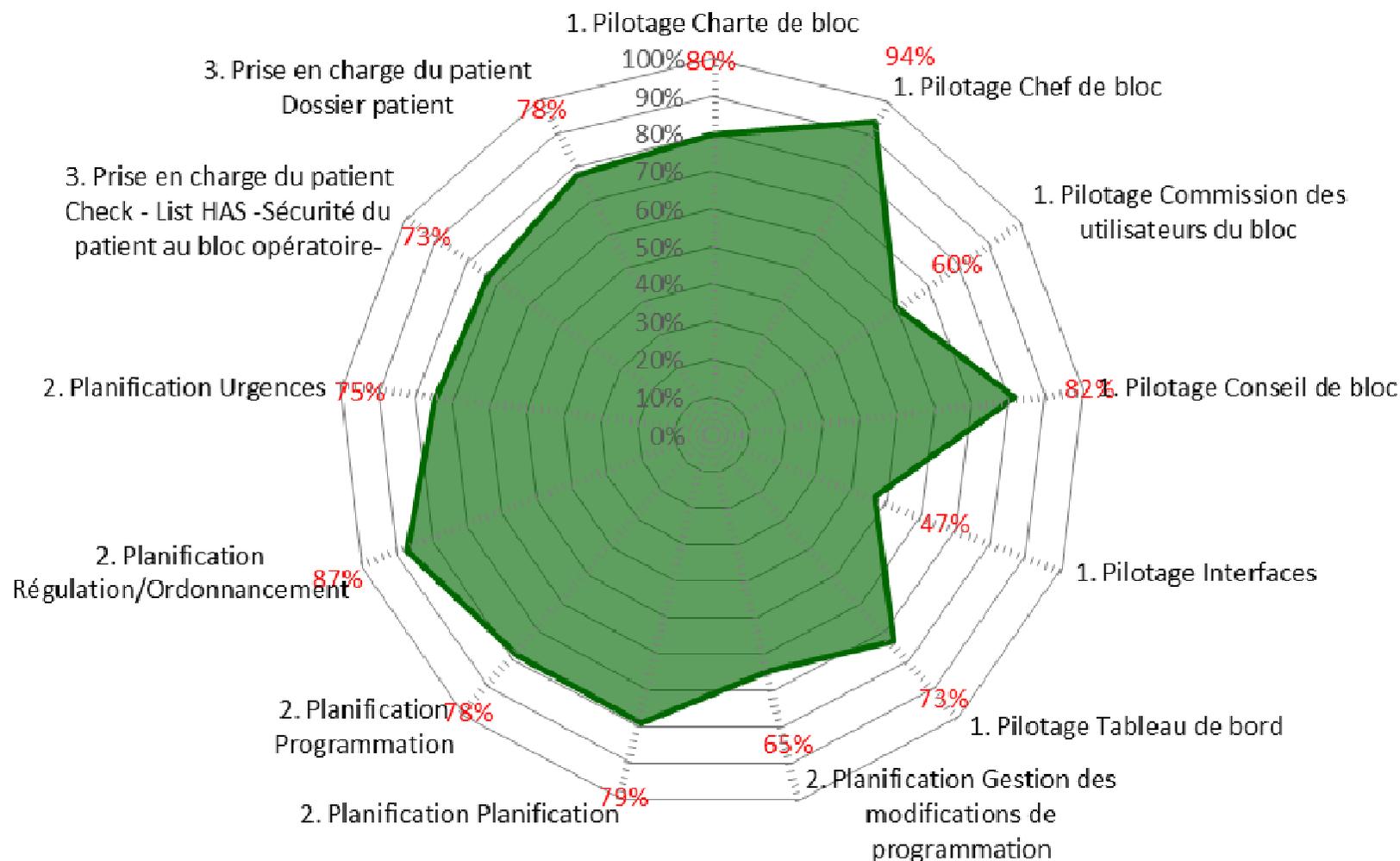


# — BLOC



# Focus organisation

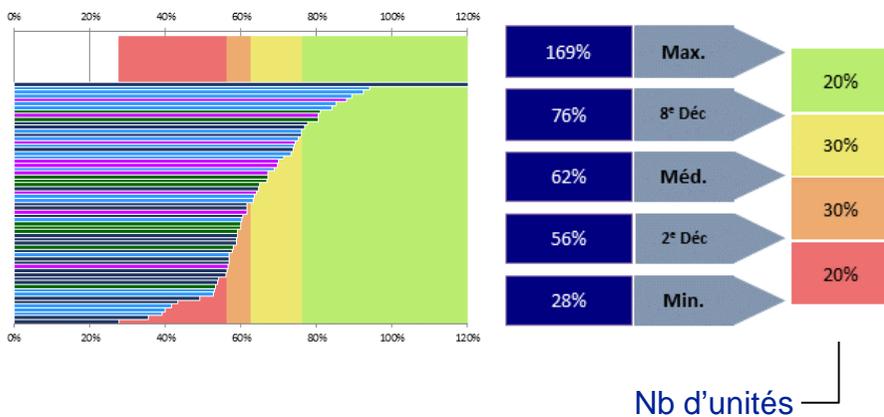
## QUE RETENIR?



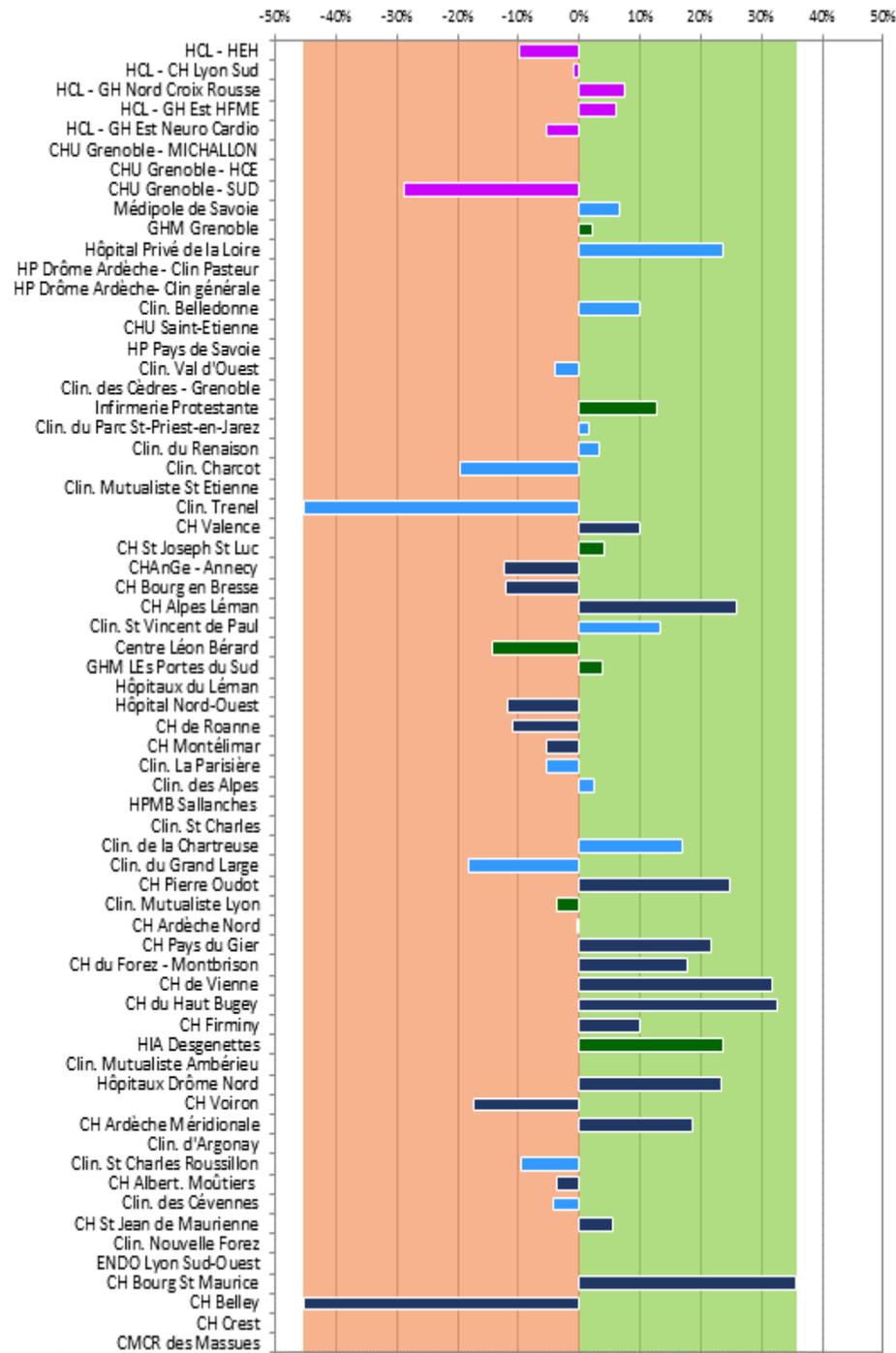
# Adéquation Vac / Acti

## Taux d'ouverture - Evolution 2012 - 2015

**Définition** Evolution du taux d'ouverture entre 2012 et 2015 (en pourcentage du taux d'ouverture 2012)



**Analyse** Une relative stabilité à l'échelon régional



# Adéquation Vac / Acti

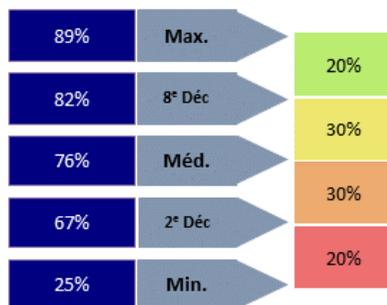
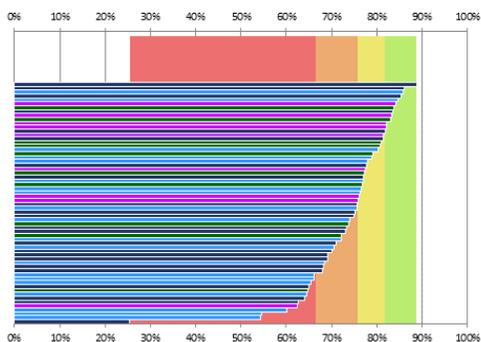
## Taux d'occupation Evolution 2012 - 2015

### Définition

Evolution du taux d'occupation entre 2012 et 2015

Remarque :

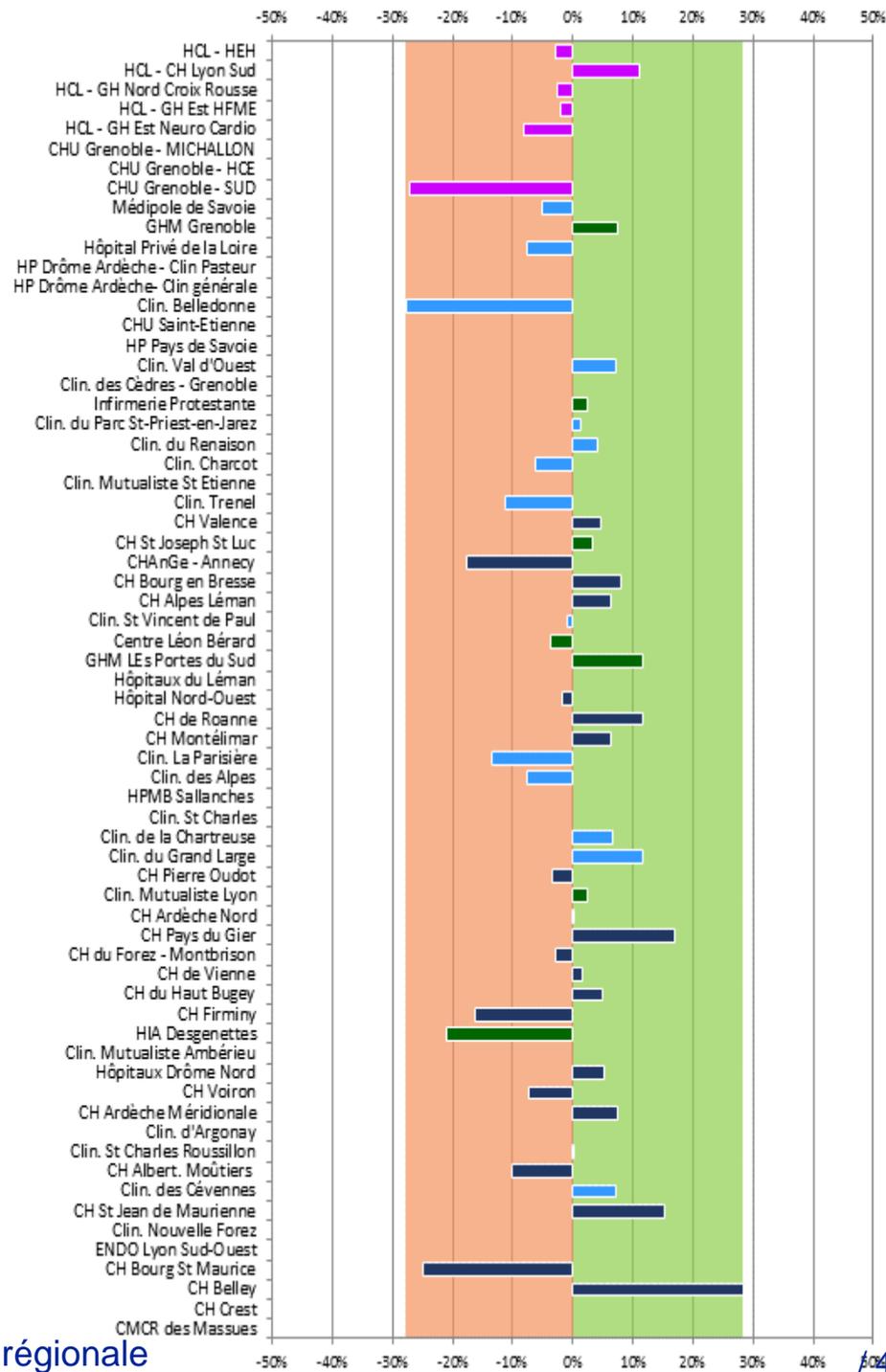
- Indicateur évalué en pourcentage du taux d'occupation 2012



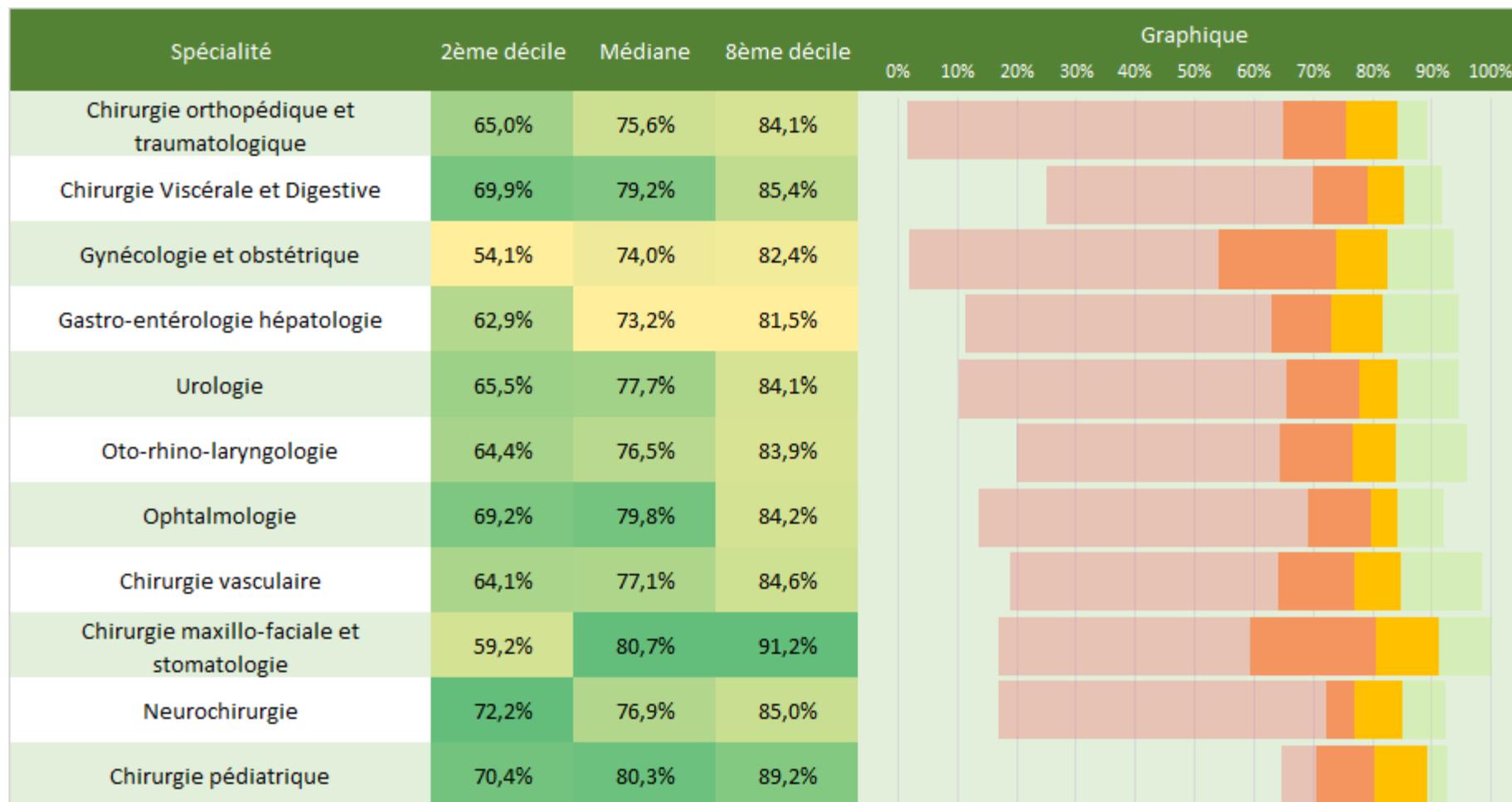
Nb d'unités

### Analyse

Une progression assez inégale des taux d'occupation sur la période selon les établissements



# Taux d'occupation par spécialité

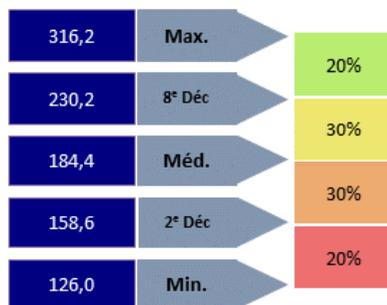
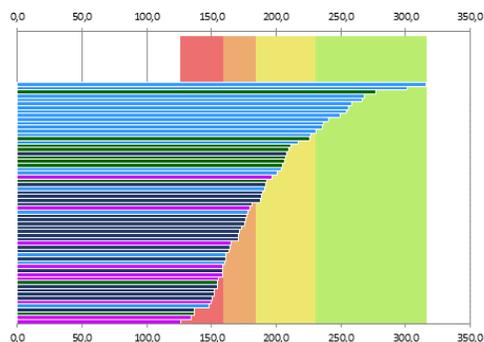


# Prise en charge

## ICR / H Tps Op – Evolution 2012 - 2015

Définition

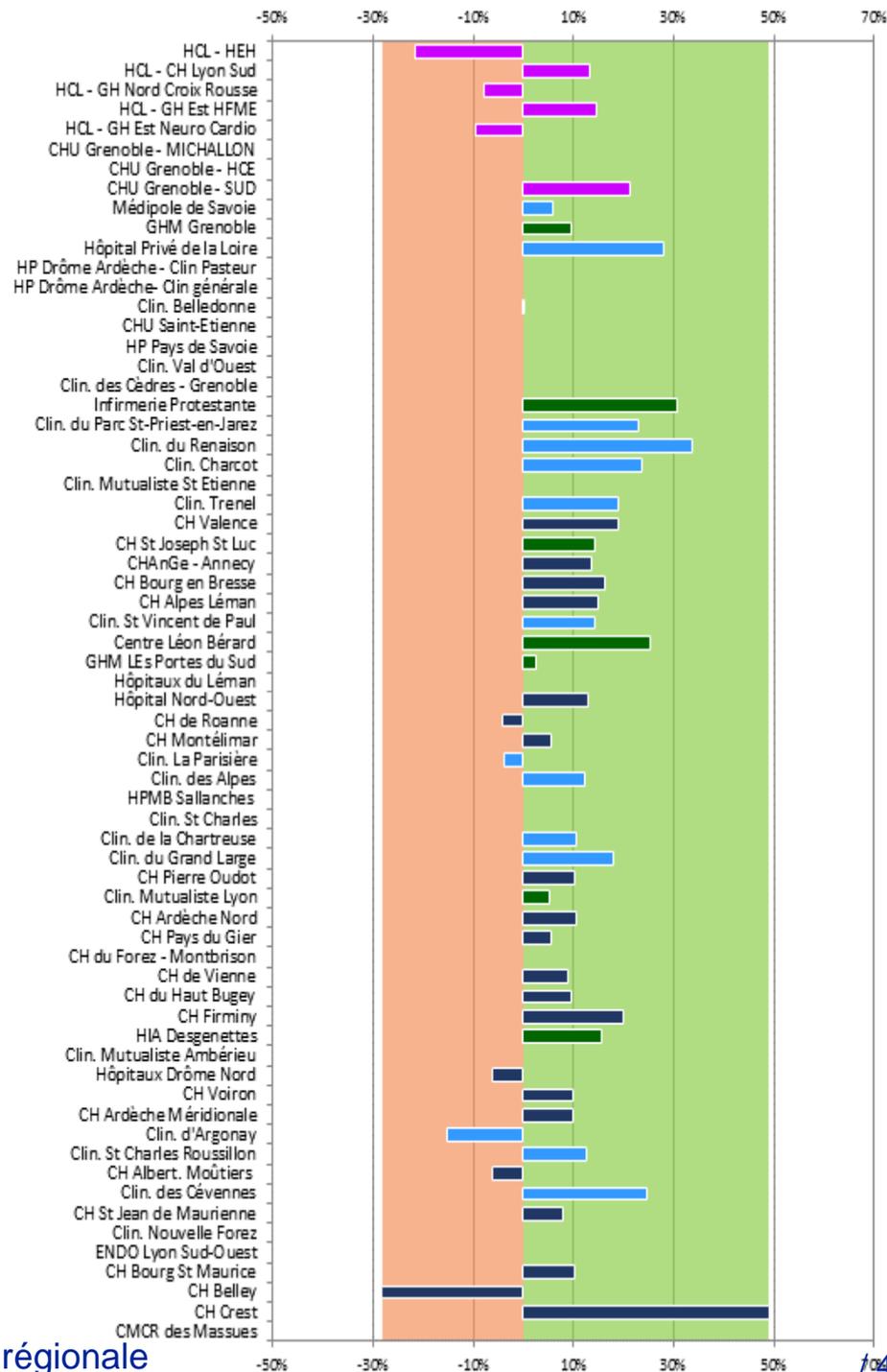
Evolution de l'indicateur ICR par heure de temps opératoire entre 2012 et 2015.



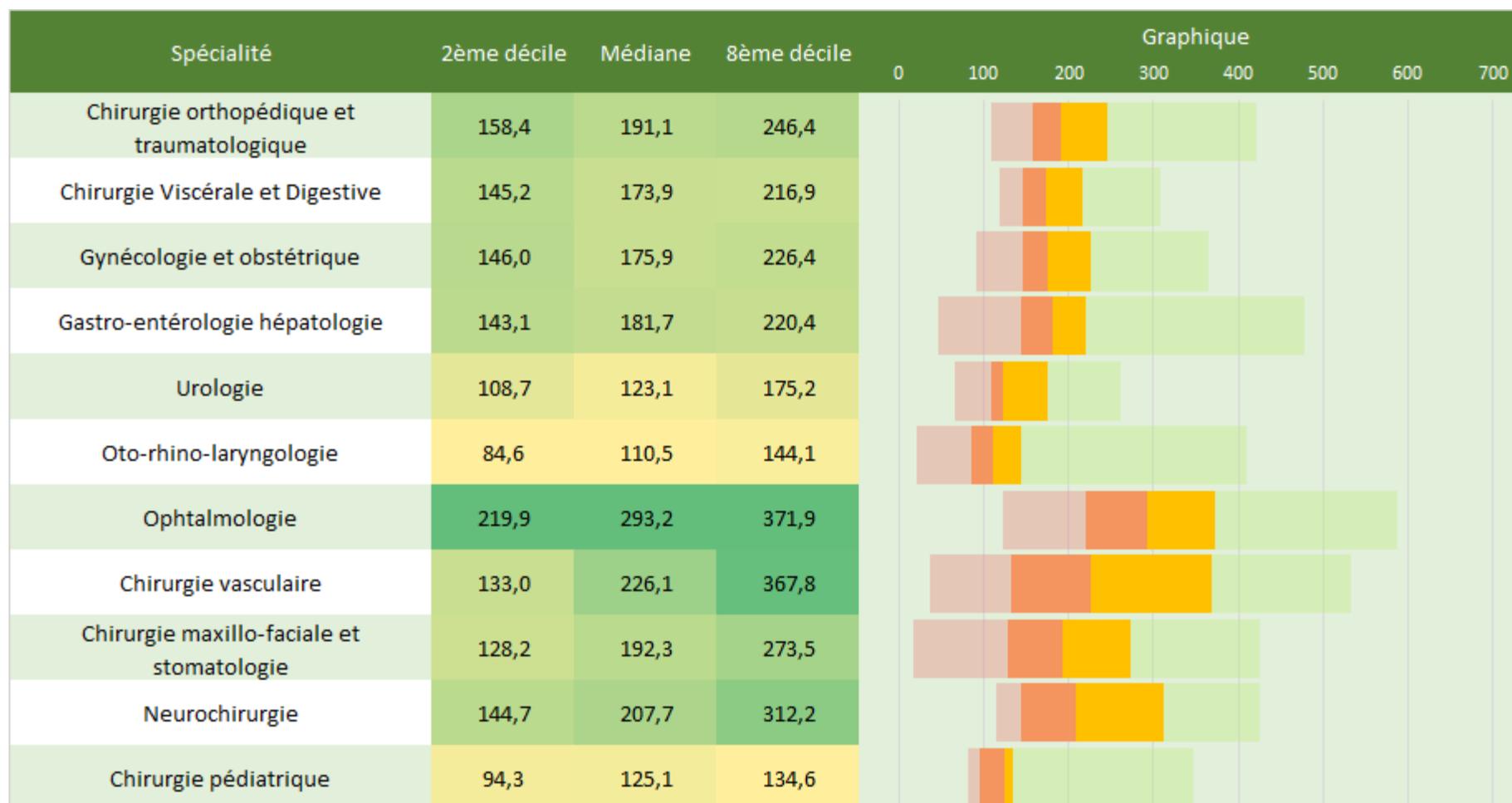
Nb d'unités

Analyse

Une croissance modérée mais très majoritaire de cet indicateur



# ICR / Heure de tps opératoire par spécialité



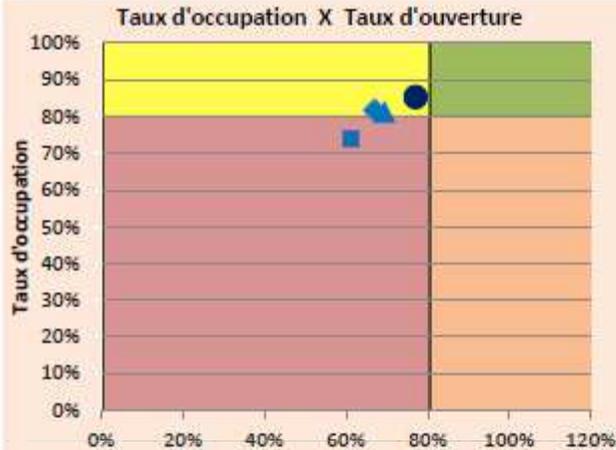
— **BLOC : DANS LES FICHES  
INDIVIDUELLES PAR ES**





Etab	
Site	

Evolutions des indicateurs du bloc opératoire (historique benchmark)



Page Evolution

LEGENDE : *		Mars 2015*	Mars 2015**	Mars 2012	Mars 2010	Mars 2008
* : Toutes salles (Hors urgence, césariennes, fermées, autres)						
** : Salles classiques						
Périm.	Nombre total de salles	9	9	9	9	8
	Nb d'interventions sur la période	883	883	796	706	790
	Taux de programmation	85,2%	85,2%	85,7%	94,2%	
Taux	Taux d'ouverture	77,0%	77,0%	69,4%	67,0%	61,1%
	Taux d'occupation	85,3%	85,3%	81,3%	81,6%	73,7%
	Taux de débordement d'activité programmée	0,1%	0,1%			
	ICR / h de temps opératoire	159	159	132	148	49
Vacation	Temps Conventionnel ANAP	1944:00	1944:00	1944:00	1944:00	2160:00
	TVO	1496:25	1496:25	1349:00	1294:45	1319:40
	TROS (Temps d'occupation des vacances)	1276:04	1276:04	1096:42	1062:53	972:26
	Part activité programmée en vacation	90%	90%			
	Temps de vacation non utilisé (TNU)	220:21	220:21	252:17	7:30	347:14
	Taux de démarrage tardif	5%	5%	4%	6%	7%
	Taux de fin précoce	4%	4%	7%	6%	7%
	Taux de temps inter-interventions	6%	6%	7%	11%	0%
	Taux de vacances vides	N/A	N/A	1%	0%	0%
	Activité	Tps d'occupation total des salles (= Tps opératoire)	1439:04	1439:04	1231:03	1166:08
Dont débordement		1:41	1:41	69:08	98:44	106:39
Dont débordement d'activité prog.		0:56	0:56			
Dont activité de nuit (0h - 6h et 21h - 24h)		27:56	27:56	23:44	0:00	8:57
Dont orphelines		83:04	83:04	41:26	4:31	4:50
Dont activité en bloc fermé (Week-Ends, ...)		12:06	12:06			
% Débord. / Temps opératoire		0%	0%	6%	8%	10%
% Activité nuit / Temps opératoire		2%	2%	2%	0%	1%
% Orphelines / Temps opératoire		6%	6%	3%	0%	0%
% Acti. bloc fermé / Temps opératoire		1%	1%			
ICR	Nombre d'ICR produits	228521	228521	162813	172301	53524
	ICR / salle	25391	25391	18090	19145	6691
Salles d'urgences		Mars 2015	Mars 2012	Mars 2010	Mars 2008	
Urgences	Nb de salles de type "urg/cés"	2	2	1	2	
	Activité de jour (en heures, pour les 4 semaines)	21:00	N/A			
	Activité de nuit (en heures, pour les 4 semaines)	27:56	23:44			
	Taux d'occupation (ouverture 24h/24)	0%	N/A			
RH		Mars 2015	Mars 2012	Mars 2010	Mars 2008	
RH	Taux de mobilisation IBODE + IDE en salle	0,74	0,63	0,67		
	Taux de mobilisation IADE en salle	0,71	0,45	0,66		

Rappel :

- Tps conventionnel ANAP : Potentiel d'ouverture d'un bloc estimé à 54h hebdomadaire par salle (Soit 216h par salle sur la période)
- TVO : Somme des temps de vacances offerts au programmé
- activité globale : Somme des durées de toutes les interventions réalisées sur la période
- TROS : Somme des durées d'interventions réalisées dans des vacances au programmé
- TNU : Temps de vacances non utilisé (=TVO - TROS)
- ICR : Indice de coût relatif (équivalent relatif au coût RH + matériel que représenterait l'ensemble des interventions sur la période) (A chaque CCAM est attribué une valeur d'ICR)



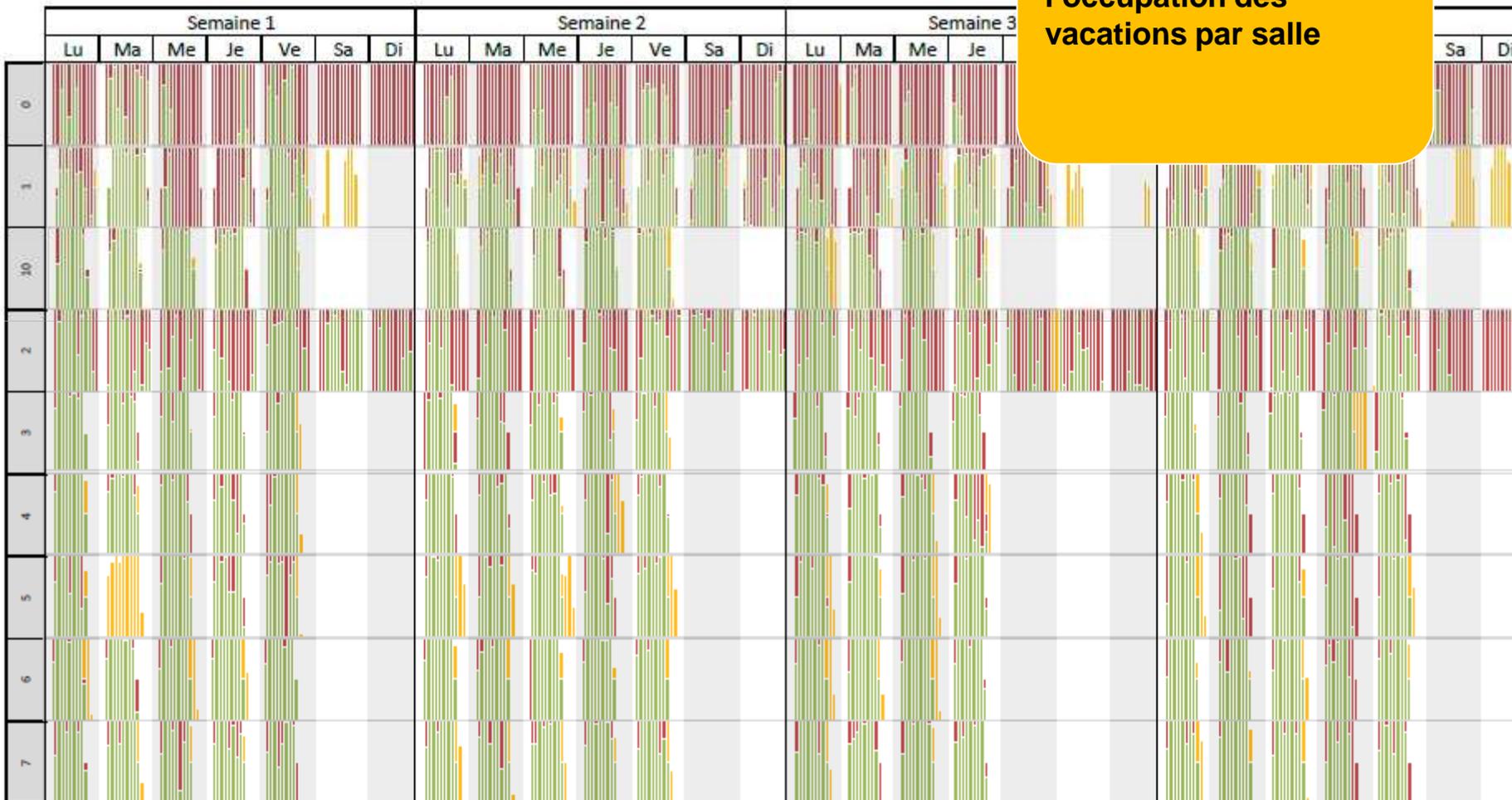
Etab	
Site	



### Analyse par jour, salle et tranche horaire (1/2)

Les graphes suivants représentent des nombres d'heures (d'occupation, d'ouverture, de temps hors vacation) par tranche horaire sur chacune des journées de la période de recueil (toutes salles confondues).

**Analyse détaillée de l'occupation des vacations par salle**





Etab	
Site	

Macro-Indicateurs Bloc Opératoire (données d'activité du 2 au 29 mars 2015)

Activité et Ressources (hors salles d'urgences et césariennes)

Salles	9	TVO	1496:25	Temps Opérateur	1439:04	Prés. IBODE + IDE	4126:56	92%
> dont classique	9	TVO d'Urgence	749:00	TROS	1276:04	Prés. IADE	2327:36	228 521
Interventions	883							

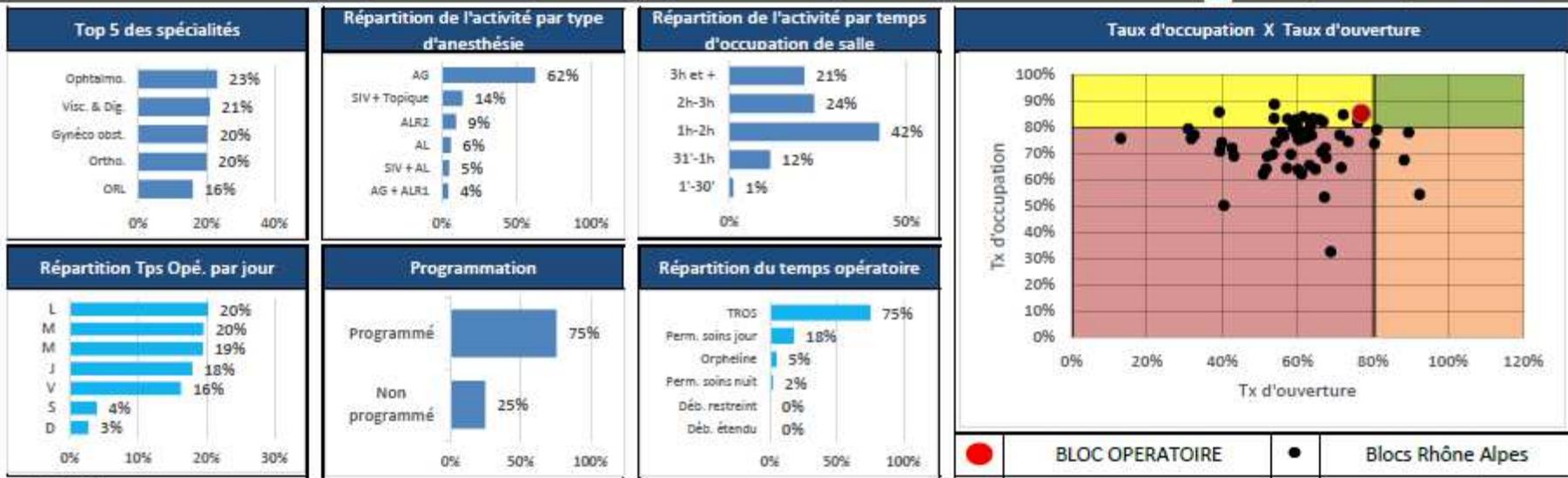
Page Macro indicateurs performance et Benchmarking

Indicateurs de performance benchmarkés (hors salles d'urgences et césariennes)

Indicateurs	2015	Graphique	Indicateurs	2015	Graphique
Tx d'ouverture (TVO / Tps ANAP)	77%		Taux de mobilisation IBODE + IDE en salle	0,74	
Tx d'occupation (TROS / TVO)	85%		Taux de mobilisation IADE en salle	0,71	
Tx de débordement d'activité programmée	0%		Durée moyenne en SSPI	1:45	
ICR / h Tps opératoire	3811		Nb heures présence IADE + IDE en SSPI / h Présence patient en SSPI	0,58	

Cartographie de l'activité

Pourcentage en Nombre de patients  
Pourcentage d'Heures de présence au bloc





Etab	
Site	

## Gains potentiels du temps d'occupation des salles par spécialité

**Explications :** Le tableau ci-dessous présente, pour chaque spécialité, les gains dont pourrait bénéficier l'établissement, si la durée des actes réalisée était égale à celle du 2<sup>e</sup> décile régional.  
**Méthodologie de calcul :** Tous les actes ayant été effectués au moins 3 fois au cours du benchmark (tous établissements confondus) sont considérés. 2 actes sont considérés comme similaires (si la durée est inférieure ou égale à la médiane), nous effectuons 2 types d'analyse :  
 - Sur gains identifiés : seuls les actes pour lesquels la durée moyenne de l'établissement est supérieure à la durée moyenne de la région sont considérés  
 - Tout confondu : tous les actes sont considérés, y compris ceux pour lesquels la durée moyenne de l'établissement est inférieure à la durée moyenne de la région. Sous cette hypothèse, il est possible d'obtenir des gains plus rapides que la région.

Dans les fiches

-Bloc : gain potentiel par spécialité

-- spécialité : Gain potentiel par acte

Spécialité (top 20)	Etablissement			Gains de temps (2 <sup>e</sup> décile régional)							
	Nb total d'interv. de la spé.	Durée tot. d'occ. des salles	% d'interv. avec comparaison possible	Sur gains identifiés		Tout confondu		Sur gains identifiés		Tout confondu	
				Temps optim.	Gain possible	Temps optim.	Gain possible	Temps optim.	Gain possible		
Ophthalmologie	183	146:28	86%	53:41	37%	53:41	37%	31:00	21%	29:49	20%
Chirurgie Viscérale et Digestive	166	307:50	63%	50:09	16%	49:09	16%	21:14	7%	16:35	5%
Gynécologie et obstétrique	161	209:18	66%	36:18	17%	35:45	17%	14:52	7%	11:04	5%
Chirurgie orthopédique et traumatologique	158	296:23	70%	92:52	31%	92:49	31%	59:49	20%	58:27	20%
Oto-rhino-laryngologie	126	148:39	53%	23:01	15%	19:51	13%	11:09	8%	2:13	1%
Urologie	86	136:25	59%	23:33	17%	23:04	17%	11:02	8%	8:55	7%
Chirurgie pédiatrique	68	119:23	65%	30:00	25%	29:58	25%	19:03	16%	18:34	16%
Neurochirurgie	39	79:12	36%	2:53	4%	2:40	3%	1:38	2%	-1:05	-1%
Cardiologie interventionnelle et maladies vasculaires	30	39:34	27%	2:04	5%	1:02	3%	0:57	2%	-0:31	-1%
Anesthésiologie réanimation	23	23:09	30%	1:30	6%	1:30	6%	0:20	1%	0:20	1%
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	10	8:12	30%	0:46	9%	0:46	9%	0:17	3%	0:17	4%
Gastro-entérologie hépatologie	10	14:09	70%	4:38	33%	4:38	33%	2:38	19%	2:38	19%
Autres	1	7:45	0%	0:00	0%	0:00	0%	0:00	0%	0:00	0%
<b>TOTAL</b>	<b>1061</b>	<b>1536:27</b>	<b>64%</b>	<b>321h28</b>	<b>21%</b>	<b>314h58</b>	<b>20%</b>	<b>174h02</b>	<b>11%</b>	<b>148h54</b>	<b>10%</b>
<b>Equivalent en nb de salles (en conservant le ratio TROS/TVO de l'établissement):</b>				<b>2,27</b>		<b>2,22</b>		<b>1,23</b>		<b>1,05</b>	



Etab		Spécialité	Oto-rhino-laryngologie
Site		Actes	



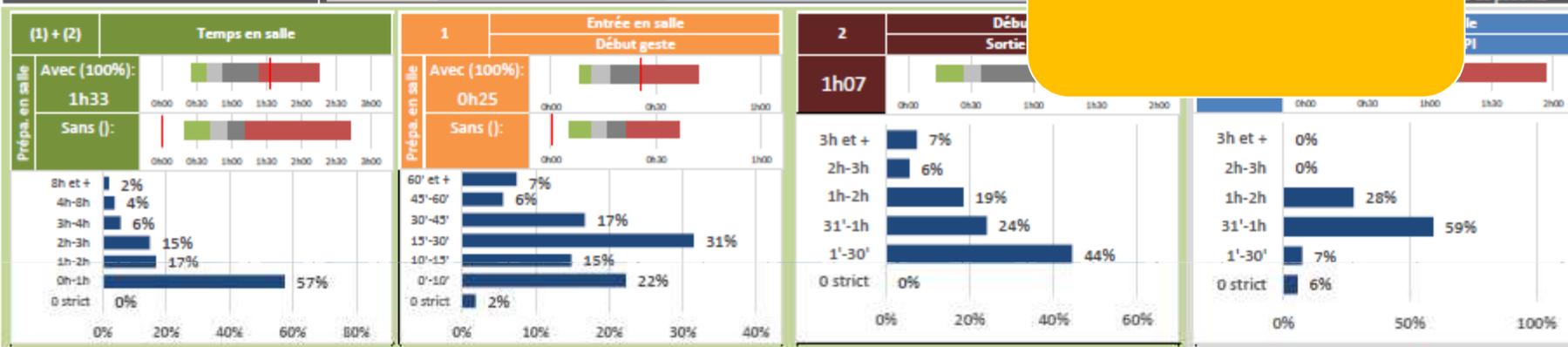
### Analyse des flux au bloc opératoire - Oto-rhino-laryngologie

Parcours patient global - Durée entre l'entrée en salle et la sortie de SSPI

54 interventions : 2h24

Médiane région\* : 1h52

**Analyse Gain potentiel par acte**



Parcours des patients passés par l'UCA (ou ayant fait un séjour de 0 nuit) - Durée entre l'entrée en salle et la sortie de SSPI

27 interventions : 2h37

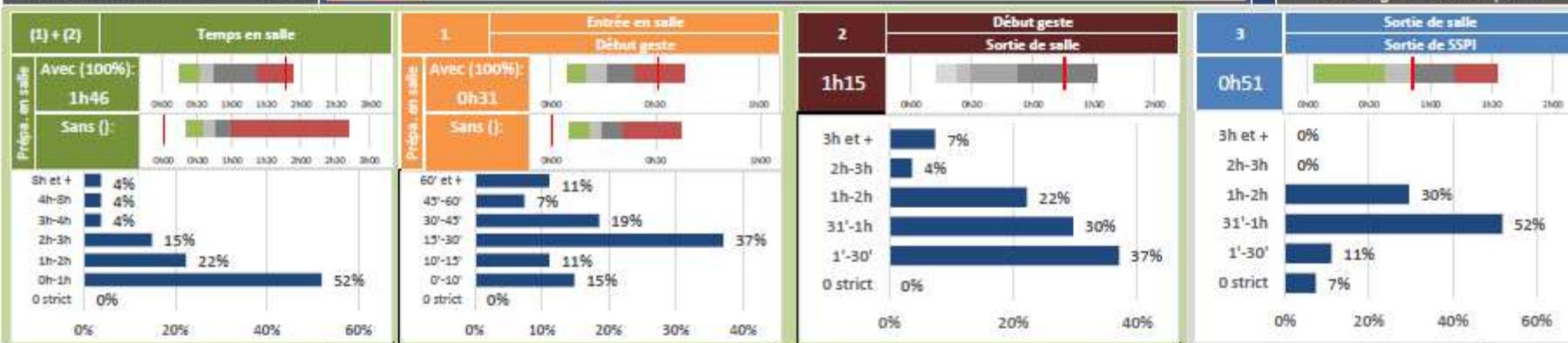
Médiane région\* : 1h39

ICR/inter: [Bar chart]

Légende graphique

\* Benchmark sur 81 blocs

Pourcentage en nombre de patients



# Prise en charge

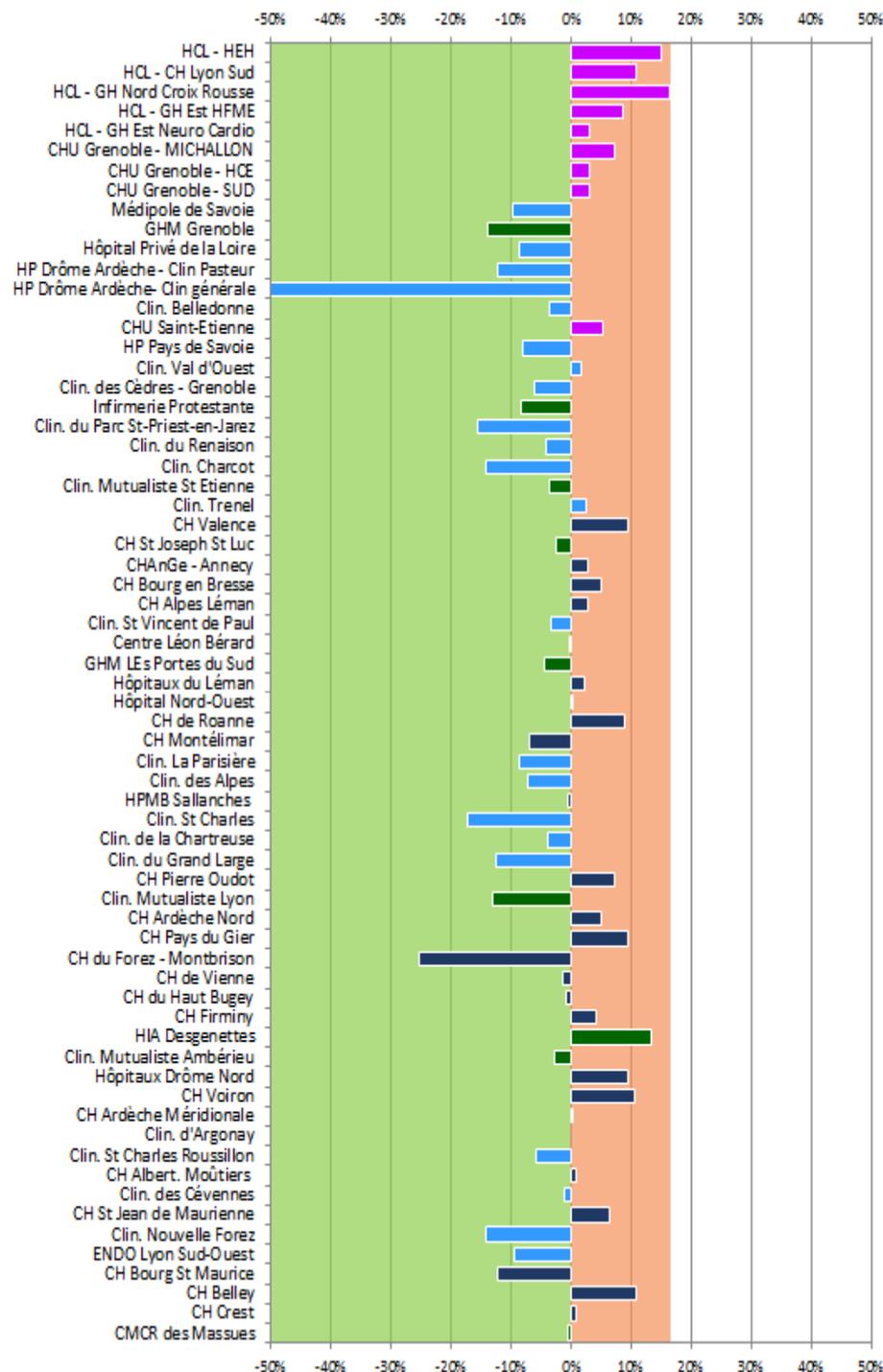
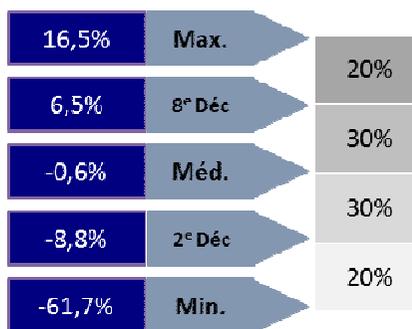
Gain potentiel en % du temps op.

## Définition

Gain potentiel en % du temps opératoire dans la situation où la durée des actes réalisés serait égale à la durée de la médiane régionale.

Remarque :

- Tous les actes ayant été effectués au moins 5 fois au cours de la période de recueil sont considérés
- Un gain négatif signifie que l'établissement réalise ses actes globalement plus rapidement que la médiane régionale





Etab
UCA

Période de recueil du 2 au 29 mars 2015

Spécialité	Gastro-entérologie hépatologie
Acte	HHQE002



Macro-Indicateurs UCA - Spécialité Gastro-entérologie hépatologie - HHQE002

Page analyses par acte (1/2)

Activité et Ressources

HHQE002

COLO. TOT. +FRANCHISSEMENT ORIFICE ILÉOCOLIQUE

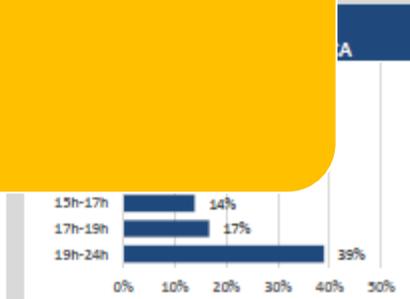
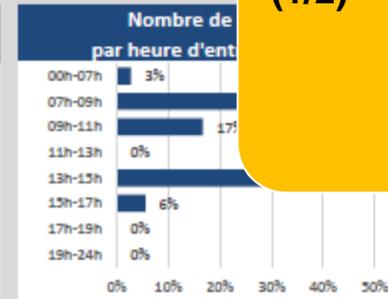
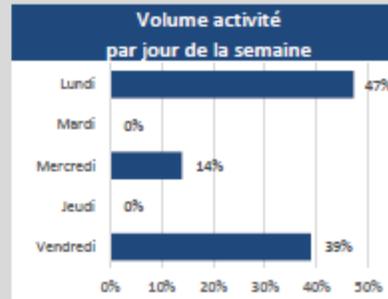
Valeurs cumulées sur 4 semaines

Activité

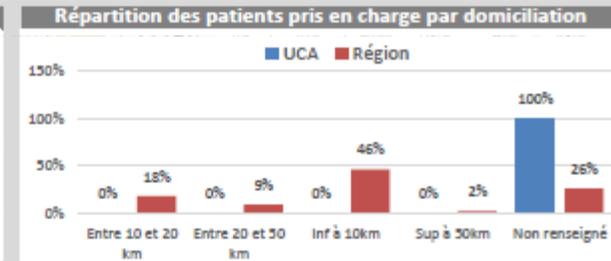
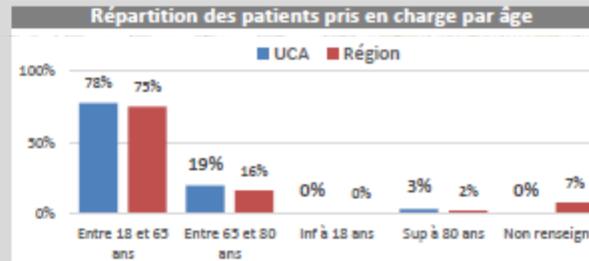
Nb de séjours total	36
Nb heures patients	146 h
% séj. sans acte CCAM	0%
% séjours / spé	27%

Durée de séjour moy.	5:31
Durée pré-bloc moy.	1:12
Durée au bloc moy.	1:27
Durée post-bloc moy.	2:52

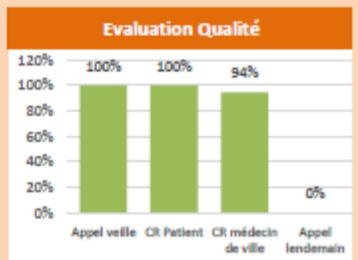
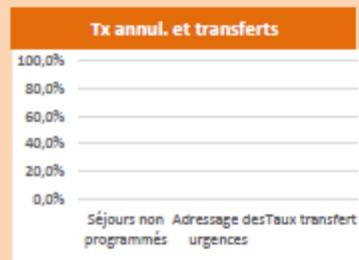
Analyse de l'activité



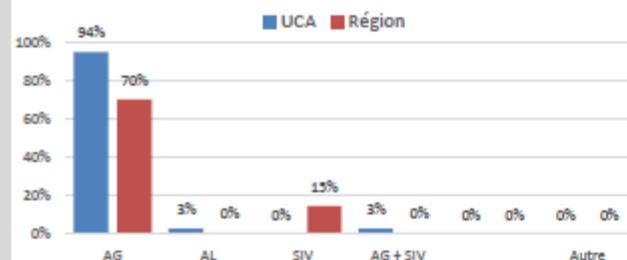
Profil des patients en charge



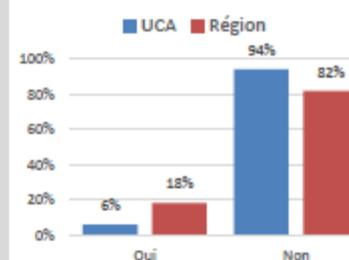
Evaluation organisation



Type d'anesthésie (Top 5)



Prémédication





Etab  
UCA

Période de recueil du 2 au 29 mars 2015

Spécialité  
Acte

Gastro-entérologie hépatologie  
HHQE002



Macro-Indicateurs UCA - Spécialité Gastro-entérologie hépatologie - H

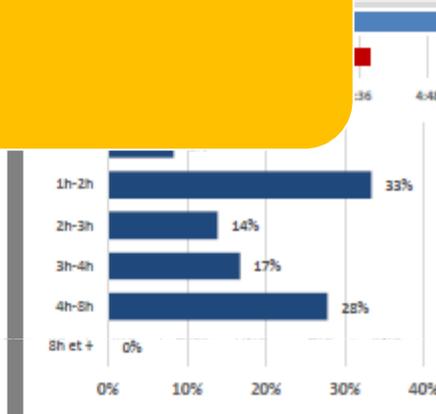
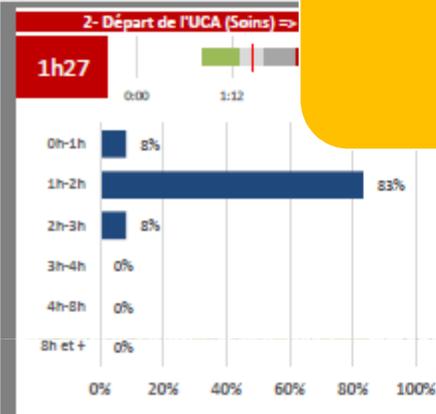
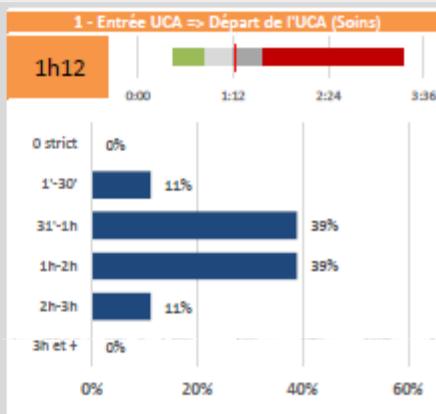
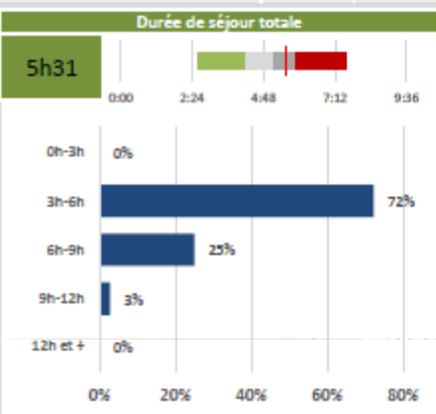
36 séjours UCA :

5h31

Médiane région :

5h08

Page analyses par acte  
(2/2)



36 Passages Bloc

1h27

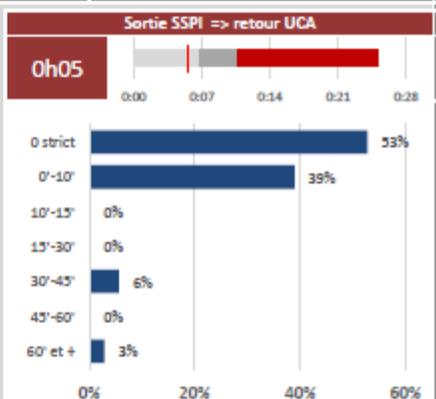
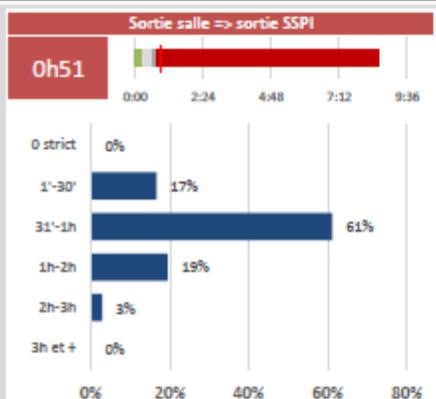
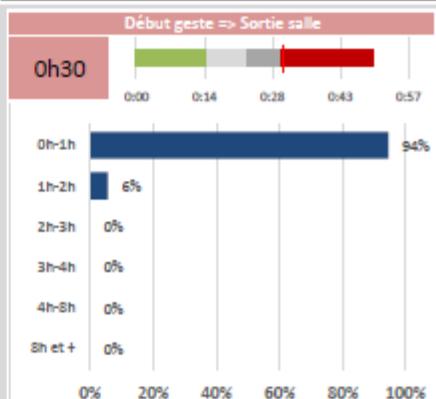
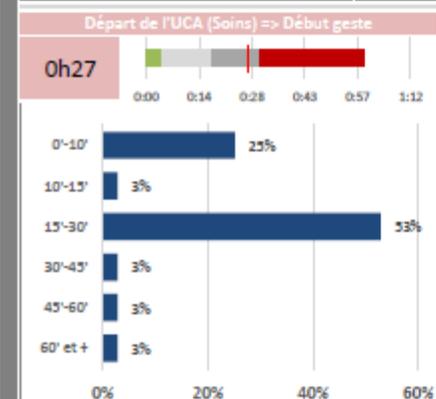
Médiane région :

1h25

Legende graphique

Pourcentage en nombre de patients

\*41 unités concernées



### QUE RETENIR?

- Une **activité chirurgicale en croissance** sur la région du fait surtout de la forte croissance de l'ambulatoire, sur un taux d'ouverture a peu près stable  
→ une **meilleure productivité par salles**
- Une **activité programmée dépassant les 80%** dans la grande majorité des établissements
- Une **sous-utilisation des blocs qui perdure** au regard de la capacité globale théorique selon le référentiel ANAP qui intègre par exemple une vacation le samedi matin qui est très peu utilisé
- **Des débordements encore conséquents** dans beaucoup d'établissements privés et publics, particulièrement en viscéral
- **Une réduction des démarrages tardifs** dans certains établissements mais ceux-ci persistent ailleurs surtout en orthopédie et en ophtalmologie

## — Durée de prise en charge

### QUE RETENIR?

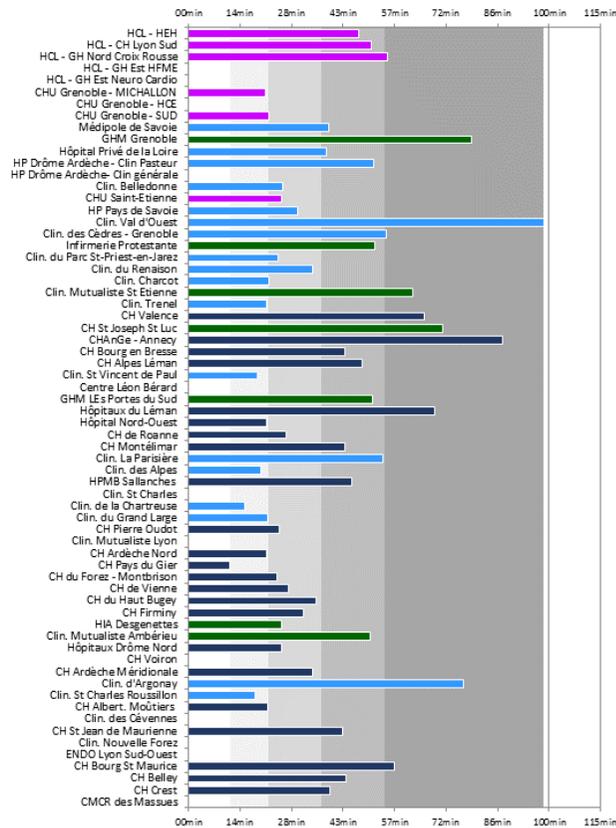
- Une croissance notable de l'ICR/Heure de temps opératoire surtout en ophtalmologie et en vasculaire: Evolution médicale et technologique?  
Variation épidémiologique? Effet « information médicale »....?
- Une forte variabilité de la durée moyenne du pré-geste: de 1 à 4 → une marge de progrès bien identifiée
- A l'échelon régional et en l'état de l'activité chirurgicale actuelle, une surcapacité identifiée pour l'échantillon d'au moins 25 à 30 salles

— **BLOC : NOUVEAUTE,  
LE FOCUS SSPI**

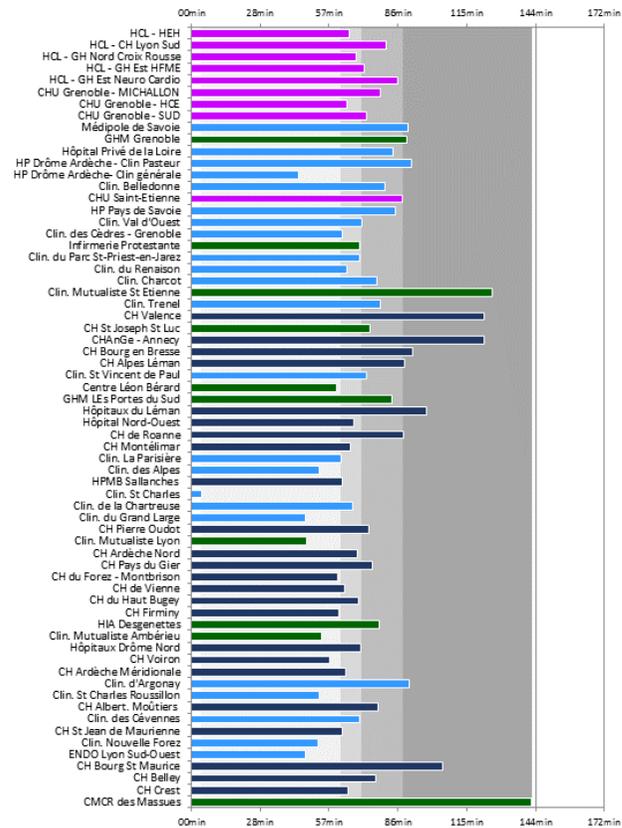


# Anesthésiologie et SSPI

## Durée moyenne en SSPI - ALR1



## Durée moyenne en SSPI - AG

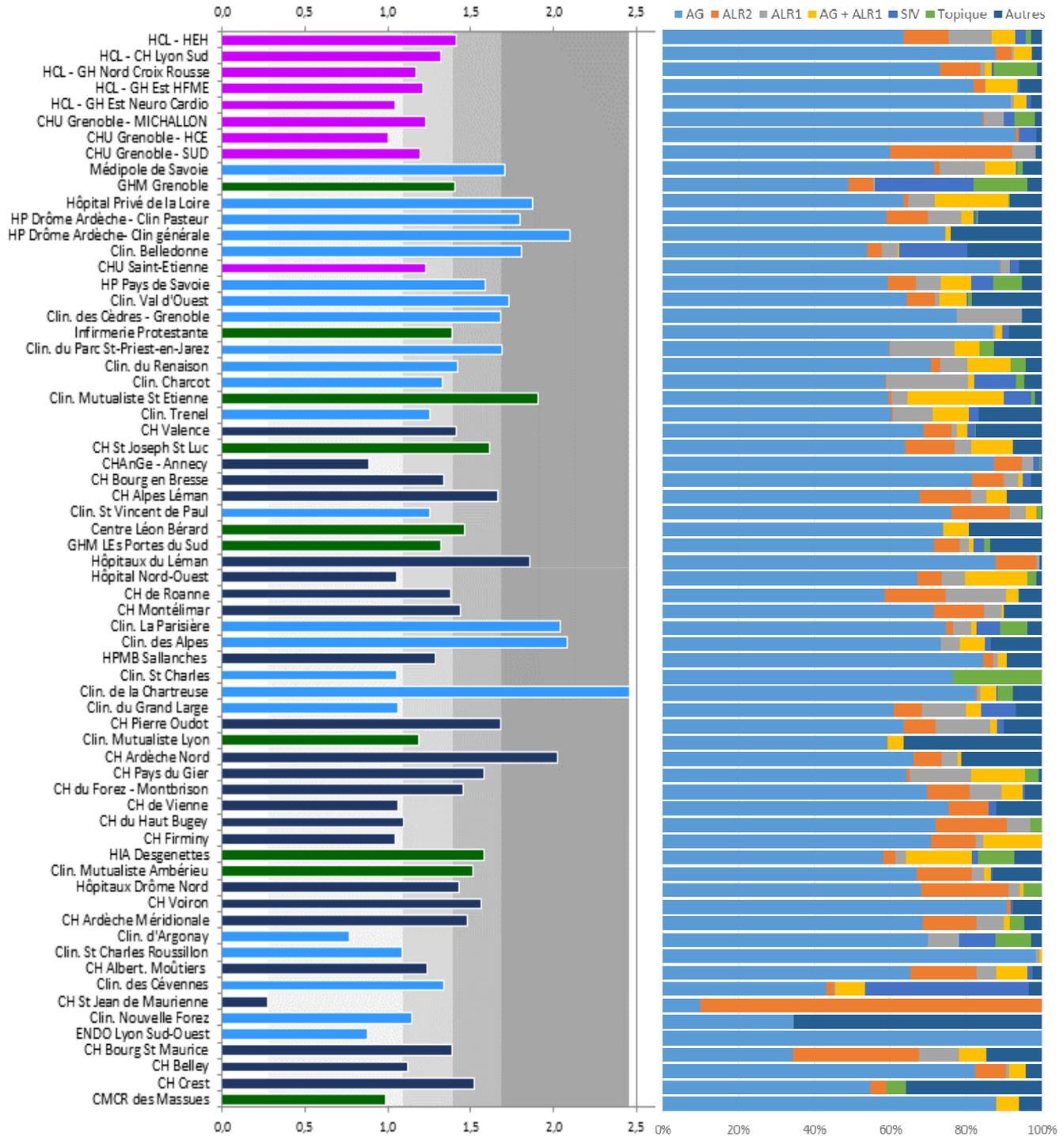
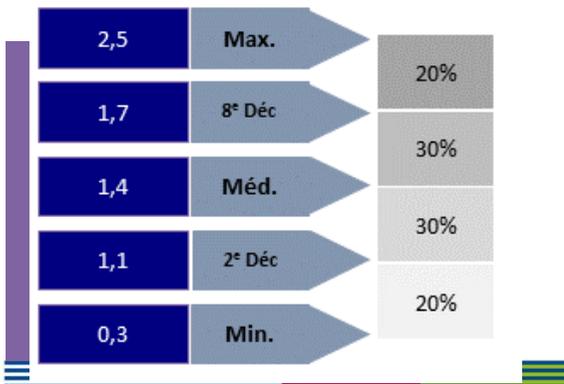
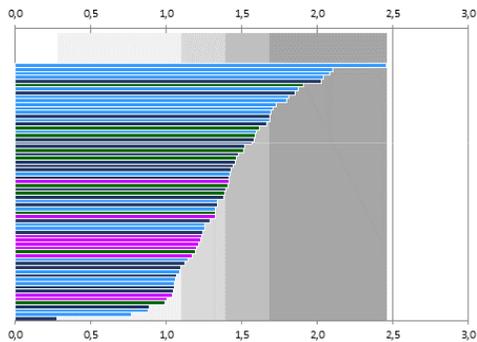


# Anesthésiologie et SSPI

## Nb de salles par MAR

Définition

Evaluation du nombre de salles sous surveillance MAR entre 9h et 10h



Benchmark Bloc opératoire et

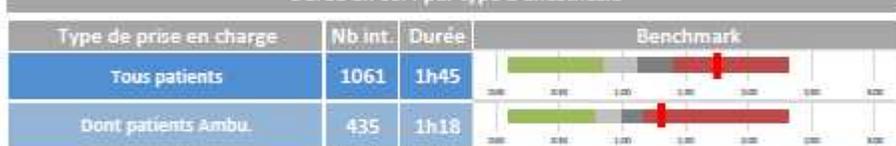


Etab	
Site	



### Analyse de l'anesthésiologie et de la surveillance post-interventionnelle

Durée en SSPI par type d'anesthésie



Top 3 anesthésies



Dans les fiches :  
 Analyse de  
 l'anesthésiologie et de  
 la surveillance post-  
 interventionnelle (SSPI)



Mobilisation de la ressource MAR en salle



## QUE RETENIR?

- Des taux d'équipements en SSPI assez proches dans tous les blocs ayant participé (rapport 1/1,5)
- Des ressources paramédicales déclarées au bloc opératoire assez semblables entre les différents statuts d'établissement, mais:
  - une présence effective en SSPI à l'heure de pointe différenciée
  - un **temps d'IADE/heure de temps opératoire nettement plus élevé dans les ES publics.**
- **Des modalités de surveillance post-opératoire très différenciées** dès qu'il ne s'agit plus d'Anesthésie générale: quelles sont les pratiques les plus adaptées?
- Une certaine hétérogénéité de la présence anesthésique ne dépassant pas sauf exception deux salles par MAR

— UCA

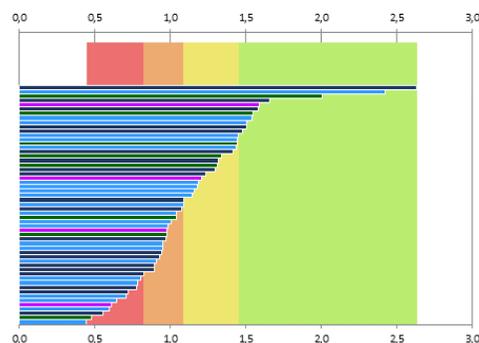


# Rotations

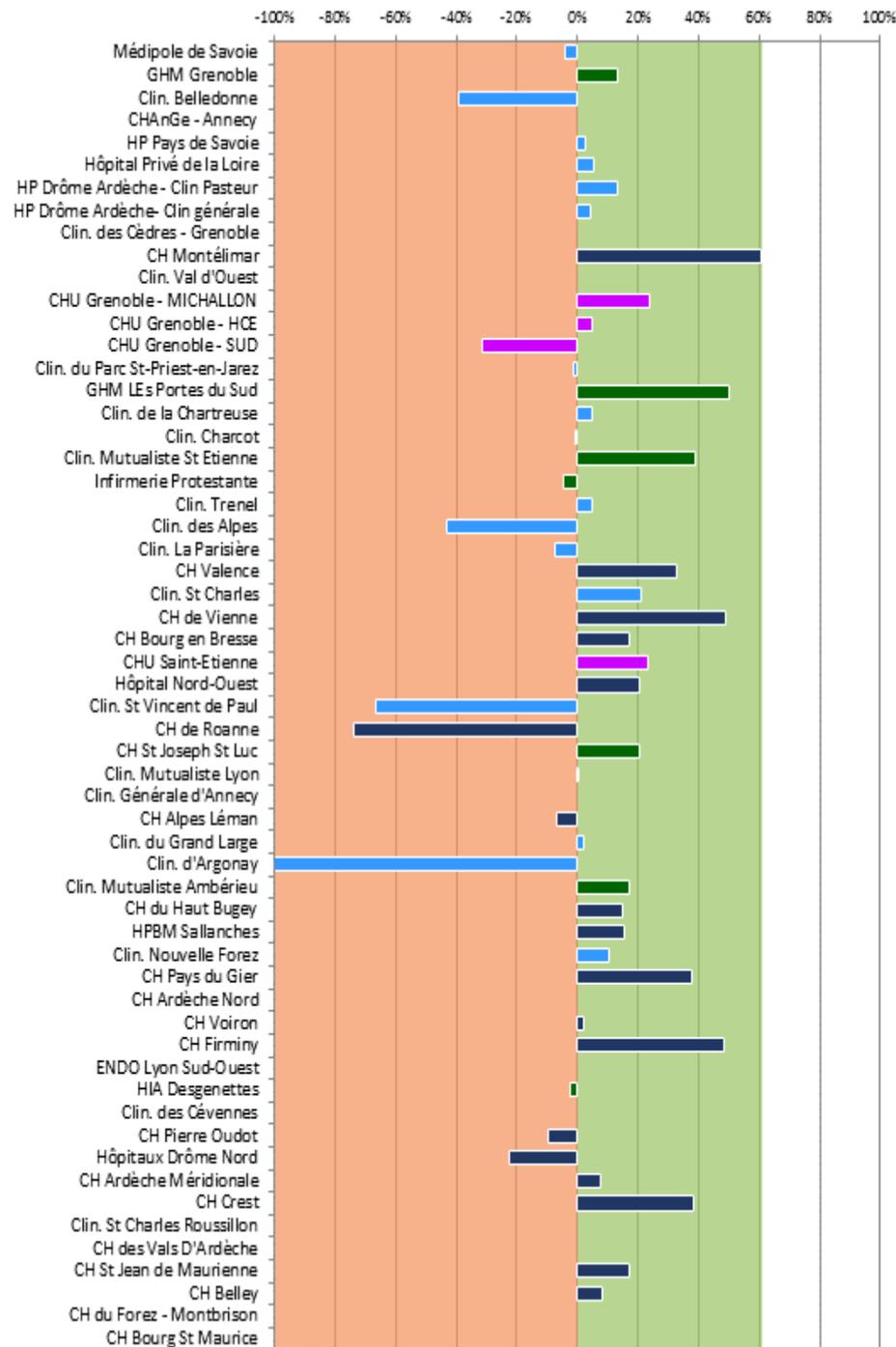
## Taux de Rotation - Evolution

Définition

Evolution du taux de rotation entre 2013 et 2015.



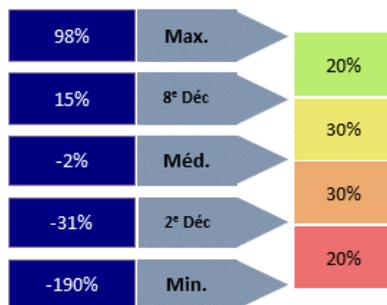
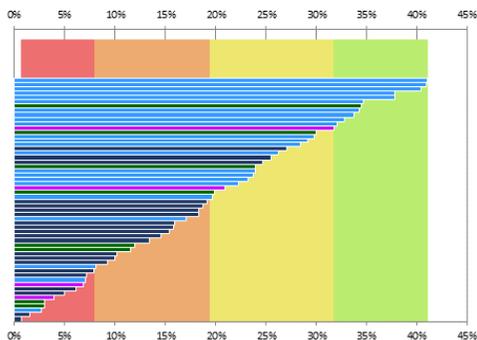
Nb d'unités



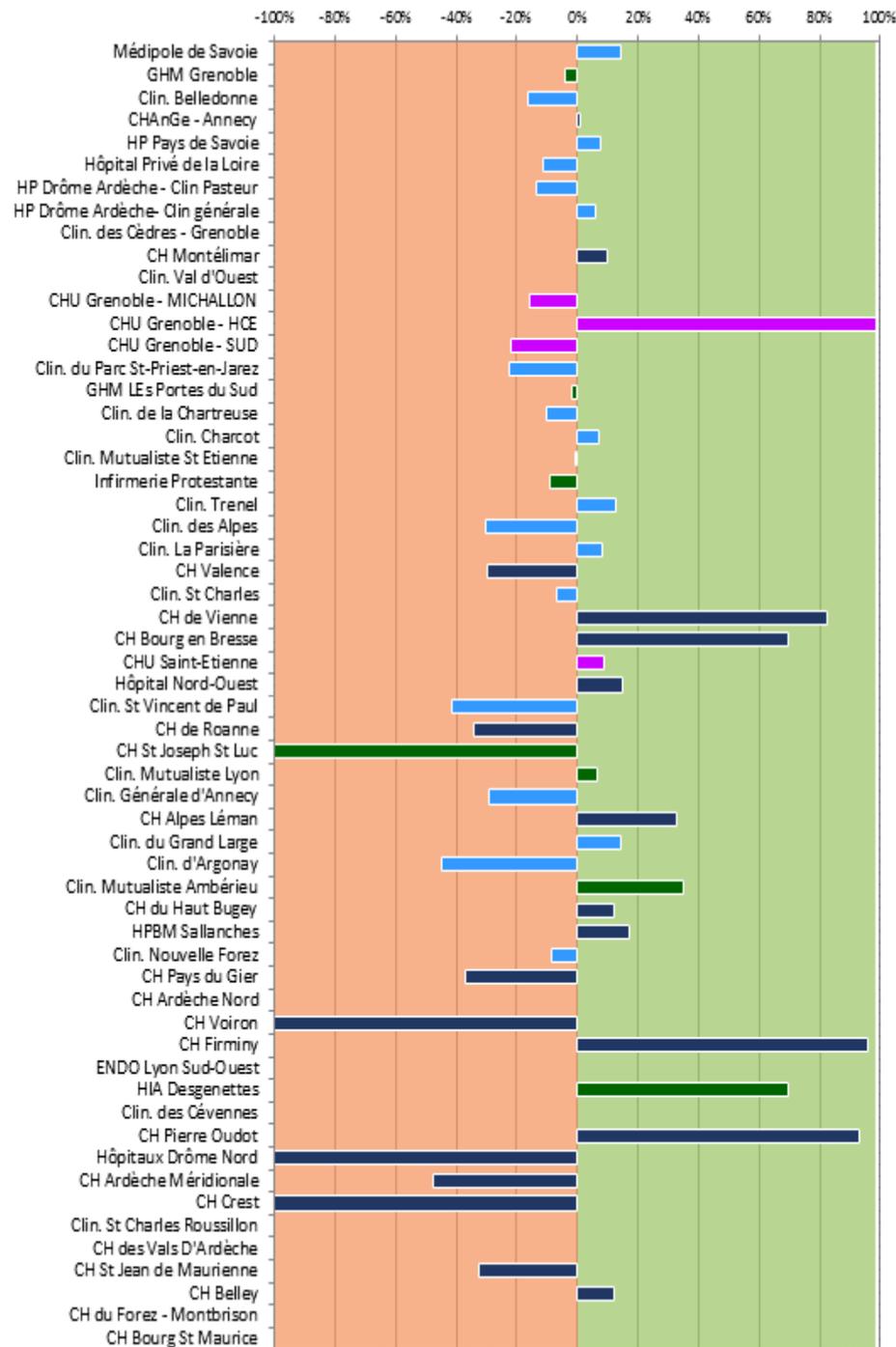
# Rotations

% séj. entrée > 11h - Evolution

Définition



Nb d'unités

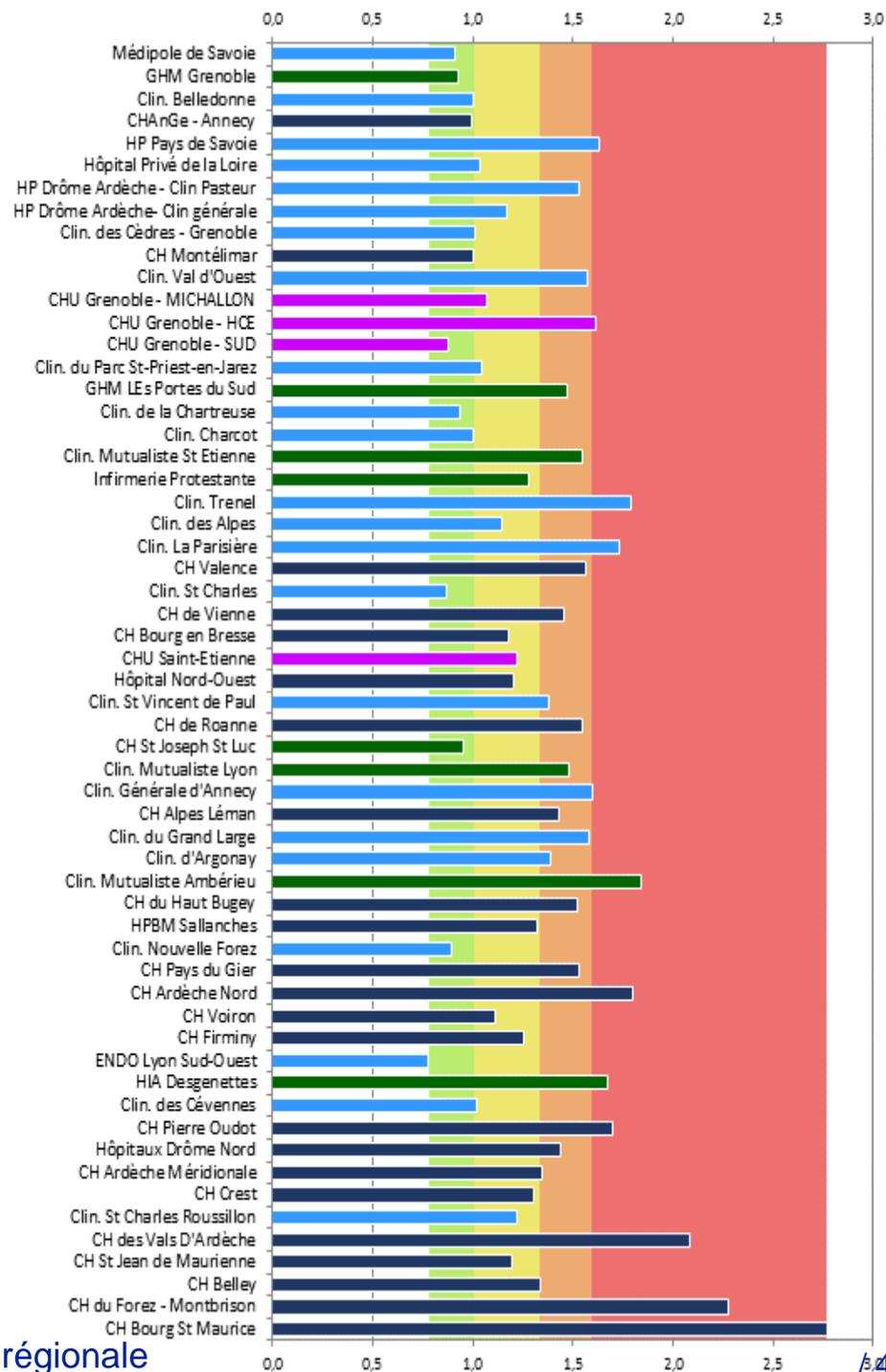


# Flux patient

Durée Moyenne pré-bloc

Définition

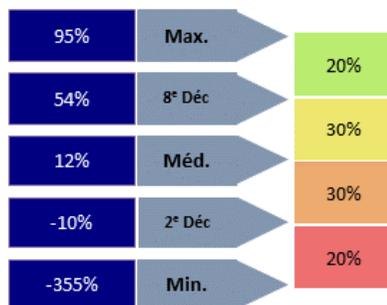
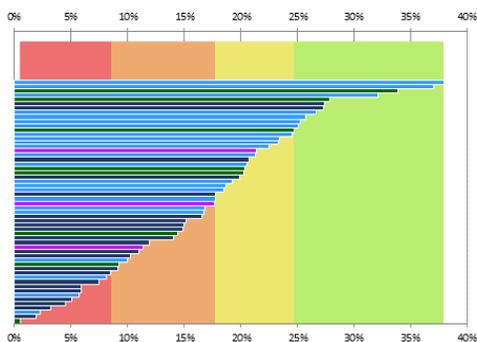
Nb d'unités



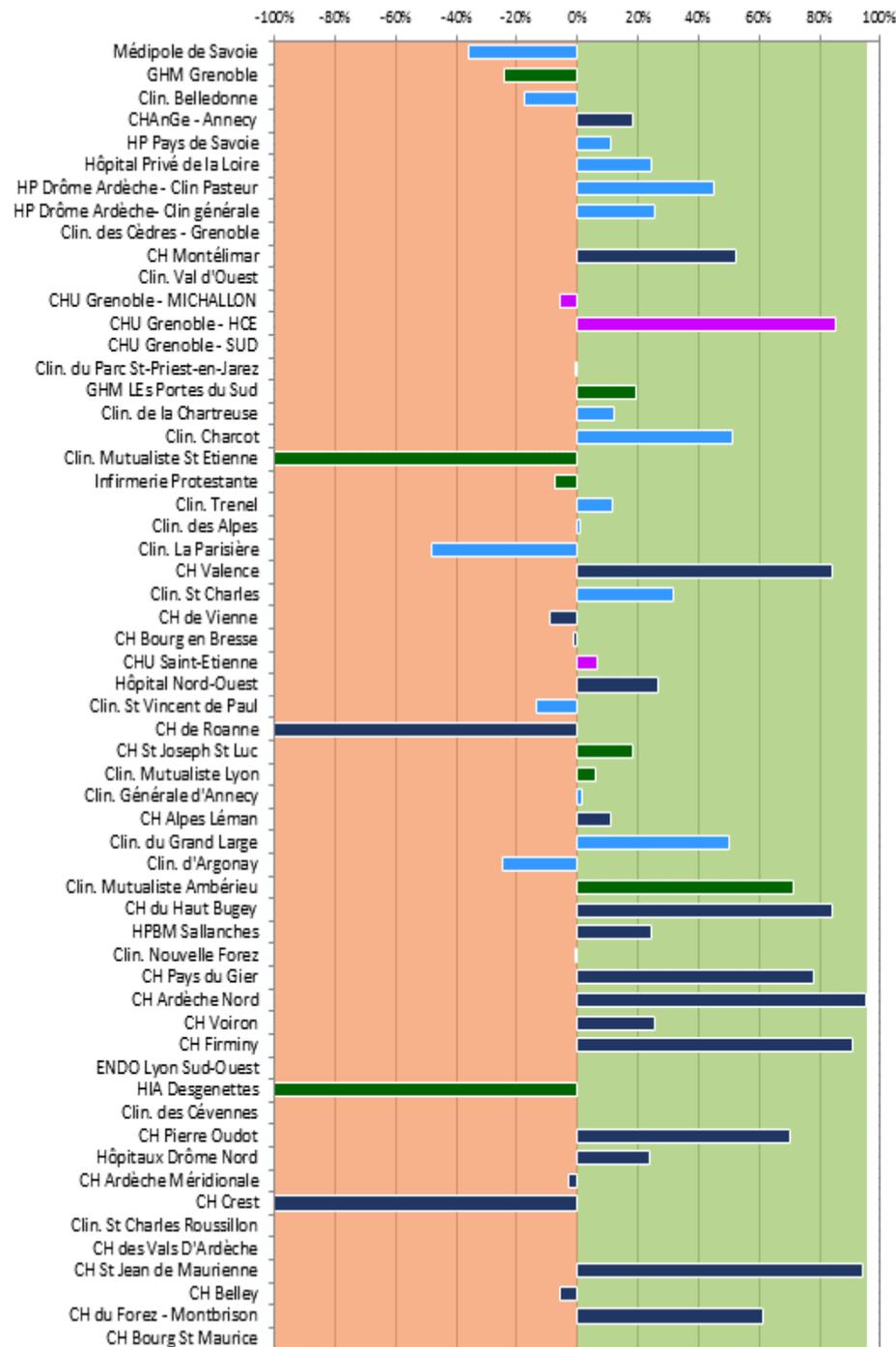
# Rotations

% séjours sortie avant 13h - Evolution

Définition



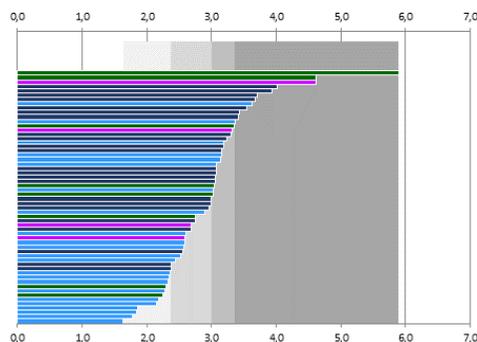
Nb d'unités



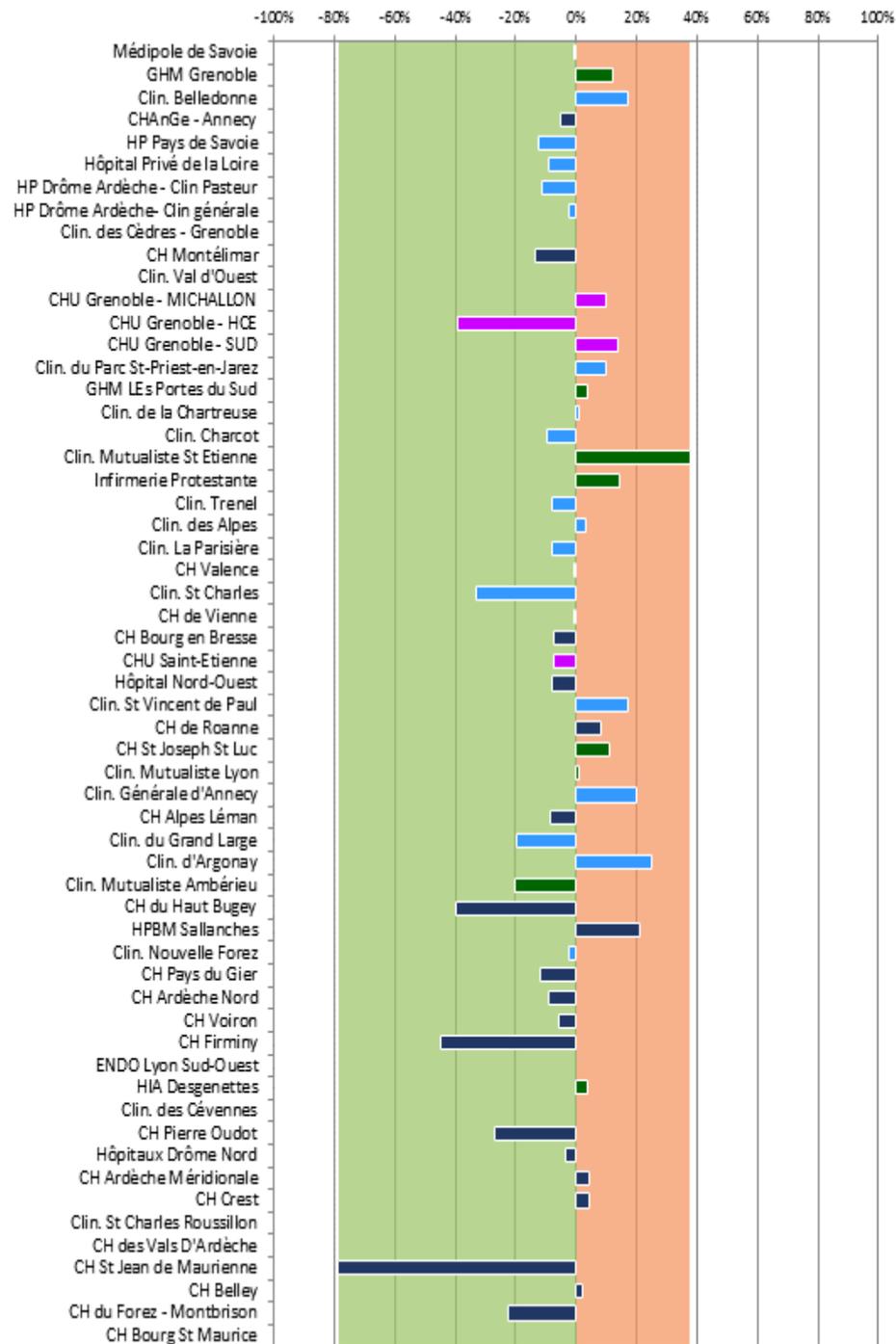
# Flux patient

## Durée Moyenne post-bloc - Evolution

Définition



Nb d'unités



## — Rotation au sein de l'UCA

### QUE RETENIR?

- Une nette progression du taux de rotation dans une majorité des établissements
- Des marges de progrès encore importantes dans beaucoup d'UCA au vu de la valeur moyenne du taux de rotation
- Sous réserve d'évolution du cadre physique et de l'organisation de certaines UCA: marche en avant, salons d'accueil et de sortie....

## — Le flux patient

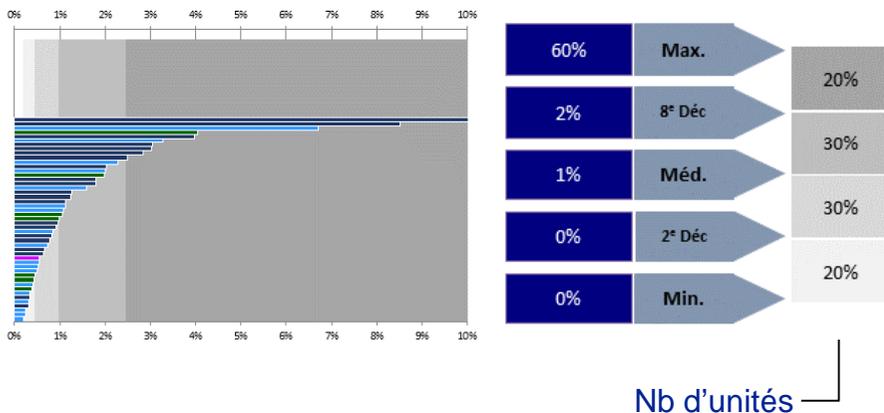
### QUE RETENIR?

- Des évolutions des valeurs moyennes régionales pas toujours significatives, d'autant que la croissance attendue de la substitution des interventions pratiquée antérieurement en HC augmente la durée moyenne de séjour en UCA (ex: la croissance des cholécystectomies en ambulatoire)
- Mais une **amélioration tendancielle incontestable** témoignant de la progression des organisations
- Des données très précises permettant à chacun d'identifier les points d'organisation perfectibles, en prenant en compte les types de chirurgies pratiquées

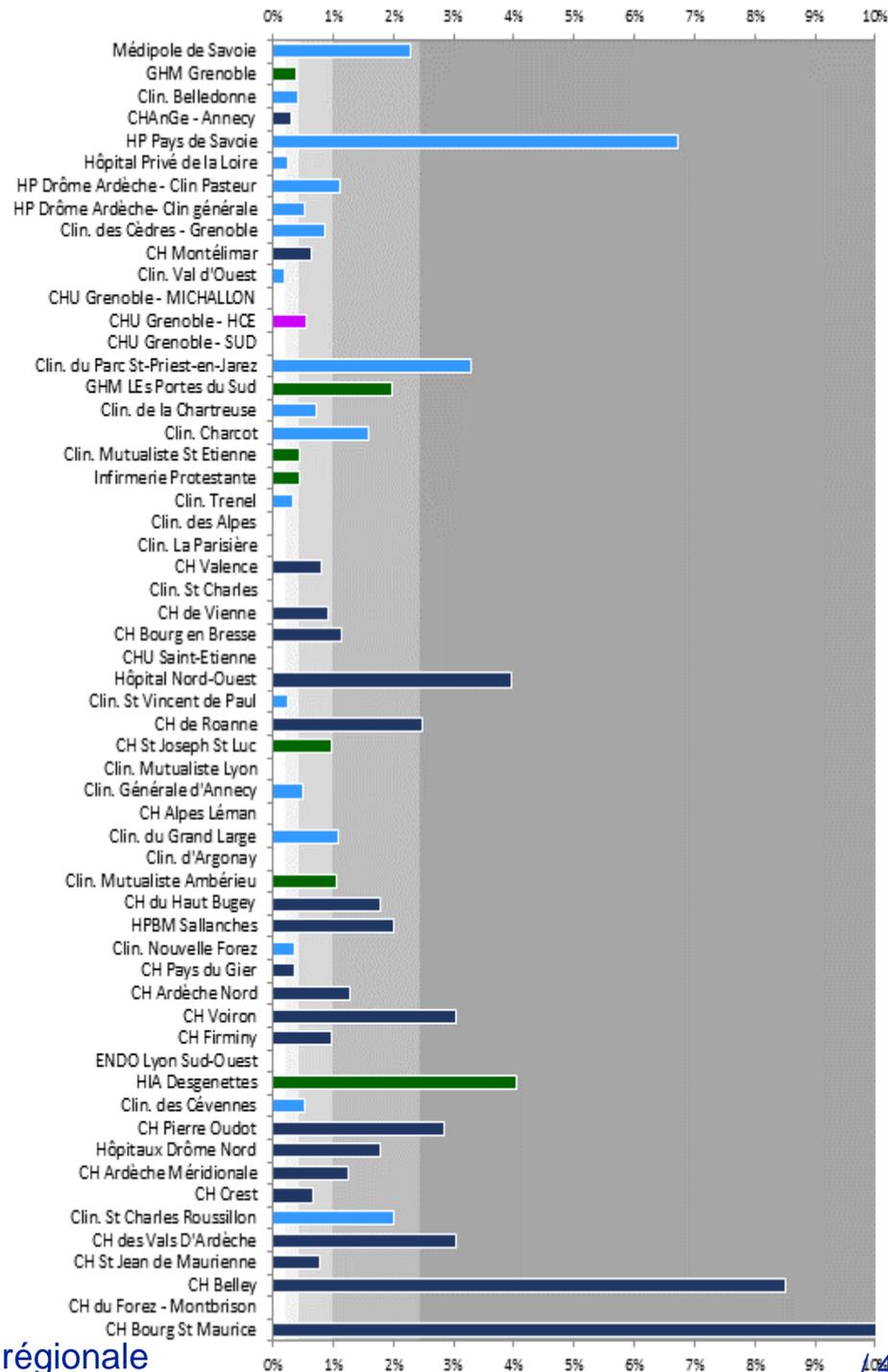
# Volume et Type acti.

## Taux de séjours non programmés

**Définition** Part des séjours non programmés (non prévus la veille au soir).



**Analyse** Des taux de PEC en ambulatoire des urgences qui se rapprochent des taux d'urgence, témoignant d'une évolution favorable des pratiques (*pris en compte dans l'évaluation par l'ARS des possibilités de substitution à l'horizon 2018*)



# Qualité – Appel de la veille et du lendemain

Spécialité / Acte	Cartographie des séjours	
	Appel de la Veille	Appel du lendemain
<b>Spécialité : Gastro</b> <b>Acte : COLO. TOT. +BAS-FOND CÆCAL SANS FRANCHISST ILÉOCOLIQUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun (aucune démarche réalisée)</li> <li>Non réponse avec message laissé</li> <li>Non réponse sans message laissé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun (pas d'appel passé)</li> <li>Echec (appel passé, non répondu)</li> <li>Succès (Appel passé et répondu)</li> </ul>
<b>Spécialité : Ophtalmo</b> <b>Acte : EXTR. EXTRACAPS. CRISTALLIN PHAKOÉMULS. +IMPLANT DS CHAMBRE POST. ŒIL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun (aucune démarche réalisée)</li> <li>Non réponse avec message laissé</li> <li>Non réponse sans message laissé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun (pas d'appel passé)</li> <li>Echec (appel passé, non répondu)</li> <li>Succès (Appel passé et répondu)</li> </ul>
<b>Spécialité : Ortho</b> <b>Acte : MÉNISCECTOMIE LAT/MÉDIALE GENOU A.SCOPIE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun (aucune démarche réalisée)</li> <li>Non réponse avec message laissé</li> <li>Non réponse sans message laissé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun (pas d'appel passé)</li> <li>Echec (appel passé, non répondu)</li> <li>Succès (Appel passé et répondu)</li> </ul>
<b>Spécialité : Chir. Maxillo Facial - Stomato</b> <b>Acte : AVULSION 4TROISIÈMES MOLAIRES RETENUES/À ÉTAT GERME</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun (aucune démarche réalisée)</li> <li>Non réponse avec message laissé</li> <li>Non réponse sans message laissé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun (pas d'appel passé)</li> <li>Echec (appel passé, non répondu)</li> <li>Succès (Appel passé et répondu)</li> </ul>
<b>Spécialité : Chir. Visc. et Digestive</b> <b>Acte : CURE UNILAT. 1H ING. +PROTH. AB. INGUINAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun (aucune démarche réalisée)</li> <li>Non réponse avec message laissé</li> <li>Non réponse sans message laissé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun (pas d'appel passé)</li> <li>Echec (appel passé, non répondu)</li> <li>Succès (Appel passé et répondu)</li> </ul>

## Pratiques organisationnelles et Innovation : Préparation du patient



Question	Non / Jamais	Partiellement / Parfois	Majoritairement / Souvent	Oui / Complètement / Toujours
L'UCA pratique la préadmission	14%	4%	20%	63%
La préadmission est réalisée le jour de la consultation de chirurgie ou d'anesthésie	4%	4%	31%	61%
L'UCA dispose d'un accueil administratif dédié	53%	NA	NA	47%
Pratiquez-vous l'appel de la veille ?	6%	10%	25%	59%
Existe-t-il un script d'appel type pour réaliser l'appel de la veille ?	10%	NA	NA	90%
Si une IDE est responsable de l'appel de la veille, existe-t-il un poste dédié à cette activité ?	44%	NA	NA	56%
Si l'appel de la veille n'est pas réalisé, utilisez-vous un autre moyen de rappel des informations au patient (ex : SMS, autre) ?	72%	16%	6%	6%

69 % IDE  
25% secrétaire  
4% AS  
1% Autre

Question	Non / Jamais	Partiellement / Parfois	Majoritairement / Souvent	Oui / Complètement / Toujours
Les patients sont responsabilisés pour réaliser eux même l'appel de la veille	75%	18%	6%	2%
Un passeport ambulatoire existe et est remis à chaque patient adressé en ambulatoire	31%	6%	10%	53%
Les ordonnances de sortie sont données au patient en amont de sa prise en charge	36%	50%	12%	2%
Des consultations avancées des paramédicaux existent (IDE / Kiné / Autre) à la suite des consultations chirurgicales et anesthésiste	70%	18%	8%	4%



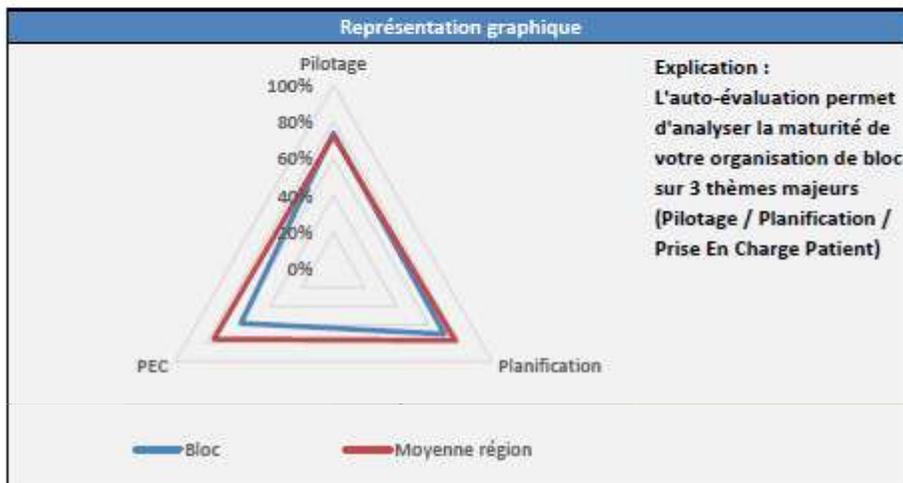
Etab	
Site	



Evaluation des pratiques organisationnelles

Bilan global

**Analyse des pratiques organisationnelles, rapporté au portrait régional**



		Moyenne
Pilotage	Commission de bloc	60%
	Conseil de bloc	82%
	Charte de bloc	94%
	Charte de bloc	80%
Planification	Intégration	47%
	Tableau de bord	89%
	Planification	64%
	Programmation	76%
	Régulation/Ordonnancement	89%
PEC	Gestion des modifications de programmation	47%
	Urgences	75%
	Dossier patient	50%
	Check - List HAS -Sécurité du patient au bloc opératoire-	67%
		73%

Bilan détaillé : Pilotage (1/2)

Question	Réponses Bloc	Région
La commission des utilisateurs du bloc existe	Non/Jamais	34%
	Partiellement/Parfois	4%
	Majoritairement/Souvent	7%
	Oui/Complètement/Toujours	54%
Elle rassemble l'ensemble des chirurgiens et anesthésistes du bloc ainsi que l'encadrement de proximité et la direction	Non/Jamais	29%
	Partiellement/Parfois	3%
	Majoritairement/Souvent	23%
	Oui/Complètement/Toujours	44%
Ses missions sont consignées dans la charte de bloc	Non/Jamais	28%
	Partiellement/Parfois	7%
	Majoritairement/Souvent	3%
	Oui/Complètement/Toujours	62%
La commission des utilisateurs de bloc définit ou valide les règles de fonctionnement du bloc (consignées dans la charte de bloc)	Non/Jamais	87%
	Partiellement/Parfois	3%
	Majoritairement/Souvent	3%
	Oui/Complètement/Toujours	5%
La commission des utilisateurs de bloc valide annuellement la planification	Non/Jamais	47%
	Partiellement/Parfois	3%
	Majoritairement/Souvent	3%
	Oui/Complètement/Toujours	46%

Question	Réponses Bloc	Région
Le conseil de bloc existe	Non/Jamais	3%
	Partiellement/Parfois	1%
	Majoritairement/Souvent	1%
	Oui/Complètement/Toujours	94%
Le conseil de bloc se réunit au moins une fois par mois	Non/Jamais	24%
	Partiellement/Parfois	18%
	Majoritairement/Souvent	30%
	Oui/Complètement/Toujours	28%
Il est composé au minimum d'un chirurgien, d'un anesthésiste, d'un cadre infirmier de bloc et d'un cadre infirmier anesthésiste s'il existe	Non/Jamais	1%
	Partiellement/Parfois	7%
	Majoritairement/Souvent	7%
	Oui/Complètement/Toujours	84%
Ses missions sont consignées dans la charte de bloc (validation des règles de fonctionnement)	Non/Jamais	3%
	Partiellement/Parfois	1%
	Majoritairement/Souvent	3%
	Oui/Complètement/Toujours	92%
Le conseil de bloc élabore les règles de fonctionnement du bloc opératoire	Non/Jamais	1%
	Partiellement/Parfois	4%
	Majoritairement/Souvent	4%
	Oui/Complètement/Toujours	91%
Le conseil de bloc traite les problèmes organisationnels rencontrés de manière récurrente	Non/Jamais	1%
	Partiellement/Parfois	1%
	Majoritairement/Souvent	16%
	Oui/Complètement/Toujours	81%

### QUE RETENIR?

- Des pratiques de suivi pré et post chirurgie que s'étendent dans les spécialités les plus concernées.
- Une remise immédiate du compte-rendu aux patients qui restent encore minoritaire
- Des pistes de progrès évoqués: des innovations complémentaires développées par certains établissements à partir de ressources humaines et/ou numériques



Etab	
Site	

de recueil du 2 Mars au 29 Mars 2015

Spécialité	Oto-rhino-laryngologie
Actes	



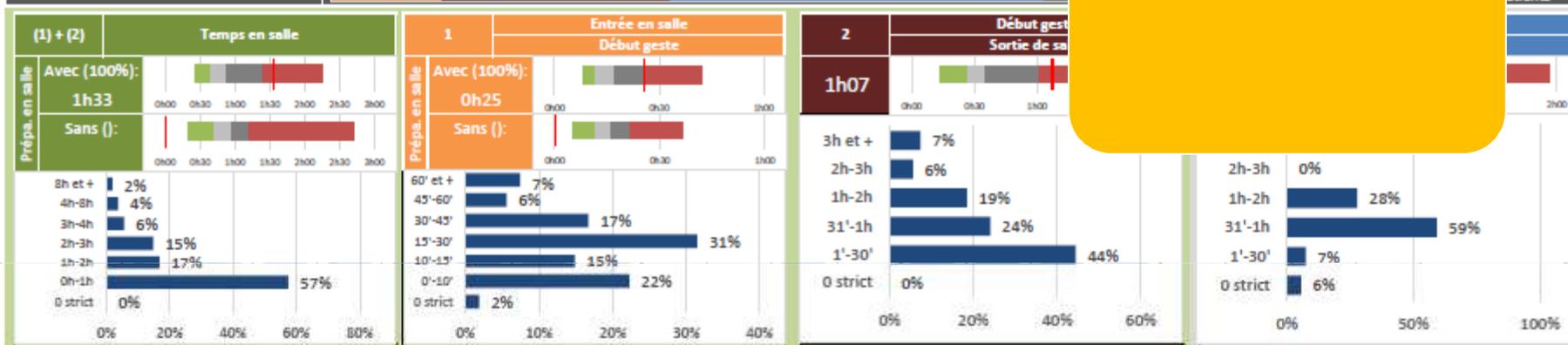
### Analyse des flux au bloc opératoire - Oto-rhino-laryngologie

Parcours patient global - Durée entre l'entrée en salle et la sortie de SSPI

54 interventions : 2h24

Médiane région\* : 1h52

Page Flux



Parcours des patients passés par l'UCA (ou ayant fait un séjour de 0 nuit) - Durée entre l'entrée en salle et la sortie de SSPI

ICR/inter: -

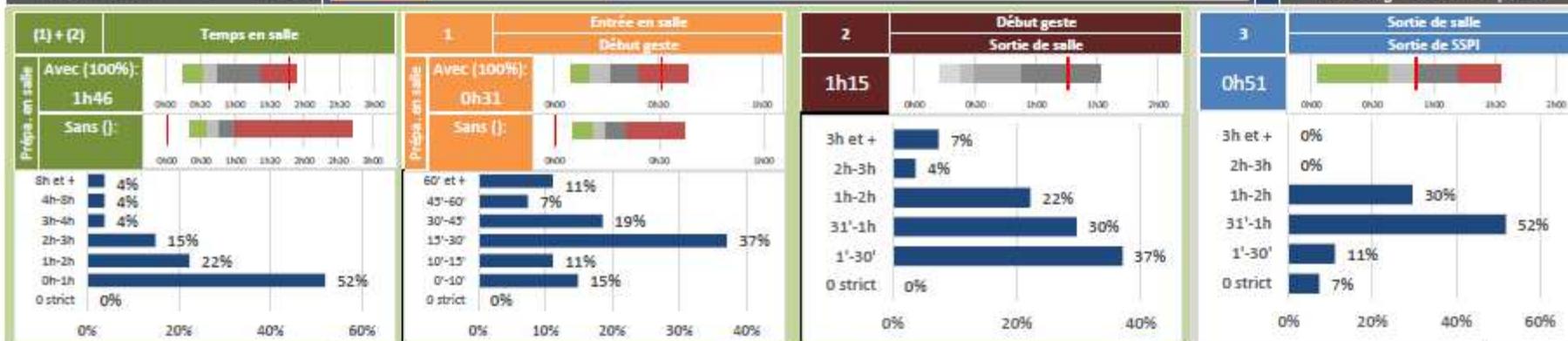
27 interventions : 2h37

Médiane région\* : 1h39

Légende graphique

\* Benchmark sur 81 blocs

Pourcentage en nombre de patients



— **UCA: DANS LES FICHES  
INDIVIDUELLES PAR ES**



Etab	
Site	



### Macro-Indicateurs UCA

#### Activité et Ressources

Nombre de places	13	Présence IDE (h)	420 h	Présence AS (h)	257 h	Séjours p	1932 h
------------------	----	------------------	-------	-----------------	-------	-----------	--------

**Page Macro-indicateurs de performance et benchmarking**

#### Indicateurs de performance benchmarkés

Indicateurs	2013	2015	Graphique	Indicateurs	2013	2015	Graphique
Taux de rotation	1,32	1,66		Sortie avant 13h	5%	8%	
Présence Patient/IDE	6,1	4,6		Entrée après 11h	22%	26%	
Présence Patient/AS	11,8	7,5		Taux d'attente pré-Bloc inférieur à 1h	56%	55%	
Présence UCA/Séjour	72%	70%		Taux d'attente pré-Bloc supérieur à 3h	6%	9%	

#### Cartographie de l'activité (séjours complets)

Pourcentage en nombre de patients  
 Pourcentage d'heures de présence patient

##### Répartition par spécialité (h)

Gastro-entéro. hépato	27%
Chir. Maxillo-faciale	14%
Chir. Visc. et dig.	13%
Chir. Ortho. et trauma.	12%
Gynéco. Obstétrique	11%
Autres	24%

##### Répartition par type d'anesth. (h)

AG	60%
ALR1	16%
Topique	11%
AL	6%
ALR2	3%
Autres	3%

##### Répartition par durée séjour (nb)

12h et +	2%
9h-12h	23%
6h-9h	38%
3h-6h	33%
0h-3h	4%

##### Répartition par nature de prog.

Adressage des urgences	3,0%
Séjours non programmés	4,3%

##### Tx annul. et transferts (zoom p8)

Taux annulation	2%
Taux transfert	3%

##### Répartition par jour (h)

Lundi	18%
Mardi	28%
Mercredi	13%
Judi	24%
Vendredi	14%

##### Taux de rotation par jour

Lundi	1,36
Mardi	2,21
Mercredi	1,40
Judi	1,79
Vendredi	1,35

##### Répartition par heure d'entrée UCA

00h-07h	6%
07h-09h	41%
09h-11h	26%
11h-13h	20%
13h-15h	7%
15h-17h	0%
17h-19h	0%
19h-24h	0%

##### Répartition par heure de sortie UCA

00h-07h	0%
07h-09h	0%
09h-11h	0%
11h-13h	7%
13h-15h	24%
15h-17h	29%
17h-19h	33%
19h-24h	7%

##### Evaluation Qualité (zoom p8)

Appel ville	85%
CI Patient	90%
CI Médecin de ville	98%
Appel lendemain	1%



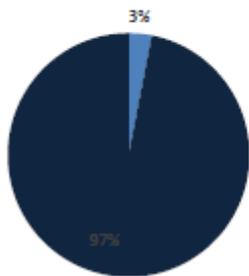
Etab  
Site



Flux patient - Focus post-opératoire (Séjours complets avec passage)

Répartition des séjours

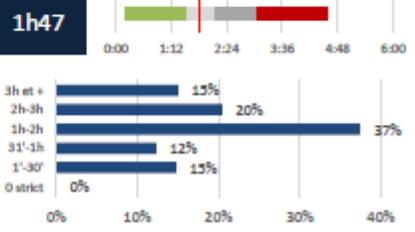
■ Sans salon ■ Avec salon



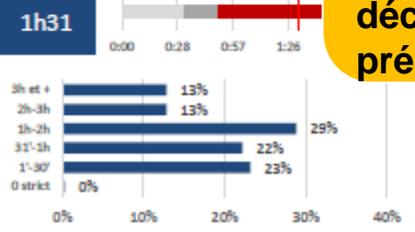
Durées post-opératoire avec salon

406 séjours UCA : 3h19  
Médiane région : 2h48

1 - Retour UCA => Libération place



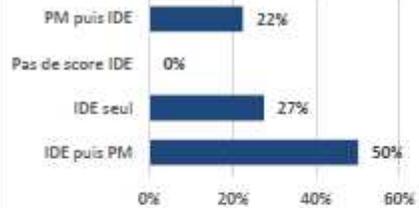
2 - Libération place => Sortie



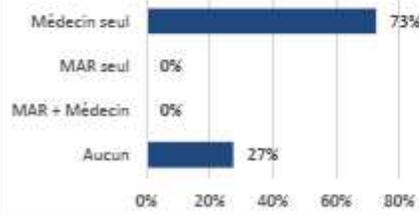
Page Analyse Flux patient (post-opératoire) : raisonnement en « événements » déclencheurs et non en présence patient

Visites d'aptitude à la rue

Visites IDE d'aptitude à la rue



Visites médicales d'aptitude à la rue



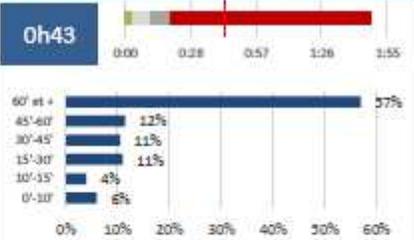
Nb libération place d'UCA (nb par plage)

Plages	Lu	Ma	Me	Je	Ve
00h-07h					
07h-08h					
08h-09h					
09h-10h	1.0	0.5		1.0	0.5
10h-11h	2.0	3.5	0.3	2.0	0.8
11h-12h	4.3	3.0	0.5	2.3	0.5
12h-13h	2.0	4.3	2.0	2.8	0.3
13h-14h	2.3	4.0	1.5	1.5	1.5
14h-15h	3.3	3.5	1.5	1.0	2.0
15h-16h	1.5	3.5	3.0	3.0	3.5
16h-17h	1.5	3.5	3.0	3.0	4.0
17h-18h	2.8	1.5	2.3	3.5	1.5
18h-19h	0.8	1.5	3.0	2.0	2.0
19h-24h		0.3	0.8	1.3	1.0

Nb Eval IDE (nb par plage)

Plages	Lu	Ma	Me	Je	Ve
00h-07h					
07h-08h					
08h-09h					
09h-10h	1.0	0.5		1.0	0.5
10h-11h	2.0	3.5	0.3	2.0	0.8
11h-12h	4.3	3.0	0.5	2.3	0.5
12h-13h	2.0	4.3	2.0	2.8	0.3
13h-14h	2.3	4.0	1.5	1.5	1.5
14h-15h	3.3	3.5	1.5	1.0	2.0
15h-16h	1.5	3.5	3.0	2.8	3.5
16h-17h	1.5	3.3	3.0	3.0	3.8
17h-18h	2.8	1.5	2.3	3.3	1.5
18h-19h	0.8	1.5	3.0	1.5	1.5
19h-24h			0.5	1.3	1.0

Dernière éval IDE -> Dernière visite médicale



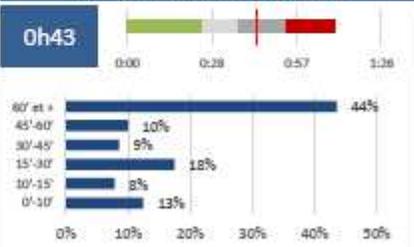
Nb sortie patient d'UCA (nb par plage)

Plages	Lu	Ma	Me	Je	Ve
00h-07h					
07h-08h					
08h-09h					
09h-10h					
10h-11h	0.3				
11h-12h	0.8	0.3	0.3		1.3
12h-13h	1.5	2.0	0.5	1.0	0.3
13h-14h	3.8	5.0	1.8	2.3	0.8
14h-15h	3.8	2.5	1.5	3.3	1.5
15h-16h	3.5	6.8	2.3	2.8	1.8
16h-17h	2.0	4.0	2.5	2.0	3.3
17h-18h	2.5	3.3	3.3	5.5	4.5
18h-19h	1.0	3.8	3.5	4.5	2.8
19h-24h		0.3	1.0	2.5	1.5

Nb visites MAR/Médecin (nb par plage)

Plages	Lu	Ma	Me	Je	Ve
00h-07h					
07h-08h					
08h-09h					
09h-10h			0.3		
10h-11h	0.3	0.5			
11h-12h	0.5	0.3		0.3	0.3
12h-13h	3.5	3.8		4.8	0.5
13h-14h	0.3	5.8	0.8	0.5	0.5
14h-15h	3.3	5.0	0.8	5.5	0.3
15h-16h	1.3	2.3	1.0	1.0	
16h-17h	0.8	3.3	1.5	2.5	2.5
17h-18h	1.3	2.5	4.3	6.5	2.8
18h-19h	1.0	1.3	0.5	1.5	
19h-24h				0.5	

Dernière visite médicale -> Sortie UCA





Etab  
Site



Auto-évaluation "Outil Interdiag de l'HAS et de l'ANAP" - Page 4

Synthèse des résultats

Page Auto-évaluation



Catégorie	Valeur	Méd.	Meur	Méd.
Identifier les incitations au développement de la chirurgie ambulatoire	93%	73%	90%	71%
Inscrire la CA comme une priorité du projet d'établissement	73%	82%	80%	50%
Dissocier le soin de l'hébergement	83%	45%	80%	31%
Organiser, optimiser et maîtriser les flux	81%	73%	80%	60%
Prendre en charge les urgences en unité de chirurgie ambulatoire	67%	50%	70%	41%
Protocoller la substitution	100%	56%	70%	41%
Définir les fonctions managériales et les modalités de pilotage	82%	82%	70%	53%
Améliorer les relations entre la ville et l'unité de chirurgie ambulatoire	78%	41%	70%	41%
Développer les organisations qui consolident l'indépendance des flux	53%	53%	70%	53%

Synthèse des résultats



Top 5 Questions où l'ES se démarque du profil régional

Libellé Question	Réponse UCA	Région*
L'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants ont-elles été mises en avant pour développer la chirurgie ambulatoire ?	Oui	40%
	Non	60%
Les réticences et les facteurs de motivations des professionnels de santé autour du développement de la CA ont-ils été soigneusement recensés et traités ?	Oui	37%
	Non	63%

Top 5 Questions où l'ES se démarque du profil régional

Libellé Question	Réponse UCA	Région*
Le développement de la CA fait-il l'objet d'un soutien actif de la CME ?	Oui	89%
	Non	11%

\* 54 questionnaires renseignés sur la région



Etab
Site



Evaluation des pratiques organisationnelles - Page 1

Un état des lieux de la réalité des innovations organisationnelles

Programmation				Pratiques organisationnelles			
Question	Réponse UCA	Région*	Question	Réponse UCA	Région*		
Pratiques organisationnelles	Définition de la nature de prise en charge du patient (ambulatoire ou HC) :	A l'issue de la consultation chirurgicale 11%	L'UCA pratique la pré-admission	11%	11%		
		A l'issue de la consultation d'anesthésie 6%		4%	4%		
		Autre 8%		20%	20%		
	Existence d'une liste d'actes éligibles à la chir. Ambu. Par spé et par médecin :	Non/Jamais 13%	La préadmission est réalisée le jour de chirurgie ou d'anesthésie	4%	4%		
		Partiellement/Parfois 13%		4%	4%		
		Majoritairement/Souvent 36%	L'UCA dispose d'un accueil dédié	47%	47%		
		Oui/Complètement/Toujours 36%		5%	5%		
	Existence d'une checklist de contre-indication à l'ambulatoire validée en interne :	Non/Jamais 10%	Pratique de l'appel de la veille	10%	10%		
		Partiellement/Parfois 44%		10%	10%		
		Majoritairement/Souvent 24%		Oui/Complètement/Toujours 58%	58%		
	Oui/Complètement/Toujours 22%		Cadre 0%	0%			
Tx de perte ambulatoire (patient init. adressé en ambulatoire et finalement pris en charge en HC) après la consult. :	1 patient sur 5 0%		Secrétaire 25%	25%			
	1 patient sur 10 13%		IDE 10%	10%			
	1 patient sur 20 8%		AS 4%	4%			
	1 patient sur 30 3%		Autre 2%	2%			
	1 patient sur 100 3%		Oui 90%	90%			
Raisons des pertes ambulatoires :	Raisons médicales 33%		Existence d'un script d'appel de la veille :	Non 10%	10%		
	Critères sociaux 7%			Oui sur un poste dédié 11%	11%		
	Volonté du patient 33%			Oui sur un temps dédié 41%	41%		
	Problème organisationnelle 34%			Non 44%	44%		
Tx de rattrapage ambulatoire (patient init. adressé en HC et finalement pris en charge en ambu) après la consult. :	1 patient sur 5 0%		Autre moyen utilisé pour rappel des consignes aux patients (SMS, autre,...)	Non/Jamais 12%	12%		
	1 patient sur 10 3%			Partiellement/Parfois 16%	16%		
	1 patient sur 20 5%			Majoritairement/Souvent 6%	6%		
	1 patient sur 30 19%		Les patients sont responsabilisés pour réaliser eux-même l'appel de la veille :	Oui/Complètement/Toujours 6%	6%		
	1 patient sur 100 13%			Non/Jamais 31%	31%		
Tx de déprogrammation (annulations/reports) avant J-2 :	1 patient sur 5 0%		Un passeport ambulatoire existe et est remis à chaque patient adressé en ambulatoire :	Partiellement/Parfois 6%	6%		
	1 patient sur 10 13%			Majoritairement/Souvent 10%	10%		
	1 patient sur 20 10%		Les ordonnances de sortie sont données au patient en amont de sa prise en charge :	Oui/Complètement/Toujours 6%	6%		
	1 patient sur 30 29%			Non/Jamais 30%	30%		
	1 patient sur 100 6%		Des consult. avancées des paramédicaux existent (IDE / Kiné / Autre) à la suite des consultations chirurgicales et anesthésiste :	Partiellement/Parfois 18%	18%		
Raisons des déprogrammations avant J-2 :	Raisons médicales 31%			Majoritairement/Souvent 6%	6%		
	Raisons dues au patient 38%		Autres innovations :	Oui/Complètement/Toujours 4%	4%		
	Problème organisationnelle 31%						
Tx de déprogrammation (annulations/reports) entre J-2 et J0 :	1 patient sur 5 1%						
	1 patient sur 10 2%						
	1 patient sur 20 12%						
	1 patient sur 30 3%						
	1 patient sur 100 17%						
Raisons des déprogrammations entre J-2 et J0 :	Raisons médicales 7%						
	Raisons dues au patient 47%						
	Problème organisationnelle 20%						
Existence d'une cellule de programmation centralisée décidant de la PEC des patients :	Non/Jamais 37%						
	Partiellement/Parfois 6%						
	Majoritairement/Souvent 10%						
	Oui/Complètement/Toujours 47%						
Existence d'une instance de relecture des dossiers après consult (chirurgicales et anesthésie) :	Non/Jamais 18%						
	Partiellement/Parfois 6%						
	Majoritairement/Souvent 6%						
	Oui/Complètement/Toujours 18%						
Existence d'une alternative non hospitalière au retour à domicile :	Non/Jamais 36%						
	Partiellement/Parfois 4%						
	Majoritairement/Souvent 0%						
	Oui/Complètement/Toujours 2%						
Existence d'un staff de coordination Bloc et UCA permettant de définir l'ordonnancement des patients de l'UCA :	Non/Jamais 22%						
	Partiellement/Parfois 8%						
	Majoritairement/Souvent 3%						
	Oui/Complètement/Toujours 6%						
Autres innovations :	Mise en place d'une cellule de coordination bloc-UCA-service d'hospitalisation-Stérilisation-Secrétariat (1 fois/semaine)						

\* 48 questionnaires renseignés sur la région



Etab	
UCA	

Période de recueil du 2 au 29 mars 2015

Spécialité  
Acte

Gastro-entérologie hépatologie



Macro-Indicateurs UCA - Spécialité Gastro-entérologie hépatologie

Activité et Ressources

Séjours pris en charge

134

Nb. Heures patients

535 h

Indicateurs de performance benchmarkés

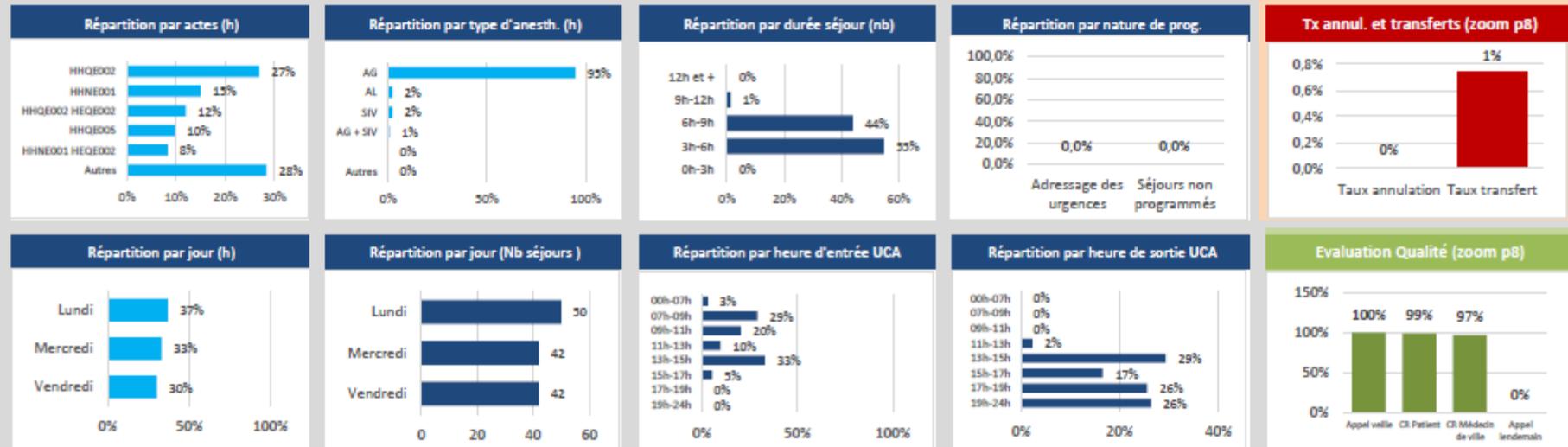
Indicateurs	2015	Graphique	Indicateurs	2015
Nb max patients simultanément présent dans l'UCA	2		Sortie avant 13h	50%
Nb max patients simultanément présent dans l'UCA en post-bloc	2		Entrée après 11h	48%
Part des séjours sans départ au bloc	0%		Taux d'attente pré-Bloc inférieur à 1h	44%
Présence UCA/Séjour	71%		Taux d'attente pré-Bloc supérieur à 3h	10%

Des fiches par spécialité pour le dialogue avec les praticiens, sur leur périmètre et leurs patients

Cartographie de l'activité (séjours complets)

Pourcentage en nombre de patients

Pourcentage d'heures de présence patient



## — Apports pour le plan triennal et perspectives

---

- Un diagnostic quasi-exhaustif sur le fonctionnement de l'UCA et les points d'amélioration en termes d'organisation
- Une vue détaillée pour chaque acte majeur, qui permet de démontrer
  - les pratiques réelles de l'ambulatoire à l'échelle régionale
  - les choix anesthésiques associés
  - Les autres
- Une aide à l'appropriation : vue par spécialité pour les praticiens, qui associe bloc et unité d'accueil des patients
  - Un complément d'accompagnement possible par le prestataire, à définir
- Prochain benchmark bloc / UCA : 2018
  - Ajouter plus d'éléments relatifs à la qualité et sécurité des soins ?
  - Élargir au fonctionnement de l'ensemble du bloc : analyses RH trop focalisées sur les salles, pas de vue sur les arsenaux etc